

Vergaderjaar 2007–2008

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 14

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 januari 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 augustus 2007 inzake het actieplan AWBZ «Naar eenvoud in uitvoering» (30 597, nr. 12).

De op 8 oktober 2007 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 16 januari 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave**blz.****I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de staatssecretaris****1**

- | | |
|---|----|
| 1. Inleiding | 1 |
| 2. Toegankelijkheid, cliëntvriendelijkheid en begrijpelijkheid voor burgers | 4 |
| 3. Veranderprocessen: uitvoering centraal | 7 |
| 4. Meer ruimte voor professionals | 9 |
| 5. Meer ruimte voor zorginstellingen | 13 |
| 6. Meldpunt en vliegende brigade | 15 |

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de staatssecretaris**1. Inleiding**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het actieplan AWBZ «Naar eenvoud in uitvoering». Deze leden hechten zeer aan het daadwerkelijk realiseren van het plan tot verminde-

Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GL), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en Vacature (algemeen).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Sterk (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gill'ard (PvdA), Jonker (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Hamer (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

ring van de regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten. Dat moet vooral op de werkvloer de medewerkers in de zorg en de patiënten en cliënten ten goede komen. Genoemde leden waarderen het vertrouwen dat de staatssecretaris heeft in de inzet van alle betrokken partijen maar willen ook graag de reacties vernemen van betreffende partijen op het actieplan AWBZ. Zijn er voorstellen van deze partijen niet gehonoreerd en zo ja, welke zijn dat en waarom niet?

Reactie:

Ja, er is één voorstel waar ik niet aan kan tegemoetkomen. De afschaffing van de eigen bijdrage voor de thuiszorg. In het actieplan heb ik ook aangegeven waarom ik niet tot afschaffing van de eigen bijdrage kan overgaan. Ik hecht erg aan een betaling in verhouding tot de geleverde zorg en het inkomen. Daarnaast zijn de eigen bijdragen onmisbaar voor de medefinanciering van de AWBZ.

De leden van de CDA-fractie hebben eerder gevraagd om een plan van aanpak tot vermindering van administratieve lasten, waaruit blijkt welke acties door wie en wanneer tot welk resultaat leiden. Daarbij is gevraagd om meetbare doelstellingen. Deze leden missen in dit actieplan concrete acties met duidelijkheid over «wie, wat, hoe en wanneer». Daarbij horen ook meetbare doelstellingen. Zij achten het actieplan zonder deze planmatige aanpak te vrijblijvend en vragen of een dergelijk plan van aanpak alsnog beschikbaar kan komen. De Kamer kan zo haar controletaak beter uitoefenen.

Reactie:

In het actieplan is per actiepoint aangegeven op welk moment welk effect bereikt moet zijn. Voor de meeste actiepunten liggen er specifieke plannen en afspraken met betrokken partijen, voor sommige actiepunten zijn die nog in ontwikkeling.

De veranderkalender is onderdeel van de toekomstagenda AWBZ 2007–2011. Deze treft u bijgaand aan. Op bestuurlijk niveau zal ik overleg met de sector voeren waarbij ook de voortgang van de activiteiten aan de orde zal komen en eventueel een actualisatie kan plaatsvinden. Wat betreft de meetbare doelstellingen: ik streef ernaar dat instellingen en professionals over 2 jaar 25% minder administratieve lasten ervaren dan ten tijde van het PwC-onderzoek.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief en het actieplan AWBZ «Naar eenvoud in uitvoering». Dit plan bevat een goede basis om onnodige bureaucratie tegen te gaan. Deze leden zijn verheugd te zien dat het accent van dit plan ligt bij de praktijk van alle dag waarbij zowel de patiënt als de professional het uitgangspunt zijn. Het is nu van belang dat het plan ook daadwerkelijk uitgevoerd gaat worden. In het actieplan worden tal van onderzoeken en plannen naar voren gebracht. Genoemde leden vragen om een tijdsplan waarin de voorgestelde onderzoeken uit het actieplan overzichtelijk worden gemeld.

Reactie:

Zie mijn antwoord op de vorige vraag.

Met grote belangstelling hebben de leden van de VVD-fractie kennis genomen van het actieplan AWBZ «Naar eenvoud in uitvoering». De almaar groter wordende bureaucratie is voor veel medewerkers in de zorg een belangrijke oorzaak hun werk steeds minder positief te beoordelen. Zij kozen om in de zorg te werken met mensen en niet om hun tijd te besteden aan het invullen van formulieren. Ook patiënten klagen over bureaucratie, met name rondom de indicatiestelling. Ook veel werkgevers en instellingen in de zorg ondervinden dat het met de toenemende administratieve druk niet meevalt om voldoende personeel in te zetten op de werkvloer. Genoemde leden zijn al lange tijd van mening dat het belang-

rijk is tegemoet te komen aan al die klachten en het actieplan is daar een hernieuwde poging toe.

Voordat inhoudelijk wordt ingegaan op het actieplan, is het van belang vast te stellen dat een deel van de bureaucratie in de zorg onvermijdelijk is. AWBZ-geld is publiek geld, opgebracht uit premies. Het is niet meer dan logisch dat van instellingen wordt verwacht dat zij verantwoording afleggen over de wijze waarop dat geld wordt besteed. Het is nog maar zeer kort geleden dat het in deze sector gebruikelijk was dat instellingen hun zorg uit «potjes» financierden waarvan niet duidelijk was hoe deze werden gevuld. Ook de emancipatie van de cliënt heeft bijgedragen aan een toenemende behoefte aan inzicht hoe het geld wordt besteed.

Cliënten willen weten op welke zorg zij kunnen rekenen, maar ook willen zij hun zorgaanbieder erop kunnen aanspreken indien deze niet de zorg levert waarop de cliënt recht heeft. Ten derde wordt veel zorg extramuraal geleverd. Voor AWBZ-zorg is een eigen bijdrage verschuldigd die gebaseerd is op geleverde zorg. Om deze reden moeten de medewerkers van de thuiszorg tijdschrijven, zeer tegen hun zin.

Wanneer wordt vastgesteld dat enige bureaucratie onvermijdelijk is, moet iedere inspanning erop gericht zijn om de administratieve last ervan tot het minimum te beperken. Daarnaast is het van belang om telkens opnieuw te beoordelen of (voorgestelde) maatregelen/verantwoordingsplichten wel ten behoeve van bovenstaande doelstellingen zijn. Daarnaast moeten wij ons ook voortdurend de vraag stellen of de drie genoemde redenen voor bureaucratie nog steeds valide zijn. De leden van de VVD-fractie missen in het actieplan deze analyse. Daarom vragen zij de staatssecretaris om hier alsnog op in te gaan.

Reactie:

De analyse van de VVD op dit punt onderschrijf ik in grote lijnen. Het verminderen van onnodige bureaucratie en het voorkomen van nieuwe onnodige bureaucratie is een continu proces. Via Stichting Beroepseer en het Meldpunt Bureaucratie en Regeldruk ontvangen de minister en ik regelmatig signalen over bureaucratie en regeldruk. Deze signalen bevestigen het onderzoek van PwC. De maatregelen die in de hoofdstukken 2 tot en met 5 van het AWBZ-actieplan zijn aangekondigd zijn nodig om de irritaties op de signaleerde punten weg te nemen.

Bij nieuwe beleidsvoorstellen is aandacht voor regeldruk, uitvoerbaarheid en administratieve lasten van groot belang. VWS en de Nza toetsen daarom beleid, wetten en (vormgeving van) nieuwe regelgeving op regeldruk, administratieve lasten en uitvoerbaarheid.

Er moet permanent een afweging worden gemaakt of de regeldruk en uitvoerbaarheid van regels (bureaucratie en administratieve lasten) in verhouding staan tot het doel van het beleid.

Voordat administratieve lasten op effectieve wijzen kunnen worden bestreden, is het van belang om te weten waarom, wanneer en met welk doel de verantwoordingsvragen zijn ontstaan. In het actieplan ontbreekt bij veel voorstellen dit inzicht. Het voordeel van werken vanuit «irritatielijstjes» is dat mensen op de werkvloer het idee krijgen dat er goed naar hen wordt geluisterd. Het nadeel van deze werkwijze is dat deze lijstjes weinig gestructureerd zijn. Het is niet ondenkbaar dat op korte termijn een irritatie wordt weggenomen, waarvan achteraf blijkt dat de informatie ervan wel degelijk van belang was. Hoe wordt dit voorkomen?

Reactie:

Het op de korte termijn wegnemen van een irritatie door het schrappen van relevante informatie vragen zou inderdaad kortzichtig kunnen zijn. De klachten uit de praktijk (PwC-onderzoek) zijn uitvoerig geanalyseerd op basis van de achtergronden en oorzaken van deze klachten. Zo blijkt uit deze analyses bijvoorbeeld dat VWS, IGZ, de zorg zbo's en verzekeraars vaak vergelijkbare informatie aan zorginstellingen vragen. Door de dubbele vragen te schrappen wordt veel irritatie weggenomen. Daarnaast ga ik

samen met de partijen kijken naar de verschillende uitvoeringsprocessen. Ik verwacht bijvoorbeeld in het kader van de verantwoording dat daar nog het één en ander kan worden gestroomlijnd. Vier keer in een korte tijd van 6 à 7 maanden over vrijwel hetzelfde verantwoording afleggen geeft terecht veel irritatie.

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennis genomen van het actieplan AWBZ «Naar een eenvoud in uitvoering». Met name het voornemen de meest betrokken professional op basis van protocollering in toenemende mate te laten indiceren met toetsing achteraf, spreekt hen erg aan. Deze leden hebben verder geen aanvullende vragen.

2. Toegankelijkheid, cliëntvriendelijkheid en begrijpelijkheid voor burgers

De leden van de CDA-fractie vragen of er in de voorstellen over de stroomlijning van de indicatieprocessen wel voldoende rekening wordt gehouden met de zogenaamde «digibeten». Vooral ouderen en bepaalde gehandicapten zijn niet altijd in staat zich op de digitale snelweg te bewegen. Een groot aantal ouderen maakt ook nog geen gebruik van Internet. Een website als www.regelhulp.nl is daardoor niet voor iedereen toegankelijk en kan voor deze groep juist vertraging opleveren als er van uitgegaan wordt dat zij zelf hun zaken regelen. Voorts vragen genoemde leden of de betrokken indicatiestellers die vanaf januari 2008 gaan samenwerken in één loket ook van één aanvraag(-formulier) gebruik gaan maken?

Reactie:

De webvoorziening www.regelhulp.nl biedt een overzicht van alle voorzieningen die er zijn voor gehandicapten, chronisch zieken en ouderen. Dat bestaat tot nu toe nog niet, op papier noch digitaal. Regelhulp is dus een wegwijzer, een soort routeplanner voor deze doelgroep en hun ondersteuners. Een aantal van deze voorzieningen is via een geïntegreerde aanvraagmodule direct aan te vragen. Een test onder een internetpanel heeft duidelijk gemaakt dat het systeem een beter (digitaal) overzicht geeft dan alle andere websites die tot nu toe beschikbaar zijn. Ook is er waardering voor de aanvraagmodule. De webvoorziening www.regelhulp.nl is inmiddels enkele maanden toegankelijk. Er komen al aanvragen via Regelhulp binnen. Er is op dit moment nog maar een beperkt aantal gemeenten (in de regio Eindhoven) op [Regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl) aangesloten (WMO-voorzieningen). Aan de aansluiting van meer gemeenten wordt gewerkt. Als er meer gemeenten zijn aangesloten, komt er een landelijke campagne om aan de website bekendheid te geven. Bij de ontwikkeling van het systeem hebben de ontwerpers zeker bedacht dat een bepaalde groep chronisch zieken, gehandicapten en ouderen niet in staat zal zijn gebruik maken van deze webvoorziening. Deze groep heeft nu ook al problemen met het gebruik van digitale media en dat zal niet veranderen. Deze groep maakt vaak gebruik van de steun van bijvoorbeeld mantelzorgers en cliëntondersteuners (ouderen-adviseurs, MEE-adviseurs, etc.). Deze cliëntondersteuners kunnen die rol ook spelen voor degenen die niet computer- en internetvaardig zijn. De cliëntondersteuners worden door www.regelhulp.nl beter ondersteund bij deze taak. Overigens blijven de bestaande mogelijkheden voor aanvragen van voorzieningen gewoon bestaan. Een van de voordelen van www.regelhulp.nl is dat algemene informatie bij het aanvragen van meerdere voorzieningen tegelijkertijd, maar één keer hoeft te worden ingevuld. Bovendien kan alle ingevoerde informatie op de eigen computer worden opgeslagen en worden hergebruikt voor latere aanvragen. Dat scheelt de mantelzorgers en cliëntondersteuners weer tijd.

De opzet van de pilots met één loket – die in maart 2008 van start gaan – is zodanig dat het éne aanvraagformulier vanuit Regelhulp gebruikt zal kunnen worden.

Tevens zouden de leden van de CDA-fractie graag vernemen wanneer de kabinetsreactie verwacht kan worden op het onderzoek naar de mogelijkheden van een participatiebudget. Tot slot, kan de Kamer nader worden geïnformeerd over de twee proefprojecten?

Reactie:

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in overleg met mij op 1 februari 2007 een brief en het onderzoeksrapport «vooronderzoek pilot participatiebudget» aan de TK gestuurd (TK vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XV, nr. 68), waarin is aangegeven met welke

WIA-werkvoorzieningen in de pilot participatiebudget ervaring zal worden opgedaan. Daarin is ook de looptijd van de pilot aangegeven. De pilot met SZW, waarbij de voorzieningen vanuit het pgb AWBZ en de WIA (werknemers werkvoorzieningen) in één budget gebundeld worden, is in februari 2007 gestart en zal doorlopen tot in 2009. In de brief van 1 februari 2007 is u gemeld dat deze pilot zou doorlopen tot 1 juli 2008. Deze langere periode tot 2009 is echter nodig om de pilot in de regio's in te richten, de cliënten aanvragen te laten doen en te indiceren en het participatiebudget aan cliënten te verstrekken. Tenslotte hebben de cliënten tijd nodig om het participatiebudget op een verantwoorde wijze te besteden.

Verder wordt onderzocht of er een pilot met een leerlinggebonden financiering cluster 2 en 3 komt. Het doel van de pilots is te onderzoeken of er verbetering optreedt in keuzemogelijkheden en kwaliteit van leven en vermindering in administratieve lasten. Ook moeten de pilots duidelijk maken wat het invoeren van een participatiebudget betekent voor de uitvoering, de betaalbaarheid ervan en de (arbeids)participatie van de cliënt. In de loop van 2009 zal de TK worden geïnformeerd over de evaluatie van de pilots.

In het actieplan wordt gesproken over het aanbieden van begrijpelijke informatie voor cliënten, zo lezen de leden van de PvdA-fractie. Een van de doelen is om een eind te maken aan de vaak onsamenvattende stortvloed aan verbrokkelde informatie die de cliënt nu krijgt. Op welke manier is de staatssecretaris voornemens dit te doen? Wanneer ontvangt de Kamer de resultaten van het onderzoek naar de mogelijkheid om één loket in te stellen voor alle vragen over de AWBZ?

Reactie:

Op 4 juli 2007 heb ik samen met het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ), het Univé Zorgkantoor Noord-Holland Noord en de VGZ/Trias Zorgkantoren de Intentieverklaring over Communicatie met Burgers in de AWBZ ondertekend, waarbij we de komende twee jaar, vanaf de datum van de ondertekening, de volgende verbeterpunten oppakken en de hieraan verbonden acties in gezamenlijkheid ten uitvoer brengen:

- a heldere taal, waardoor cliënten de informatie beter begrijpen;
- b samenhang in communicatie, waarbij de verschillende uitvoerende partijen de communicatie richting burgers zoveel mogelijk op elkaar afstemmen;
- c één loket, waar de cliënt terecht kan met alle vragen over de AWBZ/Wmo;
- d soepele uitvoering, waarbij de oneffenheden in het berichtenverkeer voor het uitvoeringsproces tussen CIZ, CAK-BZ en de zorgkantoren worden aangepakt;
- e wet- en regelgeving, met zoveel mogelijk vaste verandermomenten die voldoende ruimte laten om verandering van regels goed te implementeren in de uitvoeringspraktijk.

De Intentieverklaring is te vinden op www.minvws.nl. Een projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de ondertekenende partijen van de Intentieverklaring komen in december 2007 met een plan van aanpak. Het onderzoek naar één loket, waar de cliënt terecht kan met alle vragen

over de AWBZ/Wmo is meegenomen in bovengenoemde Intentieverklaring en de uitwerking van het plan van aanpak. Naar verwachting kan het onderzoek naar één loket in september 2008 worden afgerond met besluitvorming door betrokken partijen. In een later stadium zal ik uw Kamer hierover nader berichten.

Bij de stroomlijning van indicatieprocessen hebben de leden van de VVD-fractie een aantal kanttekeningen en opmerkingen. Zo vragen zij of een website als www.regelhulp die met name ouderen en chronisch zieken moet bijstaan bij het doorlopen van de verschillende indicatieprocessen, een geschikt middel is. Het internetgebruik is onder deze groep immers relatief laag. Versimpeling van het taalgebruik naar cliënten toe is voor genoemde leden bijna vanzelfsprekend. Dit is onderdeel van de omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg.

Reactie:

Zie mijn antwoord op eerste vraag van deze paragraaf (2. Toegankelijkheid, cliëntvriendelijkheid en begrijpelijkheid voor burgers).

De bureaucratische last rondom het persoonsgebonden budget (pgb) baart de leden van de VVD-fractie zorgen. Het lijkt er soms op dat mensen die ervoor kiezen hun eigen zorg te organiseren, en daarmee een grote last van de schouders van de overheid halen, om die reden ook meer worden gewantrouwd. De laatste maanden hebben berichten in de media dat beeld versterkt. Genoemde leden hechten eraan om hier te melden dat mensen met een persoonsgebonden budget eerst, net als ieder ander die gebruik maakt van AWBZ-zorg, geïndiceerd worden. Pas nadat is vastgesteld dat er een recht op zorg is, maken deze mensen de keuze om deze zorg zelf te organiseren en dat te doen middels een persoonsgebonden budget. De bureaucratie voor budgethouders is al langere tijd een punt van zorg voor deze leden. Uitgangspunt moet hier zijn dat pgb-houders maar één keer hoeven te verantwoorden. De staatssecretaris geeft in het actieplan niet aan waarom de bureaucratie voor budgethouders zo ingewikkeld is.

Reactie:

Een pgb kent lusten, maar ook lasten. Dat is onvermijdelijk. Omdat budgethouders hun eigen hulpverleners kunnen kiezen en betalen, moeten zij daar dus ook uitvoering aan geven. Zij moeten geschikte hulpverleners zoeken, met hen een contract afsluiten, hen betalen en ook aan het zorgkantoor verantwoording afleggen over het verkregen budget. Dat hoort allemaal bij de spelregels. Dat neemt niet weg dat het verminderen en vereenvoudigen van de bureaucratie voor de budgethouder een constant punt van aandacht is. Zo is het verantwoordingsregime voor budgethouders met een jaarbudget van meer dan € 5 000 verlaagd naar tweemaal per jaar. Over jaarbudgetten kleiner dan € 5 000 hoeft slechts één maal per jaar verantwoording te worden afgelegd. Het verder verlagen van het verantwoordingsritme naar één maal per jaar voor de hogere budgetten maakt het moeilijker om onjuiste besteding tegen te gaan, hetgeen onwenselijk is.

Omdat we zuinig met de middelen die we hebben moeten omspringen en de geloofwaardigheid van het pgb buiten kijf moet staan heb ik de Kamer in mijn brief «het pgb in perspectief» meegedeeld welke maatregelen ik neem. Zo heb ik onder andere besloten de maatregel € 2 500,- verantwoordingsvrij af te schaffen met ingang van 2008. Dan zal weer het oude bestedingsvrije bedrag dat we daarvoor kenden van 1,5% van het budget met een minimum van € 250,- en een maximum van € 1 250,- gelden.

Uitgangspunt van het pgb is dat een zorgvrager die ervoor kiest zijn zorg zelf in te kopen met een pgb, wordt geacht in staat te zijn zelf zorg te dragen voor het beheer van het budget met de daarbij behorende administratie. Het is dan ook belangrijk dat potentiële budgethouders

goed worden geïnformeerd over de consequenties van een keuze voor het pgb. Duidelijk informatiemateriaal en een goede communicatie is daarbij van groot belang. De intentieverklaring die eerder dit jaar werd ondertekend om de communicatie in de AWBZ-keten binnen twee jaar structureel te verbeteren heeft onder andere als doel een goede informatieverstrekking te bereiken.

Het streven om te komen tot een participatiebudget wordt door deze leden krachtig ondersteund. Wel waarschuwen zij ervoor dat een dergelijk budget alleen méérwaarde heeft, als de cliënt zelf mag bepalen hoe deze het geld besteedt. De verantwoording moet bij een dergelijk budget erop gericht zijn dat het geld ten goede is gekomen aan de participatie van de cliënt. Het gevaar bestaat echter dat de behoefte ontstaat om cliënten allerlei ge- en verboden mee te geven. Inperking van de bestedingsvrijheid leidt altijd tot een grotere verantwoordingslast. Om dit te voorkomen is strenge, eenduidige en vooral een stabiele indicatiestelling vooraf noodzakelijk.

Reactie:

De pilot wordt zodanig ingericht dat er voor de aan het cliënt toegekende bedrag geen schotten staan tussen de werkvoorzieningen en het persoonsgebonden budget in de AWBZ. Hierdoor ontstaan er voor de cliënt uitruilmogelijkheden tussen het zorg- en het werkdeel. De pilot richt zich op de gezamenlijke doelgroep van de beide regelingen. Bij de pilot wordt uitgegaan van de huidige eenduidige en stabiele indicatiesystematiek in de AWBZ. De cliënt zal zich bij één loket, het zorgkantoor, moeten verantwoorden over de besteding van het participatiebudget.

3. Veranderprocessen: uitvoering centraal

De leden van de CDA-fractie achten het een goed streven dat instellingen en professionals over twee jaar 25% minder administratieve lasten ervaren en vragen of zij het goed hebben begrepen dat dit zelfs sneller is dan de oorspronkelijke ambitie van de regering. Maar is dit ook een reële ambitie en zo ja, waar blijkt dat uit?

Reactie:

Ja, dat is een reële ambitie! In het actieplan worden de zaken aangepakt die als grootste last worden ervaren. Door breed in te zetten op de aanpak van lasten die het hoogst scoren, kan een substantieel effect bereikt worden. Precies per maatregel onderbouwen wat het effect op de beleefde lasten zal zijn, is niet doenlijk, maar over het geheel is sprake van een potentiële opbrengst van zeker 25%. Door het actieplan uit te voeren wordt de ervaren last merkbaar verminderd. Dit is inderdaad erg ambitieus, maar mijns inziens wel haalbaar.

Tevens zijn genoemde leden blij dat de staatssecretaris de focus legt op het verbeteren en vereenvoudigen van uitvoeringsprocessen. Daarbij richt zij zich op de externe bureaucratie.

Deze leden hechten ook zeer aan het terugdringen van de interne bureaucratie. Zij denken dat het onvoldoende is indien de staatssecretaris daartoe slechts een oproep doet aan de zorgaanbieders. Heeft de staatssecretaris ook plannen om op dit punt zelf meer actie te ondernemen? Bent u voornemens om hiervoor bijvoorbeeld een convenant te sluiten of dit element mee te nemen in de voorgenomen prestatiebekostiging? Bent u in dit kader ook bereid een benchmark te bevorderen, waaruit blijkt wat de overhead en administratieve lasten van de instelling zijn? Wordt in dat kader ook een uniforme definitie van «overhead» in de zorg bevordert, zodat de gegevens ook vergelijkbaar zijn? Zo kunnen instellingen maar ook belanghebbenden als patiënten en cliënten meer inzicht krijgen in de door de instelling zelf veroorzaakte administratieve lasten.

Reactie:

De oproep aan de instellingen moet gezien worden in het kader van de totale veranderagenda AWBZ. Deze agenda bevat zowel inspanningen van de overheid (bijvoorbeeld verruiming van de middelen voor meer handen aan het bed), als initiatieven die door de sector zelf moeten worden ontplooid. Belangrijk is ook een transparante verantwoording, zoals inzicht in de kostenstructuur van de instelling. Via het jaardocument maatschappelijke verantwoording komt deze informatie beschikbaar. Er is niet gekozen voor het formele instrument zoals het convenant, maar een set afspraken die ik twee keer per jaar op bestuurlijk niveau bespreek met de vertegenwoordigers uit de sector. Het gaat hierbij om Cliënt-organisaties (NPCF, CSO, CG-raad), brancheorganisaties van zorgaanbieders (Actiz, VGN, GGZ-Nederland en BTN) en zorgverzekeraars (ZN). Voorzover interne bureaucratie betrekking heeft op registratieverplichtingen voor verplegenden en verzorgenden verwijs ik naar de desbetreffende paragraaf uit het actieplan in de rapportage «Naar eenvoud in de uitvoering». Ik ben voornemens over dit onderdeel, waar de sector primair aan zet is, nog overleg te voeren met de brancheorganisatie Actiz.

De leden van de CDA-fractie hebben waardering voor het streven naar een veranderagenda. Zij vragen wel hoe het beleidsveld hier concreet in betrokken wordt. Op welke manier kan het op elkaar inwerken van veranderingen met elkaar goed «gemanaged» worden? Hoe is rekening gehouden met het feit dat de planning in instellingen krap is en dat instellingen voldoende doorlooptijd nodig hebben? Genoemde leden vragen of het moment van invoering van veranderingen (halverwege het jaar voor de instellingen) niet te laat is in het licht van de begrotingsvoorbereiding van de instellingen. Drie maanden is krap voor instellingen om de conclusies in beleid en begroting te kunnen betrekken.

Reactie:

Drie maanden tijd om beleid, wetgeving en overige regels te implementeren is kort maar mijn inziens niet te kort. Allereerst is het een ruime verbetering van de huidige situatie. Het komt voor dat zaken met terugwerkende kracht worden ingevoerd of direct van kracht zijn. In dit soort situaties moeten instellingen heel wat zaken achteraf aanpassen. Ten tweede geldt dat voorzover nieuwe regels kunnen leiden tot grote financiële gevolgen, ik ruimere tijd wil aanhouden voor voorbereiding door instellingen. Ik verwijs daarbij naar het voorbeeld van de invoering van zorgzwaartbekostiging. In de derde plaats moet de redelijke implementatie termijn in een bredere context worden gezien: de veranderagenda (instellingen weten beter wat wanneer gaat veranderen), betere communicatie en betere betrokkenheid bij het opstellen van uitvoerbare regels. Het managen van de het op elkaar inwerken van veranderingen zie ik vooral als een opgave voor VWS en NZa. Belangrijk is dat er waar nodig, beter samenspel is tussen verandertrajecten. Maar ook in het overleg met de branche-organisaties zal dit een permanent aandachtspunt zijn. Ik ben overigens blij met uw steun voor vaste verander momenten en redelijke implementatie termijnen. Want dat vraagt van u en mij ook een grote inspanning: een goede en transparante planning en duidelijke en tijdige besluitvorming.

Wat betreft de voorgestelde veranderkalender willen de leden van de PvdA-fractie graag weten wanneer de Kamer deze wordt toegezonden en hoe vaak deze geactualiseerd gaat worden. Tot slot, op welke manier bent u van plan om de samenhang tussen veranderingen beter te managen?

Reactie:

De veranderkalender is onderdeel van de toekomstagenda AWBZ 2007–2011. Deze treft u bijgaand aan. De toekomstagenda is een document dat ik in overleg met de sector heb opgesteld. Het bevat een samenvatting van de belangrijkste thema's in het kader van AWBZ en geeft inzicht in de

onderwerpen die gezamenlijk door de sectorpartijen en de overheid kunnen worden opgepakt. Het voordeel van de toekomstagenda is ook dat onderwerpen zoals introductie van ZZP's, kapitaallasten en dergelijke in samenhang kunnen worden gezien. Het belang hiervan is ook door mevrouw Wolbert onderstreept, onder meer bij de verschillende Algemeen Overleggen in het kader van de ontwikkelingen in de AWBZ. Concrete beleidsvoornemens die in het document zijn opgenomen, heb ik door middel van afzonderlijk brieven aan uw Kamer voorgelegd. Tevens zijn de hoofdlijnen vermeld in de Beleidsagenda 2008 («zorg voor de toekomst»). Op bestuurlijk niveau zal ik overleg met de sector voeren waarbij ook de voortgang van de activiteiten aan de orde zal komen en eventueel een actualisatie kan plaatsvinden.

4. Meer ruimte voor professionals

Hoewel de leden van de CDA-fractie vereenvoudiging van de indicatiestelling op zich een goede zaak vinden, vragen zij hoe de objectiviteit en onafhankelijkheid van de indicatiestelling gewaarborgd kan blijven. Bestaat het gevaar niet dat cliënten en patiënten te afhankelijk worden van een individuele zorgverlener? Is er in alle gevallen sprake van een indicatiestelling in de vorm van een mandaat en blijft als gevolg daarvan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) eindverantwoordelijk? Maakt de staatssecretaris onderscheid tussen een indicatie door een huisarts als poortwachter en die door een (medewerker van een) zorgaanbieder? Wanneer ontvangt de Kamer de nadere voorstellen voor de inrichting van de pilots, zoals eerder is toegezegd?

Reactie:

Bij brief van 12 oktober 2007 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 26 631, nr. 227) heb ik de Kamer geïnformeerd over de pilots in het kader van de vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ. Daarin heb ik aangegeven dat objectiviteit, onafhankelijkheid en integraliteit voor mij randvoorwaarden zijn bij het vereenvoudigen van de indicatiestelling. De experimenten zullen mede antwoord moeten geven op de vraag of en zo ja, hoe deze verworvenheden voor de cliënt gewaarborgd kunnen blijven. De pilot indicatiestelling door huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt in twee varianten uitgevoerd: één waarin de professionele autonomie van de eerste lijnszorg meer accent krijgt en één waarin sprake is van een (vergaande) (taak)mandaatconstructie. Door veel zorgaanbieders wordt nu al gewerkt via zogenaamde standaard indicatieprotocollen (SIP's) voor aanvragen voor eenvoudige, kortdurende zorg. De zorg kan in die gevallen direct worden ingezet en toetsing van het indicatie-advies van de zorgaanbieder door het CIZ vindt achteraf steekproefsgewijs plaats. In de brief van 12 oktober 2007 heb ik aangegeven dat een pilot wordt uitgevoerd waarbij aandacht is voor meer ruimte voor maatwerk in complexe situaties door minder belasting rondom vervolgindicaties. Bij deze pilot zal met zorgaanbieders worden gekeken of en op welke wijze de gegevens ten behoeve van het stellen van een rechtsgeldig indicatiebesluit bij *vervolg*aanvragen verder ingeperkt kunnen worden.

Deze leden willen het belang benadrukken van het kritisch doorlichten van registratieverplichtingen. Wanneer deze in stand blijven moet de toegevoegde waarde op de werkvloer herkend worden en de last zo gering mogelijk zijn. Wat is het afwegingskader dat in deze wordt gehanteerd? Soms zullen registraties nodig zijn om de kwaliteit van het primaire proces te borgen en soms zijn daarvoor misschien andere instrumenten beschikbaar. De leden van de CDA-fractie vragen in dit verband in hoeverre registraties worden veroorzaakt door kwaliteitszorgsystemen, bijvoorbeeld door de criteria voor verantwoorde zorg. Deelt u de mening dat dit efficiënter zou kunnen en zo ja, hoe wordt dat bevordert?

Reactie:

Belangrijke pijler van het kwaliteitsbeleid – zoals verwoord in de brief Koers op Kwaliteit van 6 juli 2007 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006 – 2007, 28 439, nr. 98) – is inzicht in de prestaties van zorgaanbieders en het oordeel van cliënten hierover. Om dit inzicht te verkrijgen en de kwaliteit van zorg goed te kunnen beoordelen is het nodig dat die kwaliteit meetbaar en zichtbaar is. Op basis daarvan kan de cliënt of de verzekeraar tot de beste keuze komen. Ik stimuleer daartoe de ontwikkeling van indicatoren die gericht zijn op de uitkomsten van zorg. De criteria voor verantwoord zorg spelen daarin een belangrijke rol.

Op basis van dit afwegingskader zullen betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie en inzicht in klantervaringen beschikbaar moeten komen. Uitgangspunt hierbij is dat de veldpartijen zelf voor transparantie zorgen. Ik heb daar met veldpartijen goede afspraken over. Ik verwijs daartoe naar bijlage 2 bij mijn brief Koers op Kwaliteit waarin die afspraken zijn opgenomen.

Mijn ambities vragen om de nodige regie. Met de inspectie zijn afspraken daarom gemaakt over de regievoering om de informatie zo snel mogelijk beschikbaar te krijgen: per sector zullen stuurgroepen onder (bege-)leiding van de inspectie de vaart erin houden.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat de invoering van de zorgzwaartepakketten (zzp's) zeer zeker ook leiden tot meer bureaucratie. Veel meer dan vandaag de dag zal de zorgverlener individueel moeten bijhouden wat er precies per cliënt is gedaan en hoeveel tijd daaraan besteed is. Doordat de staatssecretaris het voornemen heeft zowel de zorgovereenkomst als het zorgplan een wettelijke status te geven, zal er in de praktijk waarschijnlijk op de werkvloer ook nog een derde dossier worden bijgehouden. De twee wettelijke documenten zullen moeten voldoen aan allerlei voorwaarden. Deze leden betwijfelen of deze wettelijke eisen zullen aansluiten op de praktijk in een instelling. Graag een reactie op deze voorgenomen toename van bureaucratistische lasten in de AWBZ.

Reactie:

Vooralsnog heb ik het concrete voornemen om via een algemene maatregel van bestuur, die valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen, zorgaanbieders te verplichten met zorgplannen te werken die in samenspraak met de cliënt tot stand zijn gekomen. Het belang van het zorgplan is gelegen in het volgende. Met een zorgplan krijgt de cliënt duidelijkheid over het zorgaanbod. Hij weet wat hij wel kan verwachten en wat niet. Het zorgplan biedt de mogelijkheid om het zorgaanbod af te stemmen op de persoon van de cliënt en zijn wensen. Tegelijk geeft het aan wat de grenzen zijn aan wat de zorgaanbieder kan bieden. Een zorgplan schetst immers het ontwikkelingsperspectief van een cliënt, de gewenste resultaten en het dagritme én de activiteiten die door de zorgaanbieder worden ondernomen om dat uit te voeren. Door de invoering van de zorgzwaartebekostiging verliest een cliënt aan rechten aan de voorkant, bij de indicatiestelling. Het indicatiebesluit wordt globaal en biedt daarmee minder duidelijkheid of houvast voor de cliënt. Cliëntenorganisaties zien dat als forse inperking van hun rechten. Het zorgplan kan dat opvangen. Met het zorgplan geven cliënt en zorgverlener invulling aan de zorg, door afspraken te maken over gewenste resultaten, dagritme en leefomgeving. Hoewel de zorgzwaartebekostiging de noodzaak van het werken met zorgplannen versterkt, is het niet de uitsluitende reden om deze verplicht te stellen.

Uit onderzoek blijkt dat zorgverleners het zorgplan zelf zien als noodzakelijk onderdeel van de zorg en niet als administratieve last of bureaucratie. Omdat het maken van een zorgplan en de inhoud ervan nu vrijblijvend is, biedt de AMvB een waarborg in die gevallen dat het niet vanzelf tot stand komt. De vrees van de leden van de VVD-fractie dat een zorgplan moet voldoen aan allerlei voorwaarden kan ik wegnemen. Uitdrukkelijk is

het niet mijn bedoeling om extra bureaucratie te veroorzaken. Cliënt én zorgverlener moeten maximale flexibiliteit hebben om in het zorgplan de doelen van de cliënt voorop te stellen en dáár afspraken over te maken; niet over de precieze invulling per uur. Het is geen planningsschema. Voor de uitgaven is de indicatiestelling immers leidend.

De discussie over de zorgovereenkomst voer ik in een breder perspectief, namelijk het versterken van de totale positie van de cliënt. Over dit onderwerp ontvangt u dit jaar nog een brief, waarin de Minister van VWS en ik aangeven hoe we willen investeren in de relatie tussen zorgverlener en cliënt.

Wat indicatiestelling in de AWBZ betreft, herkennen de leden van de VVD-fractie het geschetste beeld dat veel burgers en professionals hierover klachten hebben. Een bijzonder punt van aandacht is de aansluiting van Zvw-zorg naar AWBZ-zorg. Het is bekend dat een groot deel van de patiënten na een operatie of behandeling doorstroomt naar AWBZ-hulp. Toch maken veel indicatiestellers geen gebruik van deze indicatieve cijfers over toekomstige vraag naar AWBZ-zorg. Dat leidt er weer toe dat mensen langer in een «duur» ziekenhuisbed moeten wachten op hun indicatie voor een AWBZ-instelling. In het actieplan wordt dit probleem niet genoemd.

Reactie:

Patiënten hebben niet zelden na ontslag uit het ziekenhuis nog zorg thuis nodig of, indien dat niet mogelijk is, dienen (tijdelijk) te worden opgenomen in een verzorgingshuis of verpleeghuis ter revalidatie/reactivering. Ook is het mogelijk dat een opname noodzakelijk is voor palliatieve/terminale zorg ten behoeve van de zorg in de laatste levensfase. De transferverpleegkundigen in het ziekenhuis zorgen er voor dat de overgang van ziekenhuis naar zorg thuis of naar een andere zorgvoorziening zo soepel mogelijk verloopt. Voor bepaalde cliëntgroepen, zoals CVA-patiënten of patiënten die aan hun knie of heup zijn geopereerd, kan nu al eenvoudig en snel een indicatie worden gesteld voor de zorg na ontslag uit het ziekenhuis. Natuurlijk moet een «verkeerde bedproblematiek» zoveel mogelijk worden voorkomen. Met het afgeven van het indicatiebesluit is echter in voorkomend gevallen nog geen plaats verzekerd in een AWBZ-instelling. Het zorgkantoor in de regio is verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing.

De staatssecretaris heeft al eerder aangekondigd dat zij de indicatiestelling wil vereenvoudigen en daarbij de professionals een grotere inbreng wil geven. De leden van de VVD-fractie zijn er voorstander van dat indicatiestelling dicht bij de mensen gebeurt. Voorwaarde is wel dat de indicatiestelling, indien de cliënt dat wenst, onafhankelijk van de zorgaanbieder plaats heeft. De samenwerking tussen het ministerie van SZW en VWS op het gebied van indicatiestelling wordt toegejuicht. Waarom is hierbij niet het ministerie van OCW betrokken? Ook daar wordt, in het kader van het speciaal onderwijs, gewerkt met bureaucratische indicatiestelling. Veel van deze kinderen maken daarnaast gebruik van AWBZ-zorg.

Reactie:

Naast het programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid, is er een project dat zich richt op de indicatiestelling in de Jeugdzorg, Speciaal Onderwijs en de AWBZ-zorg. Dit heeft inmiddels geresulteerd in het «Kader Integraal Indiceren», dat landelijk geïmplementeerd wordt.

Het programma stroomlijning Indicatiestelling in Zorg en Sociale Zekerheid richt zich om die reden op de domeinen zorg en sociale zekerheid. De plannen in het programma Stroomlijning worden wel dusdanig uitgevoerd dat in een later stadium ook voorzieningen uit andere domeinen kunnen worden meegenomen – mits die ondersteunend zijn voor de doelgroep van het programma: chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

Zo wordt onderzocht of en hoe het integrale aanvraagformulier uit het hiervoor genoemde Kader Integraal Indiceren kan worden opgenomen in de webvoorziening www.regelhulp.nl.

Dat de registratiedruk voor verzorgers afneemt, valt ook onder het kopje: «meer vertrouwen in de professional». Het eerste uitgangspunt is dus: niet registreren waar het niet hoeft. Dat ICT-toepassingen een ontlastende rol kan hebben daar waar registratie nu eenmaal een noodzaak is, ligt helemaal in onze lijn. Genoemde leden hopen echter dat bij de invoering van het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) de fouten die gemaakt zijn bij het Elektronische Patiëntendossier (EPD), voorkomen kunnen worden. Het lijkt deze leden daarbij verstandig om niet, zoals bij het EPD, te beginnen met een theoretisch model om er dan later achter te komen dat dit niet aansluit bij de bestaande ICT-infrastructuur of de gang van zaken in een zorginstelling. Uiteraard gaan deze leden ervan uit dat het ECD zal aansluiten op het EPD. Medische informatie is in het ECD net zo belangrijk als dat de informatie rondom de zorg van de cliënt van groot belang kan zijn voor het EPD.

Reactie:

Ik herken me niet in het beeld dat de door de vraagsteller(s) over het EPD wordt geschetst. Bij het EPD gaat het om het uitwisselen van gegevens die aan de bron – dat wil zeggen in het dossier van de zorgaanbieder – zijn opgeslagen en die van belang zijn om te delen met andere zorgaanbieders voor een goede kwaliteit van zorg aan de patiënt. Het ECD gaat uit van de automatisering van zorgprocessen binnen instellingen. Het ECD is zo ingericht dat het voldoet aan door NICTIZ opgestelde landelijke voorwaarden en standaarden van het EPD waardoor op termijn ook gegevens – indien gewenst – kunnen worden uitgewisseld met andere zorgaanbieders.

Het is een politieke keuze geweest om de eigen bijdrage in de extramurale zorg te laten berekenen over de daadwerkelijk geleverde zorg, en niet op basis van de indicatie. Deze beslissing heeft veroorzaakt dat iedere hulpverlener «tijd moet schrijven» wat tot grote irritatie leidt. Wat de leden van de VVD-fractie betreft zou de eigen bijdrage zo snel mogelijk berekend moeten worden over de indicatie. Dit zal leiden tot grote opluchting bij de medewerkers in de zorg. Daarnaast zal het ook leiden tot een groter bewustzijn bij cliënten over de indicatie.

Reactie:

Bij de invoering van de functiegericht omschreven zorgaanspraken per 1 april 2003 was aan de orde dat de eigen bijdrage voortaan een percentage zou zijn van de som van de waarde van de geïndexeerde zorgfunctie en de daarbij geïndiceerde klasse. Van het hanteren van de indicatie als basis voor de eigen bijdrage zorg is afgezien omdat wenselijk werd geacht dat alleen een eigen bijdrage zou worden betaald voor daadwerkelijk geleverde zorg. Vervolgens is ook afgezien van de invoering van een ander systeem van eigen bijdrage en is de uurbijdrage gehandhaafd. In 2004 is nogmaals nagegaan of niet overgegaan kom worden op een vereenvoudigd eigen bijdragesysteem. Er bleken geen voordelen te behalen boven een systeem dat niet gebaseerd is op «tijdschrijven». Vanuit de brancheorganisaties werd ernstig betwijfeld of in het kader van de bekostiging afgezien zou kunnen worden van de minutenregistratie. De minutenregistratie werd beschouwd als een randvoorwaarde voor het interne, administratieve proces. Het schrappen van de productregistratie werd niet wenselijk geacht in het kader van gewenste managementinformatie. Voor het terugdringen van administratieve lasten is niet alleen relevant de directe lasten uit een overheidsregel, maar ook de daadwerkelijke en beleefde lasten. Om die reden is ook toen besloten de huidige bijdrageregeling te handhaven.

5. Meer ruimte voor zorginstellingen

De leden van CDA-fractie vragen of de staatssecretaris van plan is om invulling te geven aan een eerdere gedane suggestie om «goede» instellingen te belonen met minder verantwoordingsverplichtingen. Zo ja, hoe denkt de staatssecretaris dat concreet in te vullen en zo nee, waarom niet? Wordt het eerdere idee van deze leden voor een regelvrije zone ook meegenomen?

Reactie:

Mijn inzet is om de verantwoordingsverplichtingen over de hele linie tot de echt noodzakelijke informatie te beperken en dubbelingen in de informatie-uitvraag te schrappen. Instellingen die aan de verantwoordingsverplichtingen voldoen en daarin goede uitkomsten laten zien, zullen ondervinden dat zij minder toezichtlasten van bijvoorbeeld IGZ en zorgkantoor hebben. In die zin zal er sprake zijn van een beloning voor «goede» instellingen. Dit staat overigens los van mijn intentie om vanaf 2009 instellingen te belonen die zich onderscheiden met betrekking tot kwaliteit van de zorgverlening (de zogenaamde best practices).

De leden van de CDA-fractie vinden het een goede zaak dat het jaardocument maatschappelijke verantwoording vastgesteld wordt als centraal verantwoordingsdocument. Zij willen graag weten wanneer dit ingevoerd gaat worden. Wordt hierin ook de verantwoording aan andere overheden, zoals provincies en gemeenten, direct ondervangen? Zo nee, bent u bereid dit te bevorderen?

Reactie:

Vanaf verslagjaar 2007 is het jaardocument zorg verplicht voor instellingen die vallen onder de regeling verslaggeving WTZi. Dit zijn de ziekenhuizen, UMC's, revalidatiecentra, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, verzorgings- en verpleegtehuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorginstellingen. Afgelopen verslagjaren hebben zorginstellingen op vrijwillige basis mee kunnen doen aan het jaardocument. Zestig procent van deze instellingen heeft voor verslagjaar 2006 verantwoording afgelegd via het jaardocument.

VWS voert actief beleid dat gericht is op de verbreding van het jaardocument om zodoende dubbele verslaglegging te voorkomen. Concreet resultaat hiervan is dat voor verslagjaar 2008 het jaardocument is uitgebreid met Justitie. Dit betekent dat zorginstellingen die zowel aan Justitie als aan VWS verantwoording moeten afleggen, kunnen volstaan met één verantwoordingsdocument. Voor de uitbreiding richting gemeenten en provincies ligt dit anders aangezien gemeenten hierin een autonome positie hebben. VWS heeft wel zorggedragen voor de financiering van een modeljaardocument Wmo. Met dit modeljaardocument kan de verantwoording richting gemeenten en VWS worden vormgegeven. VWS brengt het belang hiervan dit nogmaals bij de VNG onder de aandacht.

Wanneer kunnen de leden van de PvdA-fractie de onderzoeksresultaten van het ministerie van VWS, het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), over de verantwoording aan het CAK en het zorgkantoor verwachten?

Reactie:

Ik wil in mei van dit jaar inzicht hebben in de stappen en acties die nodig zijn om het controle- en verantwoordingsproces te vereenvoudigen, zodat op basis daarvan besloten kan worden tot uitvoering van eerste stappen met het oog op de controle en verantwoording over 2008. De Kamer wordt over dit precieze inzicht en de te nemen stappen nog voor de zomer van 2008 geïnformeerd.

In het actieplan wordt gesproken over het terugbrengen van de lappen-deken van controle en verantwoording voor instellingen en zorgkantoren

door het jaardocument maatschappelijk verantwoording als centrale verantwoordingsdocument te zien. Genoemde leden willen graag weten op welke termijn het jaardocument maatschappelijk verantwoording het centrale verantwoordingsdocument gaat worden.

Reactie:

Voor instellingen die vallen onder regeling verslaggeving WTZi is het jaardocument vanaf 1 januari 2008 wettelijk verplicht (verslagjaar 2007).

In het samenspel tussen instellingen en zorgkantoren (en de NZa) valt naar de mening van de leden van de VVD-fractie nog veel terrein te winnen. Meer vertrouwen en betere verhoudingen zijn noodzakelijk om de spelregels tussen de partijen te kunnen aanpakken. Daarbij is het niet behulpzaam dat zorgkantoren ieder jaar weer in onzekerheid verkeren over de datum van hun opheffing. Dit slechte management van verwachtingen maakt waarschijnlijk dat zij zich ook niet altijd als de meest bereidwillige partner opstellen. Kan de staatssecretaris duidelijkheid in de verwachtingen scheppen?

Reactie:

Ik realiseer me dat onzekerheid over de uitvoering van de AWBZ op de langere termijn niet bevorderlijk is voor het onderlinge vertrouwen en de verhoudingen tussen de partijen in de zorg in de uitvoeringspraktijk van vandaag. Ik heb dit punt ook besproken met ZN en enkele zorgkantoren. Ook met de organisaties van zorgaanbieders en de betrokken colleges ben ik hierover in gesprek. Deze overleggen verlopen in een constructieve sfeer. In deze overleggen is bijvoorbeeld gesproken over de introductie van vormen van meer cliëntgebondenfinanciering in samenhang met de ontwikkeling van het pgb. Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar financieringssystemen die beter aansluiten bij de zorgketen van cliënten, zoals de financiering van ketenzorg aan dementerende ouderen. De geloofwaardigheid en onbetwistbaarheid van de AWBZ-zorg, en de verkenning om te komen tot een glasheldere polis zijn ook gespreksonderwerpen. Op deze wijze wil ik ervoor zorgen dat de verwachtingen tussen deze partijen over en weer helder zijn. Zoals u weet heb ik de Sociaal Economische Raad (SER) gevraagd te adviseren over de AWBZ op de langere termijn. Naar aanleiding van het SER-advies zal ik een besluit nemen over de zorgkantoren.

Het AWBZ-zorgregistratiesysteem (AZR) is deze leden al jaren een doorn in het oog. Het is onduidelijk wat het AZR precies heeft bijgedragen aan inzicht in de geldstromen in de zorg in verhouding tot de bureaucratische last die ermee is gemoeid. Daarnaast geldt ook hier dat onduidelijke communicatie in het verleden, over het voortbestaan van zorgkantoren en de invulling van het AZR, ertoe kan hebben geleid dat sommige zorgkantoren hieraan onvoldoende aandacht hebben besteed.

Reactie:

De AZR is primair ontwikkeld voor de cliëntlogistiek in de keten van de AWBZ. De indicatiebesluiten van het CIZ worden, via het zorgkantoor, elektronisch toegewezen aan de zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder meldt elektronisch aan het zorgkantoor welke zorg wordt geleverd. De AZR schrijft voor welke taal (functies, zzp's) gebruikt wordt in de keten, hoe er wordt gecommuniceerd (elektronische berichten) en enkele praktische afspraken (bedrijfsregels) over het gebruik van de AZR. Het zorgkantoor heeft op basis van de AZR in de eigen regio een goed beeld van het functioneren van de keten en de balans tussen vraag en aanbod.

Het implementeren van de AZR gaat bepaald niet vanzelf. Het CIZ, de zorgkantoren en een deel van de zorgaanbieder hebben de AZR reeds op orde. Een deel van de zorgaanbieders is nog niet zover en ervaart de AZR als een last, omdat de implementatiedruk hoog is.

Vaak wordt de AZR als synoniem gebruikt voor administratieve lasten. Dat is mijns inziens niet terecht. Het is zeker zo dat de AZR nog niet optimaal

functioneert. Maar dat is niet per definitie te wijten aan de AZR zelf, maar eerder aan de wijze waarop de ketenpartners de eigen werkprocessen hebben ingericht en omdat men in de praktijk de bedrijfsregels van de AZR niet goed toepast.

Ondanks de invoeringsperikelen, geven alle zorgaanbieders desgevraagd aan dat zij beslist door willen gaan met de AZR. Want de voordelen van een goed werkend AZR zijn overtuigend genoeg.

De huidige AZR is nooit bedoeld voor het ondersteunen van de geldstroom in de zorg. Er moet hier sprake zijn van een misverstand. Met ingang van 2009 gaat de AZR dat wel doen, want dan gaat de AZR de zorgzwaartebekostiging ondersteunen. De gegevens in de AZR worden dan de basis voor het bekostigen van zorg.

Tot slot, het is jammer als Nederlandse instellingen geen gebruik zouden maken van het Europees Sociaal Fonds (ESF) omdat de aanvraag te ingewikkeld is. Dat het Agentschap Sociale Zaken en Werkgelegenheid hier een toegevoegde rol in kan vervullen en de aanvrager tijd kan besparen, zien genoemde leden als iets positiefs, mits de privacyregels in acht worden genomen.

Reactie: Ik ben blij met de positieve reactie van de leden van de VVD-fractie op de rol van het ESF. Daarbij is voor zorginstellingen wel een voorwaarde dat de invoering van het Burgerservicenummer in de zorg, waarvoor het wetsvoorstel voor behandeling bij de Eerste Kamer ligt, doorgang kan vinden. Bij de geschetste procedure worden de privacyregels in acht genomen.

6. Meldpunt en vliegende brigade

Wanneer opent het meldpunt Regeldruk en Bureaucratie, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Reactie:

Het meldpunt is vanaf 28 augustus 2007 geopend. Tot begin januari zijn er ruim 160 meldingen van professionals en instellingenbinnengekomen. De meldingen en de reacties daarop zijn te vinden op het volgende Internetadres: <http://www.minvws.nl/dossiers/bureaucratie-en-regeldruk/meldpunt-bureaucratie-en-regeldruk/overzicht-meldingen/>.

Op gebied van de AWBZ zijn er veel meldingen die aansluiten bij de onderwerpen in het actieplan. Zo zijn er inmiddels 51 meldingen over de indicatiestelling en 9 over verantwoording. Mijn ministeries betreft deze meldingen bij de uitvoering van het actieplan. Er zijn ook andere meldingen, die bijvoorbeeld betrekking hebben op administratieve fricties in situaties waarin patiënten van het ZVW-regime overgaan naar het AWBZ-regime. In veel gevallen wordt daarvoor in overleg met een van de zbo's een oplossing gevonden.

Ook wordt er gesproken over het instellen van een «vliegende brigade» die in het zorgveld gaat bijdragen aan het oplossen van bureaucratieknelpunten. Wanneer komen de staatssecretaris en de minister met een concreet plan?

Reactie:

U zult begin volgend jaar in het kader van het actieplan voor de aanpak van bureaucratie en regeldruk in de curatieve zorg nader hierover geïnformeerd worden.

Het meldpunt Regeldruk en Bureaucratie in de zorg kan meerwaarde hebben mits er ook iets met deze meldingen gebeurt. De bijzin dat veel misstanden berusten op «broodje aap»-verhalen doet de leden van de VVD-fractie echter anders vermoeden.

Reactie:

VWS behandelt elke melding individueel. Er wordt naar gestreefd om een melder binnen veertien dagen een inhoudelijke reactie te geven. Deze reactie wordt zo veel mogelijk in een breder kader (van ontwikkelingen) geplaatst.

De door u aangehaalde bijzin heeft zeker niet als doel om meldingen te bagatelliseren. Het komt voor dat in de dagelijkse uitvoeringspraktijk niet juiste of zelfs geheel onjuiste interpretatie van wet- en regelgeving wordt gebruikt. Het meldpunt beoogt een verzamelpunt zijn van alles waar professionals tegenaan lopen, maar ook waar zij zelf mogelijkheden zien om iets te verbeteren. De oplossing kan dan liggen in aanpassing van wet- en regelgeving, het maken van afspraken tussen partijen, maar in een aantal gevallen ook nadere uitleg over de interpretatie van regels. Dit omdat deze in een aantal gevallen «een eigen leven» is gaan leiden en ten onrechte tot irritatie leidt: in dat perspectief is het aan te merken als een «broodje aap».

AGENDA 2007–2011 VOOR DE LANGDURIGE ZORG

Versie 01–11–2007

1. Observaties met betrekking tot de huidige langdurige zorg

De afgelopen maanden zijn intensief benut om een goed beeld te vormen van de praktijk van alledag in de langdurige zorg. Via werkbezoeken en gesprekken met cliënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, toezichthouders en indicatiestellers is veel informatie uitgewisseld.

Een reis door de zorgketen in Lelystad gaf een interessant beeld van de beleving van verschillende betrokken partijen van de behoeften van twee concrete cliënten. Met de beste bedoelingen van iedereen blijkt het toch vaak niet de keuze van de klant die gevolgd wordt.

Indrukwekkend is ook het werk in de palliatieve zorg. In verschillende hospices in Heemstede en Amstelveen was de geweldige inzet van professionals en vooral ook vrijwilligers te ervaren naast het verdriet van het einde. Nederland kan trots zijn op de geweldige inzet van de medewerkers in de sector.

Interessante gesprekken en debatten werden gevoerd in Deventer met professionals en aankomend professionals over hun beroep en de organisatie van de werkvloer. Werkers met hart en ziel die de benen uit hun lijf lopen. Ze voelen zich door hun omgeving niet altijd begrepen in de betekenis van hun werk. Een beeld dat ook door «Zusters on tour» in een geweldige voorstelling op locatie werd geschetst. Veel valt ook nog te verbeteren in de logistiek van het werk, zo bleek. En goed opleiden is het fundament voor goede zorg.

Dat cliëntgebonden financiering (in verschillende vormen) een belangrijke voorwaarde is voor empowerment van de cliënten en hun zelfbeschikingsrecht werd duidelijk op een daartoe in Den Haag georganiseerde conferentie en gesprekken met mensen met een persoonsgebonden budget.

Dat kwaliteit naar professionele maatstaven over protocollen en richtlijnen niet hetzelfde is al de door de cliënt beleefde kwaliteit, kwam naar voren bij een bezoek in Limburg aan een onder toezicht geplaatste instelling. De balans tussen papier en werkelijkheid en de meting daarvan bleek aan herziening toe.

Dat kleinschaligheid werkelijk kan werd in Zeeland bewezen. Dat zoiets een paradigmashift vereist eveneens. Kleinschaligheid moet geen dogma zijn, maar het argument dat het niet zou kunnen is niet geloofwaardig. Op veel plaatsen blijkt immers al dat het wel kan met name in de gehandicaptenzorg.

Ook de betrokken partijen in de AWBZ-sector hebben hun toekomstvisie ontvouwd. In een rondetafelgesprek met de Vaste Kamercommissie op 23 mei 2007 is door onder meer NPCF, ZN, ActiZ, VGN, GGZ-Nederland en BTN aangegeven welke invalshoeken van belang zijn voor de personen die zijn aangewezen op de langdurige zorg. Aandachtspunten die door deze organisaties naar voren zijn gebracht betreffen de centrale positie voor de cliënt, zorg toegespitst op de zorgvraag van de verschillende doelgroepen, waarbij voor sommige groepen sprake is van levenslange en levensbrede zorg, een integrale aanpak van de zorg (ketenzorg, brede 1^e lijn), gelijke kansen voor iedereen, aandacht voor de arbeidsmarkt en ruimte voor ondernemerschap. Ook deze visies hebben mij geïnspireerd bij invulling van de toekomstagenda AWBZ.

Maar tussen de leerzame en soms bewogen veldbezoeken en de inspirerende denkbeelden van de sectorpartijen door was daar ook de confrontatie met de keiharde Haagse werkelijkheid: een fors tekort op de zorguitgaven, ook in de langdurige zorg. Maatregelen zijn onontkoombaar.

Deze confrontatie maakte nog eens duidelijk hoe belangrijk het is om veel duidelijker dan nu het geval is de «polisvoorwaarden» voor de AWBZ te verduidelijken en het recht op zorg te verankeren. Dat kan bijdragen aan een stabiele omgeving waarin cliënt en professional in wederzijds vertrouwen invulling kunnen geven aan de meest primaire relatie in de zorg. Die relatie moet het ijkpunt zijn voor het beleid.

Alles overziend kom ik tot de conclusie dat voor een aantal vraagstukken directe actie is vereist om de beheersbaarheid te vergroten. Daarnaast zijn er maatregelen nodig om op korte termijn verbeteringen te kunnen doorvoeren. Op de middellange termijn is herordening van de systematiek gewenst. Ik wil mij daarover laten adviseren door de SER.

2. Compassie, Aandacht, Respect en Eigenwaarde als uitgangspunt

Wie niet beter kan worden, verdient verzorging. In zowel de curatieve zorg als de care geldt teveel dat de institutionele context en ordening – en niet de preferenties en behoeften van de cliënt/patiënt – bepalend is voor welke zorg men ontvangt. Dat het anders moet, is geen naïeve droom maar een belangrijke opgave die de samenleving terecht eist. De overheid is hierbij geenszins uitvoerder van betere zorg, maar dient wel de condities zodanig te vormen dat de professionals in staat zijn goede zorg te verlenen. Juist in de care moet de leidraad compassie, aandacht, respect en eigenwaarde zijn.

De samenleving mag hierbij verwachten dat de overheid de regie voert, maar allereerst mag men verwachten dat de overheid een wenkend perspectief presenteert; de contouren schetsen wat een betere zorg concreet inhoudt. Een dergelijk perspectief is richtinggevend en voedt de korte en middellange termijn agenda.

Ook aan de vooravond van de echte start van de vergrijzing (en daarmee toenemende druk op het systeem), is een dergelijke ambitie noodzakelijk. Sterker, juist bij druk op het systeem, is het duidelijk maken waarnaar men wil streven, een belangrijk ankerpunt. Een scherpe koers helpt vooral bij zwaar weer. Daarbij is ook niet onbelangrijk dat het draagvlak voor de solidariteit van vandaag mede wordt bepaald door de perceptie van de dienstverlening van morgen. Mensen die vandaag netto-betalers zijn, willen ook een goede zorg wanneer zij morgen aan de beurt zijn; juist dan zijn zij bereid bij te dragen aan het systeem. De noodzakelijke solidariteit wordt uitgehouden indien mensen vandaag denken dat zij de zorg morgen buiten de collectieve arrangementen om zelf moeten regelen. Hierdoor verwatert hun verbondenheid met het collectief. Het is een opgave voor de overheid om in samenspraak met de samenleving uitgaande van een adequaat zorgniveau de betaalbaarheid te garanderen. De kwaliteit van de samenleving wordt in grote mate bepaald door *compassie* met en *aandacht* voor mensen die zorg nodig hebben, met *respect* voor hun wensen en hun *eigenwaarde*. Dat is het ideologisch fundament van dit kabinet en – blijkt uit vele surveys – is ook een belangrijke waarde van burgers in een tijdsbeeld dat ook tekenen van individualisering en onthechting laat zien.

Juist in (de kwaliteit van) de zorg voor mensen die niet meer beter worden, wordt getoond dat deze ideologie en gedeelde waarde van grote betekenis zijn.

De care weerspiegelt bovenstaande uitgangspunten. De zorg wordt passend geleverd in overeenstemming met de vraag van de cliënt. Daarenboven zijn eigen keuzes mogelijk. De cliënt dient hierbij een centrale en sturende rol te vervullen. Dit betekent meer invloed en een gevarieerder aanbod, met oog voor zijn/haar omgeving. Voor elk wat wils. Maar het

collectief financiert niet tot in het oneindige alle voorkeuren. Deze «meerdeling» is geen expliciete tweedeling; de overheid gaat segregatie tegen en zorgt voor een hoog basisniveau. Ook binnen deze basis is er voldoende keuzemogelijkheid.

De zorg is kwalitatief goed, waarbij juist bij de care de kwaliteit ook wordt bepaald door de warmere kant: het uitgangspunt van de zorggebruikers is de menselijke maat en niet een «productie-entiteit». Het zijn mensen met een beperking waardoor ze zorg/ondersteuning ontvangen en zij zijn geen «zorgcasus». Elk mens is uniek en moet centraal staan in een integrale benadering van zorg, wonen en welzijn, waarbij ook rehabilitatie een belangrijke rol kan spelen. Doel is dat men volwaardig kan participeren in de samenleving. *Voor deze mensen gaat het nadrukkelijk om de kwaliteit van het bestaan.*

Er is ook sprake van wederkerigheid. Van mensen mag worden verwacht dat zij meedoen aan de zorg voor anderen; dat kan in de vorm van maatschappelijke participatie van jongeren, maar ook door (fiscaal gestimuleerde) «kwaliteitsuren» van mantelzorgers of vrijwilligers. Een netwerk van hulp rond professionele zorg, helpt mede de zorg toegankelijk te houden en van hoog niveau. Deze immateriële investering mag van mensen worden gevraagd, ook aan de vooravond van hun eventuele eigen zorggebruik.

De afgelopen jaren is er vaak gediscussieerd over nut en noodzaak van doelgroepen. Daarbij ging het vaak om de definitie en omvang van doelgroepen en de noodzaak of behoefte om doelgroepen te onderscheiden. Traditioneel is er een onderscheid in ouderen-, gehandicapten- en GGZ-populatie. Onderkend wordt dat specifieke kenmerken van doelgroepen vragen om andere oplossingen voor de uitdagingen met betrekking tot de toekomst van de AWBZ. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt op basis van de aard van de zorgbehoefte. Belangrijk onderscheid is of een beperking of aandoening reeds vanaf de geboorte aanwezig is en levenslang zal zijn. Of dat deze beperking of aandoening later in het leven ontstaat. In dat laatste geval is ook van belang dat de beperking levenslang blijvend van aard is kortdurend.

- I: Cliënten met niet aangeboren aandoeningen of beperkingen die kortdurend behoefte aan zorg hebben en waarbij de zorg op genezing of palliatie is gericht. «Er is sprake van een aandoening, ziekte of letsel, waarbij op genezing gerichte zorg aangewezen is. De ziekteperiode is in de regel kort of in ieder geval in de tijd te overzien. De stoornissen en beperkingen zijn navenant tijdelijk. De aanspraak beperkt zich tot zorg die in het verlengde ligt van het verzekerd pakket van de Zvw en daarop aanvullend is».¹ Deze groep mensen krijgen door de aard van hun beperking/aandoening vooral persoonlijke verzorging en verpleging, maar sinds 2005 ook steeds vaker ondersteunende begeleiding². Deze zorg grenst aan zorg gefinancierd uit de Zvw.
- II: Cliënten met een langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte, niet aangeboren, die voortkomt uit tijdens het leven opgedane beperkingen of aandoeningen. De zorg voor deze mensen is een voorwaarde om goed mee te doen in de samenleving. Naast zorg is er dan ook veel aandacht voor goed wonen, passend onderwijs en betekenisvol werken. Participatie is een belangrijke doelstelling in het leven van deze cliënten.
- III: Cliënten met een intensieve zorgbehoefte die voortvloeit uit ernstige (meervoudige) beperkingen en chronische aandoeningen en die leid tot levenslange zorg. De mogelijkheden voor maatschappelijke participatie zijn beperkt, het accent ligt op het bieden van een veilige en adequaat toegeruste omgeving.

¹ CVZ (28 juli 2005). Rapport Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ.

² Gezien de aard van de beperking/aandoening – overwegend somatisch – is dit opmerkelijk en ligt nader onderzoek naar de oorzaken in de rede.

Bij de nadere uitwerking van de voorgestelde verbeteringen in de AWBZ¹ zal rekening moeten worden gehouden met de specifieke kenmerken van deze cliëntgroepen. Niet om nieuwe schotten of extra versnippering te creëren, wel om beter aan te sluiten bij ontwikkelingen in de zorg en de beleving van uit de cliënt en om integraliteit van zorg (ketenzorg) beter te kunnen organiseren.

3. Thema's voor verandering

Wat deze uitgangspunten betekenen voor de inrichting van het stelsel van langdurige zorg, daarover zijn de afgelopen jaren verschillende rapporten uitgebracht. Al deze rapporten koersen op een herinrichting waarbij in verschillende gradaties de Wmo en de Zvw betrokken zijn. In één situatie komt dat op korte termijn tot uitwerking nl. door het overhevelen van de kortdurende GGZ naar de Zvw per 1 januari 2008. Ook voor andere aspecten van de AWBZ zal een discussie over herinrichting gevoerd moeten worden.

Niemand zit te wachten op een herinrichting louter vanwege de bestuurlijke schoonheid. Het systeem moet uiteindelijk bijdragen aan betere randvoorwaarden om de kwaliteit van het bestaan voor mensen met chronische aandoeningen of beperkingen vorm te geven.

Over de inrichting van het instrument AWBZ is de SER om advies gevraagd. In deze adviesaanvraag wordt de SER gevraagd een richtinggevende uitspraak te doen over de toekomst van de AWBZ. Daarbij zal de SER nadrukkelijk gebruik maken van de andere adviezen die over dit onderwerp zijn uitgebracht en zal men ook ingaan op de positie van de zorgkantoren en zorgverzekeraars. Naar aanleiding van de besluitvorming over het SER-advies zal ook een besluit worden genomen over de toekomst van de zorgkantoren.

Ongeacht het herontwerp van het AWBZ instrument op de lange termijn, zullen rond een aantal thema's de komende jaren concrete resultaten moeten worden geboekt. Het gaat daarbij om de volgende thema's:

- A: de cliënt moet beter toegerust worden om centraal te kunnen staan en zelf keuzes te kunnen maken vanuit een levenslang en levensbreed perspectief;
- B: om de toegang tot zorg te verbeteren moet de bureaucratie afnemen en de zorgprofessional de ruimte krijgen om te doen waarvoor zij of hij heeft doorgeleerd;
- C: de kwaliteit van de zorgverlening moet en kan op een hoger niveau gebracht worden, er zijn genoeg goede voorbeelden die navolging kunnen krijgen. Daarbij moeten organisaties die een hogere kwaliteit leveren ook worden beloond;
- D: het dreigende tekort aan goede professionals in de langdurige zorg als gevolg van de vergrijzing moet pro-actief aangepakt worden door een optimale benutting van de arbeidsmarkt
- E: de uitgaven voor de AWBZ moeten duidelijker worden bestemd voor datgene waarvoor de AWBZ bedoeld is: de langdurige zorg. Naast korte termijn maatregelen is een glasheldere «AWBZ-polis» nodig met éénduidige voorwaarden. Alleen zo kan een geloofwaardig stelsel in stand worden gehouden waarvoor de samenleving bereid is solidariteit op te brengen. Daarbij zal een goede balans moeten worden gevonden tussen de collectieve en individuele financiële bijdrage.

De komende vier jaren zal deze agenda voor de langdurige zorg worden vormgegeven. Daarbij kan een fasering in de tijd worden aangebracht. Waar mogelijk zal worden aangesloten bij initiatieven die vanuit de sector al zijn opgestart bijvoorbeeld het kwaliteitstraject «Normen verantwoorde zorg», het «Kwaliteitskader gehandicaptenzorg» en de «Visieontwikkeling

¹ De doelgroepenindeling is bij benadering; een verdere concretisering kan plaatsvinden in het verlengde van het SER advies.

langdurige GGZ». Ook wordt serieus rekening gehouden met signalen uit de praktijk.

Een aantal maatregelen moet *nu* worden genomen in het kader van de *beheersing*. Andere vraagstukken met betrekking tot gewenste *verbeteringen moeten op korte termijn* worden opgelost maar vragen nog om een nadere uitwerking. Resteren de maatregelen die zijn gericht op *(her)ordening*. Deze maatregelen kunnen worden uitgewerkt *nadat het SER-advies* is ontvangen. In de bijlage zijn de diverse maatregelen meer schematisch weergegeven waarbij ook is aangegeven welke betrokken partijen aan zet zijn om de verbeteringen te kunnen realiseren.

Bij de inrichting van de toekomstagenda voor de langdurige zorg dient bedacht te worden dat niet alle aspecten aan de orde komen. Ook andere belangrijke ontwikkelingen, zoals de discussie over de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte, hebben raakvlakken met de langdurige zorg. Over deze onderwerpen wordt echter in breder verband dan alleen de langdurige zorg van gedachten gewisseld.

4. Positie cliënt versterken door meer zelfbeschikking

Een werkelijke verbetering in de positie van cliënten voor wie de kwaliteit van het bestaan centraal staat vergt in de eerste plaats zelfbeschikking: zelf keuzes kunnen maken en zelf kunnen oordelen over de kwaliteit van de geboden zorg. Uiteraard vindt dat binnen kaders plaats. Zo zullen niet alle kostenconsequenties van individuele keuzes altijd gehonoreerd worden. Er moet worden gezocht naar een goede balans tussen financiële kaders en een adequaat zorgarrangement voor cliënten.

Ten aanzien van de veiligheidsaspecten van zorg zal een professioneel oordeel van de Inspectie altijd nodig blijven. Ook zullen kaders nodig zijn om de rechtszekerheid van cliënten te waarborgen. Het gaat hierbij vooral om nader uit te werken maatregelen die leiden tot verbeteringen op de korte termijn.

Concrete maatregelen die in dit kader worden voorbereid zijn:

- het introduceren van meer vormen van cliëntgebonden financiering;
- het maken van een glasheldere AWBZ-polis;
- het vergroten van de transparantie van zorgaanbieders;
- meer ruimte voor eigen oordeelsvorming over kwaliteit;
- kwaliteit van ketenzorg of netwerkzorg (integraliteit) in beeld brengen;
- vereenvoudiging van (het proces van) de indicatiestelling;
- het faciliteren van cliëntondersteuning bij het maken van zorgafspraken;
- het juridisch verankeren van het zorgplan en de zorgovereenkomst;
- cliënten in staat stellen zelf wonen en zorg tot een gewenst arrangement te combineren, waarbij ruimte is voor innovatie.

5. Meer ruimte voor klant en professional door vermindering bureaucratie

Administratieve lasten en regeldruk zijn bij alle onderwerpen in de AWBZ meer of minder aanwezig. Dat is vanzelfsprekend, want regels brengen nu eenmaal verplichtingen met zich mee. Uit het onderzoek dat PricewaterhouseCoopers (PwC) in opdracht van de Extern Gemengde Commissie aanpak administratieve lasten zorg en VWS blijkt ook dat het bestaan van regels op zich geen probleem is. De regels geven problemen als zaken onduidelijk zijn (waarom moet iets gebeuren) of veel irritatie opleveren (omslachtig geregeld). Het kan het werkplezier grondig verpesten. Het terugdringen van de bureaucratie vereist een andere mentaliteit en aanpak. Vertrouwen is hierbij het sleutelwoord. Het nieuwe kabinet schenkt vertrouwen aan burger, professionals en uitvoerders in de

publieke sector, wier vakkennis van cruciaal belang is. De regels die nodig zijn, moeten ten dienste staan aan de zorg en niet – zoals het nu vaak is – het zorgproces belemmeren. Op 28 augustus 2007 (TK 2006–2007, 30 597, nr. 12) is een apart plan van aanpak aan de Tweede Kamer aangeboden, waarin maatregelen zijn opgenomen, die leiden tot minder bureaucratie en meer werkplezier in de AWBZ.

In dit plan van aanpak worden onder andere de volgende concrete maatregelen genoemd:

- invoeren van een redelijke implementatietermijn bij nieuwe en veranderende regels, waardoor zorgverleners en uitvoeringsorganisaties zich beter kunnen voorbereiden. Hierbij is de lengte van de termijn afhankelijk van de omvang van de verandering;
- verbetering van de communicatie van VWS en ZBO's in de AWBZ (CIZ, NZa, CAK, CVZ);
- vereenvoudiging van de indicatiestelling zal worden aangepakt door een groot aantal voorstellen uit te werken zoals het slimmer gebruik maken van informatie van zorgaanbieders en hulpverleners;
- verkenning of het inkoopproces in de AWBZ kan worden vereenvoudigd, uiteraard binnen de daarvoor geldende EU-richtlijnen. Het gaat daarbij om de aanbestedingsprocedures, het sneller vrijgeven van budgettaire kaders door VWS en vereenvoudiging van de nacalculatieprocedure door een verbinding te leggen met het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Als laatste stap is het voornemen om de publicatie van het JMV te vervroegen. Opletpunt hierbij is dat de vervroeging van de publicatiedatum alleen mogelijk is als alle voorgaande stappen zijn gerealiseerd. In de huidige context zou vervroeging tot lastenverzwaring kunnen leiden;
- de huidige lappendeken van verantwoording en controle wordt gerationaliseerd door het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording in de AWBZ centraal te stellen.

Bij deze maatregelen staat het beheersingsaspect voorop, zodat nu een groot aantal van de bestaande knelpunten kan worden weggenomen.

6. Kwaliteitsverbetering AWBZ

Een centraal thema is de gewenste verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg. Veel energie zal worden gestoken in het oplossen van de knelpunten in de komende jaren. Er is dan ook een bijzonder plan van aanpak zorghuizen opgesteld («Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan») en er zijn extra middelen beschikbaar om een kwaliteitsimpuls te kunnen geven. Dit plan is op 31 mei 2007 (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146) aangeboden aan de Tweede Kamer. Het is echter van belang dat ook op de andere terreinen van de AWBZ-zorg innovatie en kwaliteitsverbetering worden gestimuleerd. Het gaat daarbij zowel om de kwaliteit van de zorgverlening als de organisatie van de zorgverlening.

Het doel is om de huidige knelpunten in de zorgverlening weg te nemen zodat de klanttevredenheid verder toeneemt. Beoogd wordt beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënten door de afbouw van meerbedkamers en het stimuleren van kleinschalige woonvormen. Ook moet er een ruimer zorgaanbod komen met betrekking tot dagbesteding van gehandicapten of chronische psychiatrische patiënten, zorg aan gehandicapte kinderen en palliatieve zorg. Daarnaast kan door verhoging van de kwaliteit belangrijke vooruitgang worden geboekt bij het verminderen van decubitus, valincidenten, ondervoeding en seksueel misbruik. Uit de werkbezoeken is ook duidelijk naar voren gekomen dat de langdurige zorg een sterke samenhang heeft met de 1e en 2e lijnszorg. Inzet op ketenzorg en integrale zorgarrangementen is daarom van groot belang.

Om deze doelstellingen te kunnen bereiken, worden de volgende activiteiten voorzien die bijdragen aan verbetering op de korte termijn:

- in 2010 moet iedereen die in een zorghuis verblijft de keuze hebben om in een éénpersoonskamer te wonen. Dit vraagt een intensief traject om de afbouw van 16 200 plaatsen op kamers voor meer dan twee personen naar nul te reduceren;
- extra middelen worden beschikbaar gesteld voor de palliatieve zorg, waarbij ook de wijze van financiering zal worden gezien;
- er wordt een innovatieplatform opgericht waar initiatieven kunnen worden aangemeld en ondersteund. Daarbij wordt de inzet van domotica en andere ICT-oplossingen bevorderd;
- het systeem van kwaliteitsnormen verantwoorde zorg, gebaseerd op zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaringsgegevens, wordt in de komende jaren door de sector volledig geïmplementeerd. De sector verpleging, verzorging en thuiszorg zal vanaf 2007 integraal verslag doen over de geboden kwaliteit. De gehandicaptensector en de GGZ-sector zullen snel volgen op grond van resp. het kwaliteitskader gehandicaptenzorg en de basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg. Door toepassing van deze normen en aanpassing van het werkproces door de zorgaanbieders zal de kwaliteit toenemen. Hierdoor zal de waardering van de cliënt toenemen en zal ook het oordeel van de inspectie over de sector verbeteren;
- via het programma kwetsbare ouderen worden de mogelijkheden voor integrale zorgarrangementen en ketenzorg geïntensiveerd. Samenwerking met de 1e en 2e lijn en verbreding van die 1e lijn zijn hierbij aan de orde. Ook wordt gezien welke stimulerende rol verzekeraars bij de totstandkoming van integrale zorgarrangementen kunnen spelen;
- meer specifiek wordt gezien op welke wijze financieringsmodellen kunnen worden ontwikkeld zodat meer aansluiting wordt gevonden met de individuele zorgkosten van de verzekerde en een verbinding kan worden gelegd tussen de financieringsstromen via het zorgkantoor in de AWBZ en de zorgverzekeraars in het kader van de Zvw. Hierdoor ontstaan ook (financiële) stimulansen om de ketenzorg te intensiveren;
- er wordt (financiële) ruimte geboden voor de oplossing van specifieke knelpunten bij cliënten met een grote zorgzwaarte, dagbesteding voor gehandicapten en gehandicapte kinderen;
- gerichte activiteiten worden ontplooid met betrekking tot cliëntveiligheid, waardoor de prevalentie van decubitus, valincidenten, ondervoeding en seksueel misbruik substantieel afneemt. Met de sector zal een «veiligheidsagenda» worden opgesteld, waarbij deze activiteiten zoveel als mogelijk in concrete en realistische doelstellingen worden vertaald.

7. Optimale benutting van de arbeidsmarkt

Gezien de vergrijzing zal krapte gaan ontstaan op de arbeidsmarkt. Samen met de toenemende zorgvraag zorgt dit voor een spanning tussen het benodigde aantal arbeidskrachten en het aantal mensen dat beschikbaar is om langdurige zorg te leveren. Het is daarbij ook van groot belang dat het aantal mantelzorgers op peil blijft en de huidige werknemers in de langdurige zorg gemotiveerd blijven om in de sector te blijven werken. Om een toekomstbestendige duurzame (kwalitatief en betaalbare) langdurige zorg te realiseren zijn nieuwe en intelligente vormen van bedrijfsvoering, de ontwikkeling en borging van nieuwe producten en diensten (waaronder de invoering van ICT) en systeemverandering (in cultuur, structuur en werkwijzen) essentieel. Het mogelijk maken en stimuleren van innovatie is een belangrijke focus.

Het is ook van belang het elan en de beroepstrots in de sector moet een nieuwe impuls krijgen en negatieve imago-tendenzen moeten worden doorbroken. Als de omstandigheden verbeteren zal ook meer ruimte ontstaan om directe aandacht aan de cliënt te besteden. Het arbeidsproces zal zo moeten zijn ingericht dat de contacttijd met de cliënt wordt verhoogd.

Concrete activiteiten in dit kader zullen in goed overleg met de sector moeten worden uitgewerkt om te kunnen komen tot gezamenlijk gedragen verbeteringen op de korte termijn. Inzet wordt voorzien in:

- gerichte programma's die het plezier in het werk verhogen en uitval van ervaren zorgverleners wordt voorkomen;
- intensivering van de personele inzet in de V&V-sector waardoor de contacttijd met de cliënt toeneemt met 1%-punt per jaar (ten opzichte van de best practise 2004);
- gerichte benadering van herintreders en schoolverlaters;
- het ontwikkelen en implementeren van trainingsprogramma's om tegemoet te komen aan de nieuwe eisen die aan de sector worden gesteld;
- verruiming van de stagemogelijkheden;
- ondersteuning van mantelzorgers;
- het beter mogelijk maken van innovaties die bijdragen aan de duurzaamheid van de AWBZ, in het bijzonder met betrekking tot de benodigde arbeidskracht via het ZonMw-programma Zorg voor Beter en via transitie-experimenten.

Een groot aantal van deze initiatieven is opgenomen in de nota «Zorg voor ouderen», die op 31 mei 2007 (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146) aan de Tweede Kamer is aangeboden.

Voor de totale zorgsector is een nota in voorbereiding over het arbeidsmarktbeleid. Het betreft hier het «Actieplan Arbeidsmarkt Gezondheidszorg», dat gezamenlijk met de sociale partners wordt ontwikkeld. Op 26 juli 2007 (TK 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 173) is aan de Tweede Kamer gemeld dat het actieplan naar verwachting eind oktober gereed zal zijn.

8. Een zorgpakket tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten

In de langdurige zorg is nu nog sprake van knelpunten. Door het beschikbaar stellen van extra middelen kunnen we deze knelpunten wegnemen. Ten principale moeten de zorguitgaven echter kunnen worden opgevangen binnen een vooraf vastgesteld budgettair kader. Hierdoor wordt het draagvlak in de samenleving vergroot en ontstaat een basis om een evenwichtig pakket aan zorgarrangementen te kunnen blijven aanbieden met een goede prijs/kwaliteitverhouding. Het is daarom van belang om nu initiatieven te ontplooien die de beheersbaarheid van de uitgaven bevorderen. De doelstelling is dat de uitgaven van de AWBZ de voorziene omvang binnen het BKZ-kader niet overtreffen.

In de komende kabinetsperiode gaat het om de volgende activiteiten die ertoe zullen bijdragen dat de langdurige zorg met een adequaat kwaliteitsniveau kan worden verstrekt tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten:

- aanpassing van de financieringsmethodiek door:
 - invoering van de zorgzwaartebekostiging (ZZP-intramuraal);
 - aanpassing van de extramurale bekostiging (zorgzwaarte en loslaten urendeclaratie en bekostiging per functieklasse);
 - het spiegelen aan best practices;
 - de kapitaallasten zullen op termijn onderdeel gaan uitmaken van de tarieven voor de intramurale zorg (een traject naar integrale prestatiebekostiging). Het bouwregime zal tegelijkertijd worden

afgeschapt. Hierdoor krijgen aanbieders vrijheid en verantwoordelijkheid om in te spelen op de wensen van cliënten op het gebied van de zorg zelf en de omgeving waarin die wordt geboden (eigen keuzes ten aanzien van handen aan het bed, vastgoed en innovatie). Op deze onderwerpen is meer in detail ingegaan in de brief aan de Tweede Kamer van 9 juli 2007 (TK 2006–2007, 27 659, nr. 84). Het ondernemerschap in de zorg wordt bevorderd;

- formuleren van robuuste «polisvoorwaarden» voor de AWBZ en deze uniform vastleggen. Er dient sprake te zijn van een glasheldere «AWBZ-polis», zodat maatschappelijk draagvlak kan worden gevonden voor een afgesproken zorgpakket tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. Hierbij zal ook de sterke groei van de PGB's worden gezien. Onbedoeld gebruik moet zoveel mogelijk worden uitgesloten. Kernwoorden hierbij zijn helderheid ten aanzien van rechten, een samenhangend indicatieproces, toekomstbestendigheid en eenduidige afbakening ten opzichte van andere zorgstelsels (o.a. Wmo en Zvw);
- heroriëntatie op de aanspraken in het kader van de AWBZ. Daarbij zullen ook de raakvlakken met de Wmo en Zvw worden gezien. Een eerste stap zal worden gezet ten aanzien van de functie ondersteunende begeleiding (OB), waarbij zal worden gezien in hoeverre het huidige gebruik nog overeenkomt met de oorspronkelijke doelstellingen. Het gaat daarbij om maatwerk. Zo is bijvoorbeeld bekend dat voor gehandicapten OB vaak een belangrijk onderdeel is van het integrale zorgarrangement. Ook de relatie met de door de gemeenten aangeboden welzijnsdiensten wordt gezien. Inzet is om de sterke uitgavengroei van OB in de komende jaren terug te dringen.

9. Samenwerking tussen de rijksoverheid en de partners in de langdurige zorg

Gezien de gevarieerdheid van de AWBZ en de betrokken partijen, is het onmogelijk en onwenselijk dat verbeteringen alleen door de rijksoverheid kunnen worden gerealiseerd. Het moet gaan om een gezamenlijk gedragen agenda voor de toekomst van de AWBZ. De rijksoverheid zal vooral voorwaardenscheppend acteren, waarbij optimale randvoorwaarden worden gecreëerd. Het is vooral aan de betrokken partijen in de sector zelf om vervolgens in te spelen op de mogelijkheden. Inzet door cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en indicatiestellers is een vereiste om in de komende jaren een belangrijke stap voorwaarts te zetten bij de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening aan cliënten. Het is daarbij van belang dat de thema's en maatregelen zoals genoemd in deze agenda nader worden uitgewerkt waarbij duidelijk is bij welke organisatie de verantwoordelijkheid is belegd. Een eerste aanzet is gegeven in de bijlage¹ waarbij de diverse maatregelen en activiteiten schematisch zijn weergegeven.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.