

Vergaderjaar 2008–2009

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 282

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 november 2008

Inleiding

Dit is de tweede voortgangsrapportage invoering zorgzwaartebekostiging in 2008. De vorige rapportage dateert van 29 april 2008. Over de vorige voortgangsrapportage heb ik met de vaste kamercommissie voor VWS op 19 juni 2008 een algemeen overleg gevoerd (Kamerstuk 26 631, nr. 269). Na 19 juni heb ik de kamer afzonderlijk geïnformeerd over onderdelen van de voortgang van de zorgzwaartebekostiging, te weten:

- antwoorden op vragen naar aanleiding van het algemeen overleg op 19 juni 2008 (TK 2007–2008, 26 631, nr. 261);
- door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in juni 2008 gepubliceerde gewijzigde indicatieve tarieven van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) (TK 2007–2008, 26 631, nr. 266);
- de «second opinion» zoals door PWC uitgevoerd op het beslissingsondersteunende systeem dat wordt gebruikt bij de indicatiestelling in ZZP's (TK 2007–2008, 26 631, nr. 271);
- mijn brief aan de NZa van 5 augustus 2008 over de stappen bij de herallocatie bij invoering van de zorgzwaartebekostiging (TK 2008–2009, 26 631, nr. 272);
- een voorhangbrief met mijn voornemens om de NZa een aanwijzing te geven met betrekking tot de invoering van de zorgzwaartebekostiging (TK 2008–2009, 26 631, nr. 273).

Over elk van deze hiervoor genoemde brieven zijn door de vaste kamercommissie vragen gesteld in de vorm van een schriftelijk overleg. Mijn bijdrage aan deze schriftelijke overleggen (Kamerstukken 2007–2008, 26 631, nrs. 274 t/m 279) heb ik op 27 oktober jl aan u toegezonden.

Om alle betrokken partijen zo spoedig mogelijk te informeren heb ik op 31 oktober 2008 mijn aanwijzing over de invoering van de zorgzwaartebekostiging aan de NZa verzonden. Van deze aanwijzing heeft u op 31 oktober ook een afschrift ontvangen (TK 2008–2009, 26 631, nr. 280).

Op 3 november 2008 heeft de raad van bestuur van de NZa de beleidsregels over de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de definitieve prijzen van de zorgzwaartepakketten vastgesteld en is de NZa gestart met de communicatie daarover. Door het vaststellen van deze beleidsregels is voor alle partijen veel duidelijkheid ontstaan over de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De invoering van de zorgzwaartebekostiging komt daarmee in een nieuwe fase. Van vormgeving van de systematiek tot daadwerkelijke implementatie en onderhoud.

In aanvulling op de verzonden brieven stuur ik u ter voorbereiding op het algemeen overleg van 20 november a.s. de tweede voortgangsrapportage. Hierin schets ik een overzicht van het invoeringstraject en de financiële effecten voor instellingen. Verder besteed ik aandacht aan specifieke instellingen en cliënten, de bewaking van een zorgvuldige invoering, communicatie en transparantie.

1. Zorgvuldige invoering staat voorop

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt zorgvuldig en geleidelijk. Partijen krijgen de tijd zich voor te bereiden. In 2006 is gestart met de voorbereiding. In 2007 is de zorgzwaarte van alle cliënten in beeld gebracht. In 2008 wordt schaduwgedraaid om instellingen en cliënten vertrouwd te maken met de ZZP's en te anticiperen op de financiële effecten. De financiële effecten zullen stapsgewijs vanaf 2009 doorgevoerd worden. Naast de aandacht voor een zorgvuldige invoering voor de aanbieders is ook gekeken naar een zorgvuldige invoering voor de cliënten. Hierbij heb ik een afweging gemaakt tussen de belangen van de aanbieders en de cliënt. Ik heb besloten om het overgangstraject niet te lang te laten duren, om zo spoedig mogelijk recht te kunnen doen aan de geïndiceerde zorgvraag van de cliënt. Bij de besprekingen over de invoering is dit punt benadrukt door cliëntenorganisaties en om die redenen heb ik er voor gekozen om een overgangsperiode van drie jaar aan te houden. De drie jaar termijn geeft zorgaanbieders een gedegen periode om de bedrijfsvoering aan te passen zodat er recht gedaan wordt aan de zorgzwaarte van iedere cliënt.

In de afgelopen maanden heb ik regelmatig overleg gevoerd met alle betrokken partijen over (het tempo van) de stappen bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Hierbij zijn gesprekken gevoerd met brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland. Zowel afzonderlijk als met alle partijen gezamenlijk. Op 10 oktober 2008 heeft ook de eerste bijeenkomst plaatsgevonden van de bestuurlijke begeleidingscommissie invoering zorgzwaartebekostiging onder leiding van de Directeur Generaal Langdurige Zorg. De uitkomsten van deze besprekingen heb ik betrokken bij het formuleren van de aanwijzing aan de NZa en de vaststelling van de beleidsregels door de NZa. Ook de NZa heeft alle betrokken partijen uitgebreid geconsulteerd over de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De beleidsregels die de NZa heeft vastgesteld, passen binnen de aanwijzing die ik gestuurd heb en komen daarmee ook overeen met de plannen die ik eerder in mijn voorhangbrief over de invoering van de zorgzwaartebekostiging bekend heb gemaakt.

Zorgvuldigheid is niet alleen vooraf bij de vormgeving belangrijk, maar ook tijdens de uitvoering. Monitoring zal landelijk met alle betrokken partijen onder andere plaatsvinden in de begeleidingscommissie invoering zorgzwaartebekostiging. Over de monitoring maak ik afspraken met betrokken partijen. De NZa zal toezien op de inkoop van intramurale zorg door de zorgkantoren en mij tijdig berichten indien daartoe aanleiding is.

De cliëntenorganisaties zullen de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging bewaken. Ik zal een subsidie verstrekken voor de monitoring die cliëntenorganisaties gezamenlijk uitvoeren. In de eerste bijeenkomst van de begeleidingscommissie is afgesproken om gezamenlijk meer inspanningen te verrichten om de cliënten goed voor te lichten over de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

In het hiernavolgende zal ik de hoofdlijnen van de invoering nogmaals schetsen. Tevens zal ik ingaan op een aantal specifieke beleidskeuzes.

2. Hoofdlijnen invoering, financiële effecten voor instellingen

De invoering van de zorgzwaartebekostiging gebeurt binnen de bestaande uitvoeringsstructuur van de AWBZ met onder andere een regionaal budget, contracteerplicht voor de intramurale zorg en met een zorgplicht voor het zorgkantoor.

Voor in 2008 toegelaten intramurale instellingen zal de invoering van de zorgzwaartebekostiging met ingang van 1 januari 2009 voor het eerst (beperkte) financiële gevolgen hebben. Om in 2009 vast te kunnen stellen wat het verschil is tussen het oude budget en het nieuwe, ZZP-budget, worden de oude bekostigingsparameters nog in stand gehouden.¹ In 2010 worden deze oude bekostigingsregels volledig afgeschaft.

De herallocatie: duidelijkheid over de afbouw en de opbouw

Zorgkantoren en zorgaanbieders zullen in maart 2009 afspraken indienen op grond van de «oude» bekostigingsregels en een overzicht van de zorgzwaartepakketten. De zorgautoriteit zal zowel een budget vaststellen op grond van die oude parameters als een budget op basis van de ZZP-parameters. Dan wordt voor iedere intramurale zorgaanbieder eenmalig het verschil tussen dat oude en het nieuwe, ZZP-budget vastgesteld. Dit verschil wordt het herallocatiebedrag genoemd. Het herallocatiebedrag geeft inzicht in de op- of afbouw van het budget van de desbetreffende zorgaanbieder met ingang van 2009 en geldt voor het gehele herallocatietraject tot en met 2011.

De afbouw bedraagt in 2009 maximaal 2% van het budget in oude bekostigingsparameters.

In 2010 is de afbouw maximaal 6% (de 2% in 2009 met daarbovenop 4% in 2010).

In 2011 is de afbouw maximaal 13% (de 6% in 2010 met daarbovenop de 7% in 2011)

Voor instellingen die meer dan 13% moeten afbouwen kan de zorgautoriteit een maatwerkregeling toepassen. Deze afspraak wordt in 2009 gemaakt en toegepast voor de gehele afbouw periode. Of instellingen definitief in aanmerking komen voor de maatwerkregeling wordt bekend in maart 2009. Wel zal de NZa vanaf november 2008 gesprekken voeren met instellingen waarvan nu al duidelijk is – op basis van de derde ronde productieopgaven (oktober 2008) – dat zij er meer dan 13% op achteruit gaan.

In mei 2009 krijgt iedere instelling inzicht in zijn volledige afbouwtraject (2009–2011).

Ik ben van mening dat zorginstellingen met dit meerjarige afbouwschema voldoende tijd krijgen om zich in hun bedrijfsvoering voor te bereiden op de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

De mate waarin «opbouwers» in 2009 en latere jaren kunnen groeien in budgetomvang is afhankelijk van de bedragen die beschikbaar komen uit de afbouw van de budgetten van instellingen die moeten afbouwen.

¹ Nieuwe intramurale zorgaanbieders die met betrekking tot het jaar 2008 geen productieafspraken hebben gemaakt of die in 2009 voor het eerst worden toegelaten, worden enkel bekostigd op basis van ZZP-tarieven.

De opbouw wordt bespoedigd doordat er extra middelen worden ingezet uit een deel van de één-procent margeregeling van de contracteerruimte¹. Volgens indicatieve cijfers van de NZa kunnen alle opbouwers hiermee in 2011 toegroeien naar het budget dat past bij de zorgzwaarte van de bij hen verblijvende cliënten.

Voor de instellingen die meer dan dertien procent in budget moeten opbouwen zal de zorgautoriteit een maatwerkregeling toepassen. Omdat de opbouwbedragen afhankelijk zijn van de afbouw, zal de NZa de opbouw niet eerder dan in mei 2009 bekend kunnen maken.

In mijn bijdrage voor het schriftelijk overleg over de voorhangbrief (TK 2008–2009, 26 631, nr. 277) heb ik een indicatie gegeven van het aantal opbouwers en afbouwers per sector en de mate waarin zij gaan op- en afbouwen. In dezelfde bijdrage voor het schriftelijk overleg heb ik tevens de spreiding weergegeven over grote en kleine afbouwers. Gemiddeld genomen is de op- en afbouw als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging beperkt, zoals in hiernavolgende tabel is weergegeven.

Tabel 1 indicatieve totale op- en afbouw (NZa, juli 2008)

Sector	Totaal opbouwbedrag	Totaal afbouwbedrag	Totaal macrobudget
Verpleging en verzorging	€ 143 miljoen	€ 143 miljoen	€ 7,2 miljard
Gehandicaptenzorg ¹	€ 180 miljoen	€ 99 miljoen	€ 3,7 miljard
Geestelijke Gezondheidszorg	€ 58 miljoen	€ 58 miljoen	€ 0,9 miljard

¹ Dat de totale opbouw in de gehandicaptenzorg niet gelijk is aan de totale afbouw, komt doordat € 81 miljoen via de regeling extreme zorgzwaarte (bovenop de ZZP-bekostiging) ter beschikking wordt gesteld.

Onderhandelen op de prijzen tijdens het herallocatietraject

De afgelopen jaren hebben de zorgkantoren en aanbieders kwaliteitsafspraken gemaakt en daarmee ook afspraken over de prijs. De kortingspercentages konden hier oplopen tot 3 à 4%.

Tijdens het AO Contracteerruimte 2009 en positie zorgkantoren d.d. 13 november 2008 heb ik aangegeven dat veranderingen in de AWBZ, waaronder de invoering van zorgzwaartebekostiging, geleidelijk en verantwoord moeten gebeuren. Ik wil voorkomen dat zorginstellingen in één jaar met te veel financiële veranderingen en een mogelijk te hoge financiële druk te maken krijgen.

In 2009 zal daarom een vaste prijs voor de ZZP's worden gehanteerd. Deze vaste prijs in 2009 verhindert dat over de omvang van de herallocatie of de prijs van de zorg extra onderhandeld gaat worden tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Hierdoor kan de zekerheid en duidelijkheid van een uniform vastgesteld herallocatietraject niet door de tariefonderhandelingen tussen zorgkantoor en zorgaanbieder worden aangetast. Vanaf 2010 zal de NZa een maximaal onderhandelingspercentage van 2% hanteren, zodat zorgkantoren met zorgaanbieders kwaliteitsafspraken kunnen maken.

Naar aanleiding van gezamenlijk bestuurlijk overleg met cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland heb ik hiertoe besloten.

Voor 2009 tot en met 2011 ziet het financiële effect voor de instellingen er dus als volgt uit:

¹ Op basis van ervaringscijfers is bekend dat van de jaarlijkse bedragen die gecontracteerd worden ongeveer 1% niet tot besteding komt. Een deel (25%) daarvan zal worden ingezet voor de opbouw bij de zorgzwaartebekostiging.

	Herallocatie	Onderhandelingsruimte
2009	2%	-
2010	6% (=2% uit 2009+ 4%)	2%
2011	13% (=6% uit 2010 + 7%)	2%

3 Specifieke instellingen en cliënten

In paragraaf 2 zijn de hoofdlijnen van de invoering geschetst zoals deze gelden voor elk van de sectoren. In deze paragraaf worden een aantal specifieke accenten voor specifieke cliëntengroepen per sector besproken.

3.1 Geestelijke gezondheidszorg

Onderzoek GGZ

De invoering van de zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2009 en de stappen die worden gezet in de herallocatie gelden voor elk van de sectoren Verpleging en Verzorging, Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg. Voor de Geestelijke Gezondheidszorg loopt aanvullend onderzoek naar de stelling van GGZ-Nederland dat de pakketten (en dan vooral de indeling in de zogenoemde B- en C-pakketten) en de prijzen onvoldoende stabiel zijn om daarop een herallocatietraject te baseren. Dit onderzoek is inmiddels uitgezet en zal voor het eind van dit jaar worden afgerond. Indien en voorzover uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het voor de GGZ onmogelijk is om mee te lopen in het reguliere traject, zullen de herallocatiepercentages voor deze sector worden heroverwogen voor 1 januari 2009.

Kinderen en jeugdigen en klinieken voor intensieve behandeling in de GGZ

Voor de bekostiging van kinderen en jeugdigen in de GGZ (ongeveer 200 300 plaatsen) en de klinieken voor intensieve behandeling (KIB's ongeveer 75 plaatsen) zal de invoering van de zorgzwaartebekostiging in 2009 nog geen gevolgen hebben. Hiertoe is besloten omdat voor deze specifieke groepen nog niet is komen vast te staan of de nieuwe bekostiging recht doet aan de specifieke expertise die ingezet wordt. Invoering per 1 januari 2009 zou daarom niet zorgvuldig zijn. In 2009 zal nader onderzoek plaatsvinden naar de bekostiging van deze cliëntengroepen.

3.2 Verpleging en verzorging

Aan- en afwezigheidsdagen na overlijden en verhuizen in de sector verpleging en verzorging

De regels voor het doorbetalen na overlijden of verhuizen van een cliënt worden in de sector verpleging en verzorging geharmoniseerd voor verpleeg- en verzorgingshuizen.

In de huidige bekostiging stopt de bekostiging in het verpleeghuis op de dag na overlijden. In het verzorgingshuis kan in de huidige bekostiging nog maximaal 30 dagen na overlijden worden doorgedeclareerd. In de ZZP-bekostiging zal dit verschil verdwijnen. De NZa heeft een aparte prestatie omschreven voor een mutatiedag ter hoogte van de prijs van ZZP VV1 welke gedurende maximaal 13 dagen door de instelling kan worden gedeclareerd. Naar mijn mening is dit een passende vergoeding voor de kosten die de instelling voor een overleden of verhuisde bewoner moet maken. Er wordt niet gedifferentieerd naar het ZZP waarin de overledene of verhuisde was geïndiceerd omdat de zorgzwaarte geen invloed heeft op de kosten die gemaakt moeten worden na overlijden of verhuizen. Er hoeft immers geen zorg meer te worden geleverd.

Joodse verzorgingshuizen en verzorgingshuizen met Indische en Molukse bewoners

Voor Joodse verzorgingshuizen en verzorgingshuizen met Indische en Molukse bewoners voorziet de NZa in een vergoeding voor de betreffende instellingen van de extra kosten die te maken hebben met het verwerken van de gevolgen van de oorlog. Dit is conform mijn toezegging in eerdere overleggen met uw kamer. Deze vergoeding wordt in de komende jaren afgebouwd op basis van gegevens van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) of vergelijkbare informatie.

CVA-revalidanten

Omdat is gebleken dat de kosten voor CVA revalidanten in de eerste 8 weken hoger zijn dan voor de overige cliënten in ZZP VV9, is besloten om voor deze cliëntengroep een toeslag toe te kennen gedurende maximaal 8 weken.

3.3 Gehandicaptenzorg

Herallocatiepercentage gehandicaptenzorg in 2011

Voor de gehandicaptenzorg zal in overleg met de sector bewaakt worden of de beoogde stap van 7% herallocatie (totaal maximaal 13%) in 2011 voor die instellingen die hiermee te maken krijgen haalbaar is. Naar verwachting zijn er 37 instellingen in de gehandicaptenzorg die te maken krijgen met een afbouw van het budget van meer dan 13%. De gehandicaptensector kent in vergelijking tot de andere sectoren een stabielere cliëntenpopulatie, waardoor de speelruimte van de zorginstellingen om in de bedrijfsvoering te anticiperen op het teruglopen van het budget mogelijk geringer is. Wij zullen dit monitoren in 2009. Indien noodzakelijk zal in samenspraak met de sector in het voorjaar van 2010 mogelijk een heroverweging plaatsvinden van het herallocatiepercentage in 2011.

Dagbesteding, kindtoeslag dagbesteding

Met ingang van 1 januari 2010 zullen de prestatiebeschrijvingen en tarieven voor de intra- en extramurale dagbesteding in de gehandicaptenzorg worden geharmoniseerd. Voor de intramurale zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en voor de gezinsvervangende tehuizen (GVT's) zal vanaf 2009 het herallocatietraject (met financiële effecten) starten. Voor de extramurale dagbesteding is 2009 voor de zorgaanbieders en de zorgkantoren een schaduwdraaijaar. Indien noodzakelijk zal voor de aanbieders van extramurale dagbesteding een apart herallocatietraject worden afgesproken nadat de tarieven voor de intramurale en de extramurale dagbesteding zijn geharmoniseerd.

De NZa heeft voor de extra kosten die verband houden met dagbesteding aan kinderen opslagmodules voor kinderen in de beleidsregels opgenomen.

Extreme zorgzwaarte voor gehandicaptenzorg

In 2009 is de oude regeling voor extreme zorgzwaarte nog geldend voor de sector gehandicaptenzorg. Na 2009 wordt deze regeling voor de gehandicaptensector aangepast aan de nieuwe beleidsregels. Voor de sector verpleging en verzorging en de sector geestelijke gezondheidszorg is besloten om – gezien het geringe aantal cliënten dat daarvoor volgens berekeningen van de NZa voor in aanmerking zou komen – geen beleidsregel extreme zorgzwaarte te formuleren. Volgens de NZa ging het om maximaal 200 cliënten in de verpleging en verzorging en 30 cliënten in de geestelijke gezondheidszorg; ter vergelijking in de gehandicaptenzorg gaat het om ongeveer 2300 cliënten. De NZa kan in voorkomende gevallen via een discretionaire afwijkingsbevoegdheid in een oplossing voorzien. Gezien de doelstelling het aantal beleidsregels voor de bekostiging van de zorg te beperken en daarmee te komen tot vereenvoudigingen in de

uitvoering, is besloten geen aanvullende regels te ontwikkelen voor kleine groepen cliënten dan wel zeer specifieke instellingen. Eerder zijn in beide sectoren middelen gereserveerd voor de regeling. Deze zijn nu weer ten goede gekomen aan de hoogte van alle ZZP-prijzen in de betreffende sectoren.

Kleinschalige woonvormen, ouderinitiatieven en Thomashuizen

Ik heb altijd veel aandacht gehad voor de effecten van de invoering van zorgzwaartebekostiging voor kleinschalige woonvormen en in het bijzonder ouderinitiatieven voor kinderen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en de Thomashuizen als vernieuwende zorgvorm. In voorgaande rapportages heb ik u informatie geboden over indicatieve effecten en daarbij een vergelijking gemaakt tussen de hoogte van de tarieven voor bijvoorbeeld pgb's (Thomashuizen en veel ouderinitiatieven worden bekostigd op basis van pgb's) en de prijzen van de ZZP's.

De financiële effecten van de invoering van de zorgzwaartepakketten voor de op basis van pgb gefinancierde ouderinitiatieven en Thomashuizen zijn in 2009 beperkt. Ik verleng de bestaande overgangsregeling voor de berekening van de hoogte van het pgb met een jaar. In mijn bijdrage voor het schriftelijk overleg over de prijzen van de zorgzwaartepakketten (TK 2008–2009, 26 631, nr. 278) heb ik aangekondigd dat de bestaande overgangsregeling voor pgb-ers met een verblijfsindicatie tot eind 2009 wordt verlengd en dat bestaande budgethouders een budgetgarantie krijgen van 98% van het huidige pgb. Voor pgb-houders die op basis van een ZZP-indicatie een hoger pgb ontvangen dan voorheen, geldt het hogere pgb. Voor bestaande houders van een pgb met een indicatie voor verblijf, zullen de effecten in 2009 daarmee beperkt zijn.

Voor ouderinitiatieven die gefinancierd worden op basis van de intramurale bekostigingsregels, gelden – voor de instelling die de zorg levert – de algemene afbouwpercentages (maximaal 2% in 2009, maximaal 4% daarbovenop in 2010 en mogelijk nog eens 7% daarbovenop in 2011). Voor intramurale instellingen die meer dan 13% in budget achteruit gaan zal de NZa een maatwerkregeling toepassen. Overigens kunnen er ook instellingen zijn die er in budget op vooruit gaan als gevolg van de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Met de hiervoor genoemde maatregelen zullen de financiële effecten voor Thomashuizen en ouderinitiatieven op macro-niveau in 2009 beperkt zijn. Op micro-niveau kunnen er (ook vanwege de soms beperkte schaalomvang) mogelijk wel problemen zijn. Ik ontvang veel signalen dat vele ouderinitiatieven zich zorgen maken en mogelijk in de problemen kunnen komen door de invoering van zorgzwaartepakketten. Ik neem deze signalen zeer serieus en zal ook hier zeer nauwlettend de effecten in beeld brengen. Doordat de financiële effecten in 2009 gering zijn, is er tijd om te onderzoeken wat de gevolgen zijn voor de ouderinitiatieven en de Thomashuizen en zo nodig voorstellen te doen zodat de continuïteit niet in gevar komt.

Daarmee geef ik in 2009 vorm aan mijn toezegging uit de vorige voortgangsrapportage gericht op een redelijke overgangstermijn van 3 jaar waarin cliënten geleidelijk kunnen wennen aan het nieuwe budget dat hoort bij een ZZP-indicatie.

Ik heb afgesproken om in overleg met het Landelijk Steunpunt Wonen en Per Saldo de gevolgen voor de ouderinitiatieven exact in beeld te brengen. Per Saldo heeft voorgesteld om alle cliënten van de ouderinitiatieven begin 2009 door het CIZ te laten beoordelen waarmee een definitief beeld ontstaat over de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekosti-

ging. Ik wil in overleg met betrokken partijen bezien, met welke onderzoeksopzet ik het beste de gevolgen voor de Thomashuizen en ouderinitiatieven in beeld kan brengen.

De maatwerkregeling die geldt voor zorginstellingen (met een op- of afbouw van het budget van meer dan 13%) wil ik ook hanteren voor deze ouderinitiatieven.

Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging wordt nog eens duidelijk dat initiatieven met een zeer kleinschalig karakter (bijvoorbeeld met 4 tot 5 bewoners), die geen gebruik kunnen maken van gezamenlijke diensten en ondersteuningsstructuur, zeer kwetsbaar zijn en dat er een grens is aan datgene wat doelmatig kleinschalig gerealiseerd kan worden. Deze kwetsbaarheid staat los van de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Bij nieuwe ouderinitiatieven die worden opgezet, wordt veelal rekening gehouden met deze kwetsbaarheid en is de schaalomvang over het algemeen wat groter dan bij de oudere initiatieven.

Omdat ik de kleinschalige ouderinitiatieven die in het verleden zijn opgezet belangrijk vind, zal ik in overleg bezien welk perspectief ook in de toekomst kan worden geboden dan wel hoe de bedrijfsvoering aangepast moet worden, indien blijkt dat de continuïteit in gevaar komt. Voorts zal ik actieve ondersteuning bieden aan de bestaande en nieuw te vormen initiatieven. Deze ondersteuning zal zich richten op het verstevigen van de financiële continuïteit en de bedrijfsvoering van deze initiatieven. Gelijk aan de inzet van ZZP-support teams voor de «grote» intramurale instellingen, zal ik een soortgelijk team opzetten specifiek ter ondersteuning van de ouderinitiatieven. Een en ander zal gebeuren in nauwe samenspraak met het Landelijk Steunpunt Wonen.

Overige toeslagen (MFC, observatie)

Voor observatieplaatsen in de sector verstandelijk gehandicapten en voor multifunctionele centra (MFC's) op het grensvlak tussen gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg worden toeslagen gehanteerd bovenop de ZZP-tarieven. De reden hiervoor is dat voor beide cliëntgroepen geldt dat cliënten tijdelijk verblijven in gespecialiseerde instellingen, waarbij bekeken wordt wat de zorgzwaarte van de cliënten exact is en hoe de cliënten het beste behandeld kunnen worden.

Zintuiglijk Gehandicaptenzorg

Voor de sector Zintuiglijk Gehandicapten heeft de NZa nog geen definitieve ZZP-prijzen bekend gemaakt omdat de NZa van mening is dat de pakketten nog onvoldoende stabiel zijn en de zorg die de instellingen in deze sector leveren nog onvoldoende transparant is.

Op 5 december a.s. brengt de NZa een advies uit over de invoering van zorgzwaartebekostiging voor deze sector per 1 januari 2009

3.4 Volledig pakket thuis (VPT)

Voor de cliënt met een ZZP-indicatie die niet intramuraal bij een zorgaanbieder de zorg wil genieten, bestaat sinds 2008 de mogelijkheid om te kiezen voor het VPT. Het VPT is geen aanspraak. De zorgaanbieder beoordeelt of de zorg op een kwalitatief verantwoorde manier ook bij de cliënt thuis kan worden geleverd tegen het geldende VPT-tarief.

Met deze regeling komt er meer keuzevrijheid voor de cliënt, meer prikkels voor vernieuwende zorgarrangementen en het stimuleren van scheiden wonen en zorg. Het VPT omvat zorg, dus combinaties van persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling. Daarnaast is er recht op diensten, dus eten en drinken, het schoonhouden van de woonruimte. De omvang van de diensten is gebaseerd op datgene dat intramuraal gebruikelijk is.

Het VPT mag vanaf 1 januari 2009, net als nu het geval is, alleen door

intramurale aanbieders worden geleverd. Wel heb ik de beperkende voorwaarde van «het lege bed» verlaten (in 2008 moet een instelling een bed in de instelling vrij houden alvorens volledig pakket thuis geleverd kan worden).

Ik zet ook een eerste stap om extramurale aanbieders meer ruimte te bieden op dit gebied. Extramurale aanbieders kunnen in 2009 het VPT aanbieden onder de verantwoordelijkheid van een intramurale aanbieder, die hen daarvoor inschakelt. Dat sluit aan op de praktijk waarbij binnen één concern zowel extramurale als intramurale zorg wordt geboden. Alternatief is dat de intramurale aanbieder via onderaannemerschap het VPT door extramurale aanbieders laat uitvoeren. Ik heb de NZa verzocht tarieven vast te stellen voor VPT. De NZa legt daaraan de laatste hand. Naar verwachting zullen de VPT-tarieven begin december 2008 bekend worden gemaakt.

Voor de cliënt blijft het mogelijk om het volledig pakket thuis in de vorm van een pgb te krijgen.

4. Bewaking zorgvuldige invoering

Begeleidingscommissie

Om de invoering van de zorgzwaartebekostiging op macroniveau te bewaken is er onder leiding van de Directeur Generaal Langdurige Zorg een bestuurlijke begeleidingscommissie invoering zorgzwaartebekostiging ingesteld. In de begeleidingscommissie zitten vertegenwoordigers van de besturen/directies van cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland en van het CIZ, CVZ en NZa. De begeleidingscommissie komt ongeveer één keer in de twee maanden bijeen.

De begeleidingscommissie dient als bestuurlijk platform voor alle partijen die betrokken zijn bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging. Door regelmatig en intensief met elkaar zaken uit te wisselen wordt het draagvlak binnen de verschillende partijen behouden en vergroot. Daarnaast heeft de begeleidingscommissie tot taak om tijdig majeure knelpunten bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging te signaleren en procesafspraken te maken over besluitvorming en communicatie. Elk lid van de commissie heeft de mogelijkheid om de commissie bijeen te roepen om actuele knelpunten terstond te bespreken.

De begeleidingscommissie heeft zelf geen besluitvormend karakter, maar vormt een platform om in een open gesprek alle betrokken partijen te consulteren over de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Naast de begeleidingscommissie blijven de bestaande overlegorganen bij de NZa (technisch overleg, commissie Care) en onder leiding van VWS (kernteam invoering zorgzwaartebekostiging en de sectorale kerngroepen invoering zorgzwaartebekostiging) bestaan.

Toezicht NZa op zorgaanbieders en zorgkantoren

De NZa zal nauwlettend toezien op de invoering van de zorgzwaartebekostiging. De NZa zal daarbij zowel de rol van de zorgaanbieders als de rol van de zorgkantoren in de gaten houden en bewaken dat de productieafspraken op een goede wijze tot stand komen. De NZa zal mij regelmatig informeren over (eventuele) knelpunten bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging.

Helpdesk/ZZP support

Ik heb sinds 2006 een helpdesk ingesteld waar instellingen met vragen over de invoering van de zorgzwaartebekostiging terecht kunnen. Daarnaast heb ik een aantal handleidingen via internet beschikbaar gesteld die instellingen kunnen helpen bij het aanpassen van de bedrijfsvoering op de zorgzwaartebekostiging. Ik heb handreikingen laten ontwikkelen voor het

maken van een productenboek, kostprijsberekening, interne budgettering, formatieplanning, zorgplannen en communicatie met de cliënt. Instellingen kunnen op kosten van het ministerie van VWS een op maat gesneden advies ontvangen van een onafhankelijk adviseur. Dit gebeurt onder de noemer van «ZZP-support». ZZP-support duurt één dag. Een adviseur bezoekt een zorginstelling en spreekt met verschillende personen: de projectleider zorgzwaartebekostiging, een of meer leden van de Raad van Bestuur, de financieel manager, een of meer regio-/sectormanagers of -directeuren, de P&O-manager, vertegenwoordiger van de cliëntenraad, een communicatiemedewerker en een staf- of beleidsmedewerker. Aan het eind van de dag vindt een eindgesprek plaats, waarin bevindingen, conclusies en advies aan de orde komen. In het voorjaar van 2008 heeft ruim 25% van de aanbieders gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. In het najaar van 2008 en begin 2009 kunnen instellingen wederom gebruik maken van ZZP-support. Daarbij zal – meer dan tijdens de eerste ronde ZZP-support – ook aandacht worden gevraagd voor inbreng vanuit de cliëntenraden.

ZZP-check

Om de vorderingen van de zorgaanbieders te volgen bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging, laat ik regelmatig de zogenoemde ZZP-check uitvoeren. Uit de ZZP-check blijkt dat verreweg de meeste instellingen in ieder geval kunnen voldoen aan de minimumvereiste die wordt gesteld bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging, namelijk dat instellingen in staat zijn om per cliënt de zorgzwaarte te registreren en het aantal dagen te registreren dat zorg wordt verleend aan de desbetreffende cliënten.

Onderhoud aan de ZZP's

Ook in 2009 zal – net als in voorgaande jaren – onderhoud plaatsvinden aan de ZZP's. Het gaat dan om de onderlinge afbakening en de omschrijving van de cliëntprofielen. In 2009 zal het onderhoud nog plaatsvinden onder regie van het ministerie van VWS. In de jaren daarna zal het onderhoud plaatsvinden plaats moeten vinden binnen de reguliere werkzaamheden van de betrokken organisaties. In 2009 zal ik u informeren over de organisatie van deze onderhoudsfunctie en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling van betrokken organisaties.

5. Communicatie

Vanaf de start van het project zorgzwaartebekostiging in januari 2006 is er uitgebreid voorlichting geweest over de beoogde doelen van deze verandering, de inhoud van de zorgzwaartepakketten en de wijze waarop de invoering verloopt. In de bijlage is een overzicht opgenomen van alle communicatie-inspanningen die binnen het project invoering zorgzwaartebekostiging vanuit het ministerie zijn ingezet.

Communicatie richting cliënt over de individuele gevolgen

Met de cliëntgids is er een goede basis gelegd voor de uitleg over ZZP's. Dat is niet genoeg. Met name voor cliënten die al langer wonen in een zorginstelling is het van belang dat een goede, duidelijke uitleg komt waarom een cliënt meer of minder zorg en ondersteuning zal krijgen. Uiteraard zal de cliënt die minder krijgt de meeste aandacht vragen. In de communicatiestrategie gericht op de individuele gevolgen voor cliënten zal uiteindelijk de zorgverlener die dagelijks contact heeft met de cliënt de belangrijkste partij zijn. Het is vervolgens zaak om de zorgverlener zo goed mogelijk toe te rusten om deze uitleg goed te doen. Daartoe worden in de komende maanden de volgende acties ondernomen:

- aan alle cliëntenraden, maar ook aan alle individuele cliënten die in een intramurale instelling verblijven, zal een begrijpelijke brief worden gestuurd waarin wordt uitgelegd wat de zorgzwaartebekostiging

- inhoudt en wat zij daarvan in de komende jaren mogelijk zullen gaan merken. Aan de brief wordt ook een lijst met meest gestelde vragen en antwoorden toegevoegd;
- binnen het traject ZZP-support wordt een apart traject gestart gericht op de verdere ondersteuning van cliëntenraden en andere cliëntvertegenwoordigers die actief zijn binnen instellingen;
 - in bestaande werkoverleggen met vertegenwoordigers van de cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, ZN, ClZ, CVZ, NZa en VWS zal specifiek de communicatie richting de cliënt extra aandacht krijgen. Daarbij wordt uiteraard niet alleen gekeken naar de invoering van de zorgzwaartebekostiging, maar komen ook diverse andere maatregelen die ik tref aan de orde voor zover deze gevolgen hebben voor cliënten.

6. Transparantie zonder te veel administratieve lasten

Declareren in dagen per ZZP

De persoonsvolgendheid van de bekostiging brengt met zich mee dat ook op persoonsniveau bekend moet zijn wat de zorgzwaarte van de betreffende cliënt is (uitgedrukt in ZZP's) en de hoeveelheid zorg die de betreffende cliënt krijgt (uitgedrukt in dagen zorg). De zorgaanbieder moet per cliënt het aantal geleverde dagen per ZZP kunnen verantwoorden. Het is voor de verantwoording richting VWS en NZa niet noodzakelijk en zelfs niet wenselijk uit het oogpunt van de bestrijding van onnodige bureaucratie dat per cliënt ook gedetailleerd de tijd en/of de kosten per cliënt worden geregistreerd en verantwoord. In het zorgplan maken zorgaanbieder en cliënt afspraken over de invulling van de zorg die past bij het geïndiceerde ZZP.

Ik ben van mening dat zorgaanbieders in staat moeten zijn om per cliënt in de tweede helft van 2009 het aantal gerealiseerde ZZP-dagen te registreren. Instellingen zullen zich moeten voorbereiden op het jaar 2010 waarin de volledige inkoop, bekostiging en verantwoording van de intramurale zorg in ZZP-dagen zal plaatsvinden.

(Bandbreedte in) uren in de pakketomschrijvingen

Tijdens voorgaande algemene overleggen heb ik mijn zorgen uitgesproken over de toenemende urenfixatie van de zorg. Het moet gaan over de beoogde uitkomsten van de zorg en niet over minuten of uren zorg of ondersteuning die wordt geleverd. In de voortgangsrapportage van 29 april 2008 heb ik gemeld dat ik «*per 2009 het aantal uren niet meer laat vermelden op het indicatiebesluit; tegelijk overweeg ik om op het indicatiebesluit de financiële waarde van het zorgzwaartepakket te vermelden*». Op advies van de Nederlandse zorgautoriteit heb ik besloten om vooralsnog geen financiële waarde op het indicatiebesluit op te nemen. Wel zal in het algemene gedeelte van de cliëntengids een verwijzing worden opgenomen naar de vastgestelde definitieve prijzen van de ZZP's op de website van de NZa.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging geschiedt budgettair neutraal per sector. Dit wordt al sinds het begin van de invoering van de zorgzwaartebekostiging als uitgangspunt gehanteerd.

Dit betekent dat het aantal uren en de tarieven van de pakketten zodanig zijn vastgesteld dat het totaal aantal ZZP-dagen vermenigvuldigd met de ZZP-prijzen gelijk is aan het beschikbare huidige intramurale macrobudget van de desbetreffende (deel) sector.

In de invoeringsstrategie was eerder voorzien dat alleen de prijzen van de pakketten zouden worden aangepast om te komen tot de gewenste budgettaire neutrale invoering.

Na een bestuurlijk overleg met onder andere de cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland en

de NZa, heb ik besloten om ook een beperkte correctie op het aantal uren in de pakketten door te voeren. De reden hiervoor is dat daarmee in de prijsberekening van de ZZP's een reële verhouding in stand blijft tussen de te leveren prestatie (uitgedrukt in een aantal uren) en de prijs die daarvoor is berekend.

Daarnaast is besloten om in de pakketomschrijvingen en in de cliëntengidsen een bandbreedte te presenteren op het aantal uren. Ook dit draagt eraan bij dat er geen verkeerde verwachtingen worden gewekt. Niet iedere instelling zal binnen het ZZP het zelfde aantal uren kunnen leveren (er zijn zowel uitschieters naar boven als naar beneden).

Ook kan het zijn dat de ene cliënt net wat meer of minder zorg ontvangt dan een andere cliënt met een zelfde ZZP.

Om in de toekomst voor cliënten (nog) transparanter te maken wat men binnen een geïndiceerd zorgzwaartepakket mag verwachten, zullen in overleg met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties «best practices» worden opgespoord en gecommuniceerd. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar het aantal uren dat binnen een ZZP kan worden geboden, maar ook naar andere onderdelen van kwaliteit, zoals bijvoorbeeld de wijze waarop de cliënt invloed kan uitoefenen op de invulling van zijn eigen zorgplan.

Zorgplanbespreking

Aanbieders van langdurige zorg moeten in de toekomst verplicht een bespreking organiseren met de cliënt bij aanvang van de zorgverlening. Hierin bespreken de cliënt en zorgverlener (bijvoorbeeld de eerst woordelijke verzorgende of degene die directe zorg verleend) samen de doelen van de zorgverlening. Ook overleggen ze over de manier waarop die doelen concreet bereikt kunnen worden, waardoor duidelijk wordt welke zorg en ondersteuning de cliënt precies gaat krijgen van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder legt de uitkomst van de bespreking vast in het zorgplan.

Hoewel de meerderheid van de zorgaanbieders aangeeft al met een zorgplan te werken, komen nu vaak het profiel van de patiënt en zijn perspectief nog nauwelijks aan bod. Veel zorgaanbieders betrekken de cliënt onvoldoende bij de invulling van het zorgplan. Nu instellingen geld krijgen op basis van de zorgzwaarte van hun cliënten, is dat wel nodig. Cliënt en zorgverlener krijgen in dat systeem de kans om samen in te vullen hoe de geïndiceerde zorg wordt geleverd. Dit levert meer flexibiliteit op. Maar dat vraagt wel om duidelijke inspraak voor de cliënt en een instrument om de uitkomsten van het overleg in vast te leggen.

Door het voorgestelde overleg met de cliënt, kan deze zoveel mogelijk meepraten over de invulling van zijn dagelijkse zorg en krijgt hij de mogelijkheid om zijn persoonlijke wensen kenbaar te maken. Het vastleggen hiervan in het zorgplan bevordert de transparantie.

Het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg verbetert niet alleen de positie van de cliënt. Het zet ook vanuit de wetgever een basisnorm voor zorgaanbieders die te weinig aandacht besteden aan het gebruik van zorgplannen. Bovendien krijgt de IGZ als toezichthouder meer inzicht in de manier waarop zorgaanbieders met hun cliënten omgaan als het gaat om de invulling van het zorgplan. Dit besluit geldt alleen voor cliënten die langer dan drie maanden AWBZ zorg ontvangen. Ondersteuning die wordt verleend op basis van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo), bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging, valt niet onder het besluit. De Ministerraad heeft ermee ingestemd dat het besluit voor advies aan de Raad van State zal worden gezonden.

Tot slot

De invoering van de zorgzwaartebekostiging nadert een nieuwe fase. In 2008, maar ook in voorgaande jaren, is door alle betrokken partijen hard gewerkt aan de vormgeving van de systematiek. Zoals bij de invoering van elk nieuw bekostigingssysteem zal ook bij de invoering van de zorgzwaartebekostiging op onderdelen nog bijsturing of aanpassing noodzakelijk blijken. Ik ben van mening dat met alle maatregelen en voorzieningen die zijn getroffen een zorgvuldige en geleidelijke invoering van de zorgzwaartebekostiging is gewaarborgd, waarbij de continuïteit van de zorg voor cliënten gewaarborgd is.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker

- Vanaf de start van het project is zeer intensief op landelijk niveau samengewerkt met alle vertegenwoordigende organisaties van zorginstellingen, cliënten en zorgkantoren. Daartoe zijn per sector kernteams geformeerd die over het algemeen maandelijks bijeenkomen. Ook de uitvoeringsorganisaties zoals CIZ, NZa en CVZ zijn hierin actief. Alle aspecten van de invoering ZZP's komen in deze kerngroepen aan de orde. Deze kernteams zijn nog steeds actief en bieden een goed platform voor overleg, consultatie en afstemming. Via de kernteams ontvangen wij diverse signalen over de invoering en mogelijke verbeterpunten.
- in 2006 en 2007 zijn door het VWS-projectteam elk jaar 5 à 6 regionale bijeenkomsten georganiseerd met als voornaamste doelgroep zorginstellingen en zorgkantoren. Per jaar zijn er 2000–2500 mensen aanwezig geweest bij deze bijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten is voorlichting gegeven over de ZZP-indicatiestelling, de opbouw en omvang van de ZZP's, het invoeringstraject en de effecten op de bedrijfsvoering van zorginstellingen (registratie, inzet personeel, gebruik zorgplan e.d.). In de bijeenkomsten is specifiek aandacht besteed aan de sectorale verschillen (V&V, gehandicaptenzorg en GGZ). Door deze bijeenkomsten is het onderwerp direct onder de aandacht gebracht van de doelgroep, heeft men informatie gekregen over het systeem en kon men direct informatie inwinnen.
- In 2008 zijn deze regionale bijeenkomsten georganiseerd door ActiZ en VGN; ook organiseren deze organisaties regelmatig ledenraadplegingen. GGZ-NL heeft in samenwerking met de HEAD-vereniging GGZ een landelijke bijeenkomst georganiseerd.
- Daarnaast wordt door het projectteam regelmatig deelgenomen aan bijeenkomsten georganiseerd door groepen zorginstellingen in specifieke regio's of instellingen die zich richten op specifieke cliënten (huntington, korsakow). Ook is er regelmatig overleg met Per Saldo en afzonderlijke verenigingen voor ouderinitiatieven.
- Sinds 2006 bestaat de site www.zorgzwaartebekostiging.nl. Op deze site kunnen zorginstellingen, cliënten en zorgkantoren alle relevante informatie vinden. De site wordt maandelijks door 9000–10 000 mensen bezocht, waardoor de site al ruim 2 jaar bovenaan de lijst staat van meest bezochte VWS-sites. Recent is de site aangepast is meer aandacht gekomen voor het perspectief van de cliënt.
- Medio 2006 is een DVD gemaakt waarin het principe van zorgzwaartebekostiging heel helder is beschreven en uitgelegd vanuit verschillende perspectieven. Deze DVD is landelijk breed verspreid en door bepaalde zorgaanbieders op eigen initiatief gebruikt tijdens informatieavonden aan (familie van) bewoners van instellingen.
- Vanaf 1 juli 2007 worden ZZP's ook gebruikt voor de indicatiestelling. Vanaf dat moment zijn er ook cliëntgidsen beschikbaar gesteld voor de verschillende sectoren. De cliëntgidsen geven in «normale mensentaal» uitleg over de zorgzwaartepakketten, uitleg voor wie het betreffende ZZP is bedoeld, de omvang van het ZZP in uren de wijze waarop deze omvang moet worden geïnterpreteerd en een globale aanduiding van het bijpassende zorgaanbod. Sinds 2007 zijn er meer dan 100 000 van dit soort gidsen verspreid onder zorgverleners en cliënten.
- In 2007 heeft LOC een projectsubsidie ontvangen voor het trainen van cliëntraden. Met deze subsidie is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld en zijn vele cliëntraden getraind.
- Vanaf 2006 heeft VWS een helpdesk zorgzwaartebekostiging georganiseerd voor zorginstellingen, cliëntorganisaties en zorgkantoren. Wekelijks komen bij de helpdesk circa 150 vragen per mail of telefoon binnen, die allemaal binnen enkele dagen worden beantwoord. Op deze manier bestaat een duidelijk beeld van de knelpunten in de prak-

tijk, zodat – indien nodig – de ondersteuning daarop kan worden aangepast. Daarnaast beschikt de helpdesk over een actuele lijst met circa 900 verschillende contactpersonen die binnen de brancheorganisaties en instellingen verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de zorgzwaartebekostiging. Zodra er nieuws is te melden (bijvoorbeeld een brief van VWS aan de Tweede Kamer of een concrete handreiking) worden deze contactpersonen hierover geïnformeerd.

- Vier tot vijf maal per jaar stuurt het projectteam een digitale nieuwsbrief naar alle zorginstellingen, zorgkantoren en mensen die zich hebben aangemeld voor deze nieuwsbrief.
- Vanaf april tot en met juli 2008 heeft het project ZZP-support gedraaid. Ongeveer een kwart van alle instellingen hebben hulp gekregen van deskundigen bij het ZZP-klaar maken van hun organisatie. Dit project is eind oktober 2008 weer opgestart omdat het aantal aanvragen blijft groeien; daarnaast zullen ook cliëntenraden bij dit traject worden betrokken, zodat zij ook training-on-the-job kunnen krijgen.
- Op de website www.zorgzwaartebekostiging.nl is een aantal handreikingen opgenomen waarvan zorgaanbieders opgenomen in de bedrijfsvoering gebruik kunnen maken. Een van die handleidingen gaat over de wijze waarop de zorgaanbieders over de invoering van de zorgzwaartebekostiging met hun cliënten kunnen communiceren.
- De NZa heeft op haar site prominent zorgzwaartebekostiging opgenomen en zal de komende maanden zeer intensief informatie verschaffen aan zorginstellingen over de invoering en gevolgen daarvan.
- Vanaf oktober 2008 is een bestuurlijke begeleidingscommissie actief die de invoering van de zorgzwaartebekostiging bewaakt.