

Vergaderjaar 2008–2009

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 73

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2009

1. Inleiding

U hebt mij door middel van de motie Wiegman c.s.¹ gevraagd om, in navolging van mijn brief «Zeker van zorg, nu en straks» van 13 juni 2008², een nadere uitwerking te geven van de toekomst van de AWBZ en daarbij onder andere in te gaan op de rol van de zorgverzekeraars, het persoonsvolgend budget, het indiceren, scheiden van wonen en zorg en de eerste resultaten van de monitor van de pakketmaatregel.

Met deze brief geef ik de gevraagde nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ. Hiertoe zal ik eerst de samenhang beschrijven tussen zorg- en welzijnsvoorzieningen voor mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen. Ik beschrijf juist die samenhang tussen zorg (zowel cure als care) en welzijn, omdat mensen die een beperking hebben, doorgaans naast zorg ook gebruik maken van andere voorzieningen om te kunnen participeren in de samenleving. Ik geef daarbij tevens een doorkijk naar de toekomst. In paragraaf 3 zal ik, zoals is gevraagd in de motie, vervolgens ingaan op de rol van de zorgverzekeraars, het persoonsvolgend budget, waaronder het persoonsgebonden budget, en het indiceren. Over het kabinetsstandpunt ten aanzien van het scheiden van wonen en zorg en de eerste resultaten van de monitors van de pakketmaatregel informeer ik u via aparte brieven voor de zomer.

2. Mijn beeld van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, nu en in de toekomst

De cliënt centraal

Ik vind het belangrijk dat voor iedereen die een onbetwistbare behoefte heeft aan langdurige zorg de AWBZ beschikbaar is en blijft. Voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen of chronische aandoeningen zijn de uitgangspunten dat:

- hún wensen en behoeften centraal staan;
- zij de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden;

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 56.

² Kamerstukken II 2007–2008, 30 597, nr. 15.

- er een goede samenhang tussen zorg en welzijn moet zijn;
- er een goede samenhang tussen cure en care moet zijn.

Mensen moeten zelf keuzes kunnen maken over zaken die voor hen van belang zijn, onafhankelijk van anderen. Dit geldt ook voor mensen met beperkingen. En we hebben het dan over een grote groep mensen. Er zijn in Nederland ongeveer 1,5 miljoen mensen met een beperking en een vergelijkbaar aantal met een chronische ziekte. Het gaat dus in totaal om 2,5 à 3 miljoen mensen, dat is 15 procent van de Nederlandse bevolking. Veel van deze mensen zijn op leeftijd, een deel neemt, ondanks hun beperking, deel aan het arbeidsproces. In de komende jaren zal het percentage van mensen met een beperking of een chronische ziekte, mede door de vergrijzing, verder toenemen.

Binnen deze groep mensen met een beperking en/of chronische ziekte is veel differentiatie. Sommige mensen hebben geen zichtbare beperking, maar wel een chronische ziekte. Er zijn bijvoorbeeld ongeveer 700 000 mensen bij wie diabetes is gediagnosticeerd. Elk jaar komen daar 70 000 mensen bij. Bovendien zijn er naar schatting 250 000 mensen die diabetes hebben zonder het te weten. Er is ook een groeiende groep mensen met dementie. Op dit moment hebben in Nederland ruim 230 000 mensen dementie (voornamelijk ouderen).

Sommige mensen zijn gehandicapt. Er zijn ongeveer 560 000 mensen met een lichamelijke en/of zintuiglijke handicap en 110 000 mensen met een verstandelijke handicap. Niet iedere gehandicapte of chronisch zieke maakt gebruik van AWBZ-zorg. Er zijn ongeveer 109 000 mensen met een handicap die gebruik maken van AWBZ-zorg.

Ondanks hun beperkingen kan een deel van deze mensen goed meedoen in de samenleving. Maar dat geldt niet voor iedereen. Een belangrijke groep heeft daarvoor ondersteuning of aanvullende zorg nodig. De zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking is in mijn ogen een taak voor iedereen, dus niet alleen voor zorginstellingen. Het is heel nadrukkelijk ook een verantwoordelijkheid van «gewone» mensen en van «gewone» maatschappelijke organisaties: het sociale netwerk, gemeentelijke voorzieningen, woningcorporaties, bedrijfsleven, arbeidsvoorzieningen, onderwijs, verenigingsleven en andere maatschappelijke organisaties zoals welzijnsorganisaties.

Zoveel mogelijk eigen regie

Ik vind het belangrijk dat mensen met een beperking zo veel mogelijk kunnen participeren in de samenleving. Om «mee te kunnen doen» moeten eventuele belemmeringen zoveel mogelijk worden weggenomen. Daarom is de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) uitgebreid. Verder bereid ik een besluit voor tot ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Inclusief beleid is daarnaast niet voor niets het uitgangspunt voor al het overheidsbeleid. Inclusief beleid verbetert de kwaliteit van het bestaan voor mensen met beperkingen, omdat het op participatie is gericht. En ik ben ervan overtuigd dat als mensen meer participeren, daarbij geholpen door hun sociale netwerk en door lokaal maatwerk, zij minder snel een beroep hoeven te doen op de (formele) zorg. Mensen die zeer kwetsbaar zijn, moeten uiteraard wél blijvend kunnen rekenen op goede en persoonsgerichte zorg wanneer dat nodig is. De AWBZ is er dus voor iedereen met een onbetwistbare behoefte aan langdurige zorg. Mensen willen zoveel mogelijk zelf de regie van hun leven in handen hebben. Ik wil dat nadrukkelijk ondersteunen. Voorkomen moet worden dat mensen (op jonge leeftijd) worden «gemedicaliseerd», wat onbedoelde stigmatisering in de hand kan werken.

De eigen kracht van burgers, binnen en buiten hun eigen sociale netwerk, is van grote waarde. Het versterken van de eigen sociale context, bijvoorbeeld door een goed netwerk met burens op te bouwen, is daarbij van

belang. Er zijn in Nederland ruim 1 miljoen mantelzorgers die zich actief inzetten voor mensen in hun directe omgeving. Daarnaast hebben we in Nederland ongeveer 4 miljoen vrijwilligers. Zij dragen bij aan verbinding, aan het vergroten van onderlinge betrokkenheid en sociale samenhang in onze maatschappij. De bijdrage die mantelzorgers en vrijwilligers leveren vind ik erg belangrijk en daarom zet ik in op het versterken van de positie van de mantelzorger en de vrijwilliger. Een aspect dat in dit verband nadere aandacht verdient is de verhouding tussen de formele (professionele) zorg en de informele zorg, zoals die gegeven wordt door vrijwilligers en mantelzorgers. Ik zal de Kamer dit najaar nader informeren over zaken als afbakening en afstemming, maar vooral ook over kansen voor wederzijdse versterking en onderlinge samenwerking, dit conform mijn eerder gedane toezeggingen in het kader van mijn beleidsbrief «Voor elkaar».

Twee voorbeelden

1. Groepsgewijs wonen in Friesland

De website www.woonkracht.nu van Vereniging Groepsgewijs wonen Friesland informeert over groepsgewijs wonen. Dit betekent wonen in een eigen huur- of koopwoning met de aanwezigheid van gemeenschappelijke ontmoetingsruimten. Dankzij Groepsgewijs Wonen blijven mensen in de meeste gevallen langer zelfstandig. Groepsgewijs Wonen houdt mensen actief in een sociale omgeving. Mensen zijn verzekerd van aandacht, gezelligheid en veiligheid. Hierdoor zijn mensen minder snel afhankelijk van externe en formele zorg. Groepsgewijs wonen houdt dorpen leefbaarder, doordat het ouder wordende dorpsgenoten de mogelijkheid biedt in hun eigen dorp te kunnen blijven wonen.

2. «Noaberschap» in Hoogeveen

In de wijk Hoogeveen Zuid is een proef van start gegaan om buurtbewoners te motiveren en te helpen om vaker en effectiever voor elkaar klaar te staan. Wijkbewoners, wijkinstellingen en organisaties hebben samen de wensen van de buurt geïnventariseerd. Om ervoor te zorgen dat deze wensen uitgevoerd worden, en om de juiste hulp te bieden, is er een bewonersgroep aangesteld die een coördinerende rol heeft. Uitgangspunt is dat daar waar hulp nodig is, de eigen wijkbewoners worden ingezet.

Samenhang tussen zorg en welzijn

Wanneer mensen zorg nodig hebben, is een goede afstemming en samenhang tussen zorg en (maatschappelijke) ondersteuning van belang. Bij voorkeur dicht bij de burger (lokaal) georganiseerd. Daarbij moet er zoveel mogelijk uitgegaan worden van de kracht van mensen met beperkingen om zélf keuzes te maken, zélf verantwoordelijkheid te houden en te nemen. Het perspectief van de cliënt is dus leidend, niet het aanbod dat vanuit systemen bedacht wordt. Door daarbij niet alleen te kijken naar de beperkingen maar juist ook naar de kracht van mensen, kan er ook een wederkerigheid tot stand worden gebracht. Bijvoorbeeld doordat iemand met fysieke beperkingen moeilijk voortbeweegt en een scootmobiel ontvangt. Door de scootmobiel is het voor deze persoon mogelijk om mobiel te zijn, en dit maakt het weer mogelijk om actief betrokken te zijn bij de basisschool in de buurt als voorleesouder. Op die manier wordt aan participatie echt inhoud gegeven en wordt de burger actief betrokken bij de activiteiten in de eigen directe omgeving.

Ondersteuning

Bij maatschappelijke ondersteuning in de eigen omgeving is een (veelal collectief) aanbod van voorzieningen passend. Burgers moeten in staat gesteld worden om met elkaar de verbinding aan te gaan; in de buurt en de wijk. In die verbindingen ontstaan sociale netwerken waarin mensen elkaar ontmoeten, elkaar ondersteunen en met elkaar samenleven. Gemeenten hebben in de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) de taak om mensen te ondersteunen om mee te doen wanneer zij dat niet op eigen kracht kunnen. Op lokaal niveau worden verbindingen tot stand

gebracht, zoals tussen zorg en welzijn, tussen wonen en participatie en werk en inkomen. Maar er zijn nog veel meer mogelijkheden voor verbindingen bijvoorbeeld met woningbouwcorporaties en sportorganisaties.

In de derde voortgangsrapportage Wmo heb ik «Welzijn nieuwe stijl» aangekondigd met een drietal kernbegrippen: verbinden, integraliteit en lokaal maatwerk. Onder die noemer stimuleer ik een aantal activiteiten, zoals:

- Het actieplan «Beter thuis in de buurt»: een ondersteuningsprogramma voor lokale partijen op het terrein van Wonen, Welzijn en Zorg;
- Het project «De Kanteling», met de bedoeling om de omslag te maken van aanbodsturing naar vraagsturing en te onderzoeken of collectieve voorzieningen een beter antwoord zijn op de invulling van de compensatieplicht;
- Het programma «Beter in meedoen», met als doel te vernieuwen en kwaliteitsverbetering aan te brengen binnen de huidige Wmo en in de relatie met andere beleidsterreinen.
- Het programma Wmo-in-de-buurt dat tot doel heeft om relaties tussen mensen te creëren zodat – als dat nodig is – informele zorg en dienstverlening makkelijker tot stand komt.

In de vierde voortgangsrapportage Wmo ga ik nader in op de samenhang tussen deze en andere projecten om zo nadere invulling te geven aan Welzijn nieuwe stijl.

Zorg

Zorg is, anders dan welzijn, veel sterker op het individu gericht. Zorg is individueel afdwingbaar doordat er een op solidariteit gebaseerd verzekeringssysteem voor bestaat (AWBZ en Zorgverzekeringswet). Bij de AWBZ vloeit het recht op zorg rechtstreeks voort uit de wet. Zorgverzekeraars (in de praktijk zorgkantoren) hebben op grond van de AWBZ de plicht om mensen die geïndiceerd zijn voor zorg tijdig van zorg te voorzien. Daarmee wordt in Nederland voorzien in zorg voor de meest kwetsbare mens. De solidariteit die hieraan ten grondslag ligt, is een belangrijke waarde. Voor kwetsbare mensen die langdurig zorg krijgen is het van belang dat zij hun autonomie behouden en dat een zo goed mogelijke kwaliteit van bestaan kan worden gerealiseerd. Dit uit zich bijvoorbeeld in de keuzes die cliënten in de langdurige zorg moeten kunnen maken ten aanzien van de plaats en het soort huisvesting waar zij de voor hen noodzakelijke zorg kunnen ontvangen. Zij moeten zelf kunnen kiezen voor een aanbieder die bij hen past, in plaats van dat anderen die keuze voor hen maken. Aanbieders van intramurale zorg dienen hun cliënten optimale privacy en keuze te bieden in de soort huisvesting. Kwaliteitsinformatie die breed beschikbaar is, zorgt ervoor dat mensen in staat gesteld worden die keuzes te maken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van de kwaliteitsinformatie die beschikbaar is op KiesBeter.nl, en die steeds verder wordt uitgebreid.

Daarnaast vind ik het van belang dat de professionele autonomie van mensen die de zorg leveren, wordt gerespecteerd. Alle professionals (zoals huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen) die betrokken zijn bij mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg, zijn opgeleid om mensen zo goed mogelijk van zorg te voorzien. Zij moeten daar dan ook de ruimte voor krijgen. De zorg is immers van de mensen die deze ontvangen en geven.

Niet de organisatie moet leidend zijn, maar het professionele antwoord op de individuele zorgvraag. Het is spijtig wanneer professionals het gevoel hebben dat hun kostbare tijd en inspanning voor een te groot deel en onnodig besteed wordt aan bureaucratie en verantwoording óver hun werk. Meer samenhang tussen lokale organisaties en meer zorg in de buurt, zodat de cliënt laagdrempelig zorg kan vragen en een beperkt

aantal zorgverleners over de vloer krijgt, zie ik als een mooie manier om te realiseren dat zorgverleners het grootste deel van hun tijd daadwerkelijk aan het verlenen van zorg kunnen besteden.

Voorbeeld: Buurtzorg

Een voorbeeld van zorg die dichtbij de cliënt georganiseerd wordt, en zorgverleners de ruimte geeft om hun werk naar eigen inzicht in te vullen, is Buurtzorg. Dit is een nieuw zorgconcept waarin gewerkt wordt in een team van professionals dat thuiszorg levert aan zelfstandig wonende cliënten. Buurtzorg geeft de zorg voor individuele cliënten inhoud door eigen mogelijkheden, de mantelzorg, het sociale netwerk en oplossingen in de buurt optimaal te gebruiken. Buurtzorg ontwikkelt ook een nieuwe welzijnsconcept: Buurtdiensten. Met dezelfde uitgangspunten gaat het hier om een pakket van individuele welzijnsdiensten.

Verbinding

Juist in de langdurige zorg hebben mensen vaak te maken met meerdere beperkingen of aandoeningen (comorbiditeit). Deze mensen krijgen vanwege de complexiteit van de beperkingen of aandoeningen veelal ondersteuning en zorg vanuit verschillende systemen aangereikt. Daarbij denk ik met name aan de Wmo, de AWBZ en de Zvw. De zorg en ondersteuning aan deze mensen moet goed op elkaar afgestemd worden aangeboden. Dat betekent dat duidelijk moet zijn waar een cliënt voor welke zorg of ondersteuning terecht kan. Op veel plaatsen gebeurt dit al, ik denk bijvoorbeeld aan Doetinchem en Tilburg.

Twee voorbeelden

Doetinchem is voornemens een pilot te starten met als doel de ontwikkeling van een maatschappelijke dienstverlening, gericht op zorg en wonen, die efficiënt en effectief is, geconcretiseerd in de wijk. De inzet hiervoor is onder andere regie in één hand, vraaggericht werken en sluitend aanbod (ketenzorg).

Tilburg wil in een pilot uitzoeken hoe een naadloze aansluiting kan worden gemaakt met gemeentelijk geleverde hulp bij het huishouden en de levering van AWBZ-functies. Het doel is dat de klant niets merkt van de verschillende geldstromen en goede zorg ontvangt.

Bij de langdurige zorg gaat het bijvoorbeeld om een cliënt met meerdere aandoeningen die thuis wil blijven wonen. Deze cliënt krijgt vanuit de Wmo woningaanpassingen, een rolstoel en welzijnsarrangementen zoals tafeltje-dek-je diensten of klusjesdiensten, vanuit de AWBZ persoonlijke verzorging en verpleging, vanuit de Zvw medicatie, huisarts en soms een bezoek aan het ziekenhuis. Ook bij mensen met een indicatie voor zwaar verblijf is belangrijk dat er aangepaste woningen beschikbaar zijn, er toezicht is, dat zij door hun omgeving worden geaccepteerd en zorg in de buurt is.

De terreinen van Wmo, AWBZ en Zvw, vullen elkaar aan, maar hebben elk hun eigen, wettelijk verankerde financiering. Uiteindelijk gaat het erom dat deze systemen niet los staan van elkaar, maar op elkaar aansluiten, passend bij de behoefte van de gebruikers. De toename van het aantal mensen met meerdere aandoeningen en beperkingen maakt alleen maar noodzakelijker dat het nodig is om te investeren in het op elkaar aansluiten van deze systemen.

Op basis van een duidelijke afbakening kunnen partijen goede afspraken over samenwerking maken. Voor deze samenwerkingsafspraken is behalve de intentie om samen te werken soms ook een flinke portie creativiteit nodig, zodat partijen elkaar kunnen versterken bij het vinden van de meest optimale oplossing. Ik wil bekijken hoe een goed samenhangend aanbod op het snijvlak van AWBZ en Wmo gerealiseerd kan worden.

Wanneer de financiering hiervoor een belemmering vormt, ben ik bereid om na te gaan of het mogelijk en behulpzaam is om een klein deel van AWBZ- en Wmo-middelen samen te brengen. Dit met het doel om gemakkelijker een aanbod in te kopen dat op het snijvlak van ondersteuning en zorg ligt, ongeacht de oorspronkelijke financieringsbron. Op deze manier ontstaat goed afgestemde zorg en ondersteuning voor de burger. Bovendien kan dit macro gezien budgettair voordeliger zijn. Als mensen in een eerder stadium ondersteuning krijgen en hun sociaal vangnet groter wordt, zullen zij minder snel zware AWBZ-zorg nodig hebben.

Doorkijk naar de toekomst

Samenhang tussen zorg (Zvw en AWBZ) en welzijn, waarbij de cliënt centraal staat en de eigen kracht van burgers wordt benut, en een AWBZ die bedoeld is voor iedereen met een echte behoefte aan langdurige zorg, vormen de kern van mijn beeld over de langdurige zorg. Wat betekent dat voor de zorg en ondersteuning in de toekomst?

Ontwikkelingen in de zorg

De demografie, en met name de vergrijzing, zal in de komende jaren een grotere rol in de zorg gaan spelen dan in het verleden. De vergrijzing zal een belangrijke bijdrage leveren aan de groei van zorguitgaven. In 2030 zullen er in totaal bijna 4 miljoen mensen van 65 jaar en ouder zijn. Naar verwachting neemt het aantal mensen met dementie de komende jaren toe tot een aantal van meer dan 380 000 in 2030. Daarnaast zal ook het aantal mensen met een chronische ziekte toenemen. Het SCP¹ heeft geraamd dat de potentiële vraag naar verpleging en verzorging in de periode 2002–2020 zal stijgen met bijna 40%. Het gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg zal met 28% stijgen. Het verschil wordt volgens het SCP verklaard doordat in verhouding steeds meer oplossingen voor verzorgingsproblemen worden gezocht in de informele en particuliere sfeer en in de aanpassing van de woon- en leefomgeving.

De uitgaven in de zorg zullen in de toekomst stijgen door de vergrijzing, maar ook bijvoorbeeld door de ontwikkelingen in de medische technologie. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat mensen ook in de toekomst op zorg en ondersteuning kunnen rekenen. Daar moet nu al op geanticipeerd worden door het systeem betaalbaar te houden en ervoor te zorgen dat solidariteit blijvend kan worden opgebracht. Dat is de reden dat ik dit jaar de toegang tot AWBZ-begeleiding heb aangescherpt.

In de toekomst zal, nog meer dan nu, een belangrijke rol voor de cliënt zelf zijn weggelegd. Stijgende welvaart leidt er toe dat cliënten meer kwaliteit en keuzevrijheid in de zorg willen. Hierdoor kan er een voortdurende druk bestaan om het niveau van de zorg te verbeteren. Er zal steeds meer informatie beschikbaar komen over de kwaliteit van zorgverleners. Ook zal er een grotere diversiteit in het zorgaanbod zijn dan nu het geval is. Door het gedifferentieerde zorgaanbod zullen burgers meer keuzes kunnen, maar ook moeten, maken. Dit is een verworvenheid, waarbij ik de kanttekening plaats dat het voor burgers die welvarend, hoog opgeleid en zelfstandig zijn meer vanzelfsprekend is om keuzes te maken dan voor de meest kwetsbaren in onze samenleving. Keuzevrijheid heeft niet altijd en niet voor iedereen uitgesproken voordelen. Vooral voor de meest kwetsbaren kan keuzevrijheid ook een last zijn, omdat zij de keuzes niet altijd (meer) zelf kunnen maken. Mensen willen de zorg die zij nodig hebben het liefst dichtbij huis kunnen ontvangen, met name wanneer het langdurige zorg betreft. Dit benadrukt het belang van voorzieningen in de buurt, die zijn ingebed in lokale zorgnetwerken waarbij bijvoorbeeld de huisarts betrokken is.

¹ Timmermans, J. (2004), «Verzorging en Verpleging verklaard», Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.

Professionals en samenwerking

Ik zou graag zien dat in de toekomst de zorgverlener meer nog dan nu laagdrempelig is en een belangrijke functie heeft in het verbinden van en meedenken over het totale pakket aan zorg en ondersteuning waar de cliënt gebruik van maakt. Dit kan er toe bijdragen dat mensen met meerdere problemen langer thuis kunnen blijven wonen, wanneer zij dit wensen. Deze regisserende, verbindende en coördinerende rol kan goed ingevuld worden door bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die als spil fungeert. Waar dat van belang is, gebeurt dat door in goed contact te staan met andere zorgverleners.

Ik zou willen zien dat zorgvoorzieningen meer geïntegreerd onderdeel van de buurt zijn en dat vele maatschappelijke actoren (ik denk aan gemeenten, scholen, zorg- en welzijnsinstellingen, kinderopvang, sportclubs en buurten) hun verantwoordelijkheid nemen voor het welzijn van mensen. Het is daarom belangrijk om nu en in de toekomst voldoende oog te hebben voor vrijwilligers en mantelzorgers.

Twee voorbeelden: BonVie en de dienstenwinkel

1. BonVie in Culemborg

BonVie is een appartementencomplex met koop- en huurwoningen dat midden in de wijk gelegen is. Het heeft een centraal servicepunt met een uitgebreid aanbod aan voorzieningen, zoals kinderopvang, een zorgcentrale, jeugdzorg, dagopvang voor ouderen en een grand café. BonVie is niet alleen bedoeld voor oudere mensen, of mensen met beperkingen, maar voor iedereen. De appartementen zijn zo gebouwd dat iemand die eerst gezond(er) was er ook kan blijven wonen als er behoefte aan zorg begint te ontstaan. Daartoe zijn bijvoorbeeld in alle ruimte domoticavoorzieningen mogelijk. Dit zijn technische voorzieningen die gericht zijn op veiligheid, comfort en zelfstandig kunnen blijven wonen (bijvoorbeeld: personenalarmering en trapliften).

2. Dienstenwinkel in Osdorp

Een mooi voorbeeld van participatie is de dienstenwinkel in Osdorp. In de dienstenwinkel leveren mensen met een beperking klussen en diensten voor bewoners in de wijk. Doel is om mensen met een beperking een zinvolle dagbesteding te bieden en een plaats te geven om hun vaardigheden te benutten en/of te ontwikkelen. Daarnaast geeft het deze mensen de kans om deel te nemen aan het sociale leven in de wijk. Tegelijkertijd levert de dienstenwinkel een bijdrage aan het woon- en leefklimaat in de wijk.

Arbeidsmarkt

Er ligt nu, en nog meer in de toekomst, op het terrein van de arbeidsmarkt in de zorg een grote uitdaging. De vraag naar zorg zal blijven stijgen en het potentiële aanbod van personeel zal hierbij achterblijven. In de arbeidsmarktbrief die de minister en ik op 23 december 2008 aan uw Kamer hebben aangeboden, is uitvoerig ingegaan op de analyse van de arbeidsmarkt.¹ Voor de lange termijn zijn de problemen groot. Iemand met dementie bijvoorbeeld, vraagt alleen al gemiddeld 2 jaar intramurale zorg, voorafgegaan door 5 jaar ondersteuning in eigen woonomgeving, met veel mantelzorg en thuiszorg. Om ernstige tekorten op de arbeidsmarkt op de korte en lange termijn te voorkomen, is het van groot belang om nu diverse maatregelen te nemen.

Aansprekende voorbeelden hiervan zijn het stagefonds, gericht op het vergroten van het aanbod van het aantal stageplaatsen en een betere begeleiding van stagiaires. Daarnaast zijn er de regionale proefprojecten gericht op de werving en opleiding van mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt, de regionale pilots gericht op het werven en opleiden van allochtonen voor de zorg en de investeringen in de versterking van de regionale structuur (samenwerking tussen zorginstellingen, UWV werkbedrijf, gemeenten, Calibris en onderwijs). Deze maatregelen zijn er primair op gericht om meer mensen voor de zorg op te leiden en binnen de zorg te laten doorstromen. Gedurende de kredietcrisis zijn het ook

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 29 282, nr. 79.

adequate instrumenten om mensen die hun baan kwijt raken weer snel naar werk toe te leiden.

Naast het vergroten van de instroom van personeel, is het van belang om ook veel te investeren in het behoud van het personeel voor de zorg. De basis van de zorg voor cliënten in de AWBZ is immers de professional die direct in contact staat met de cliënten. Indien het personeel tevreden is, heeft dat een positieve uitwerking op de cliënten. Ook wordt met tevreden personeel onnodig ziekteverzuim voorkomen. Daarom is het belangrijk dat veel aandacht wordt besteed aan de mensen die de zorg leveren en de wensen die zij hebben ten aanzien van de wijze waarop zij hun werk willen uitvoeren en de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn. De aandacht van het bestuur en het management van de instellingen zal zich daarom niet alleen moeten richten op de instroom, maar vooral ook op het welzijn van het huidige personeel binnen hun organisatie.

Vernieuwingen en innovaties

De ontwikkeling van medische technologie wordt als een van de belangrijkste factoren gezien die bijdragen aan de groei van de gezondheidszorg-uitgaven. Voor Nederland geldt dat technologische ontwikkelingen ongeveer de helft van de groei van de gezondheidszorguitgaven in het verleden hebben bepaald. Technologische vernieuwingen zullen ook in de toekomst niet uitblijven.

Vernieuwingen en innovaties zijn juist ook noodzakelijk om de hiervoor genoemde uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden: de toenemende zorgvraag, het arbeidsmarkttekort en de betaalbaarheid van zorg. Daarbij zijn ze nodig om goed aan te blijven sluiten bij de wensen en de behoeften van de cliënt.

Om ervoor te zorgen dat vernieuwingen en innovaties nu en in de toekomst tot stand komen is met branches en andere partijen het transitieprogramma langdurige zorg gestart. In het programma zijn experimenten opgenomen die gericht zijn op het bevorderen van samenhang tussen wonen, zorg en welzijn in de buurt, zoals buurtzorg, «screen tot screen communicatie» in de thuiszorg en monitoring via video en sensoren.

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) maakt zich ook hard voor innovaties in de zorg. Dit platform is vorig jaar ingesteld en bestaat uit inhoudskundigen vanuit de zorgsector, het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid. Het ZIP heeft als doel zorginnovaties aan te jagen en waar mogelijk te versnellen. Ouderen en chronisch zieken zijn hierbij de voornaamste doelgroep. Dit moet ertoe leiden dat in de toekomst de kwaliteit in de langdurige zorg voor kwetsbaren nog steeds kan worden gerealiseerd.

Drie voorbeelden

1. «Valpreventiebus» en «OOGbus»

Een aansprekende vernieuwing dat zich nu voordoet, is valpreventie. Elke dag komen 360 ouderen die zijn gevallen terecht bij de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. Door praktisch advies te geven aan oudere mensen die het risico lopen om te vallen, kunnen veel valincidenten worden voorkomen. Door Delta Lloyd is daartoe de zogeheten «valpreventiebus» ontwikkeld, waarbij verpleegkundigen bij ouderen thuis dat praktische advies geven. Een andere vernieuwing waar de cliënt centraal staat, is de OOGbus. Deze OOGbus maakt het mogelijk om eerstelijns oogzorg bij de mensen thuis te brengen.

2. Alarmmat

Een alarmmat is een matje dat mensen, bijvoorbeeld dementerende ouderen, naast het bed kunnen leggen en dat een signaal afgeeft aan het personeel als iemand 's nachts uit bed stapt en gaat wandelen. Voordeel hiervan is dat het personeel snel kan reageren, waardoor ongelukken worden voorkomen.

3. Screen-to-screen (beeld)communicatie in combinatie met berichtenservice

Met screen-to-screen communicatie kunnen bewoners onderling en met familie of vrienden communiceren. Met de berichtenservice kan de post vanuit een centraal punt geautomatiseerd door het complex worden verspreid. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk de menu's van een bepaalde week te presenteren. Wanneer de menukeuze beschikbaar is, kunnen bewoners hun keuze eenvoudig aanklikken op het scherm. Bewoners voelen zich minder eenzaam, doordat ze rechtstreeks kunnen communiceren met andere bewoners, familie en vrienden. Met de berichtenservice realiseert de zorginstelling tevens een kostenreductie doordat er efficiënter wordt gecommuniceerd en er minder papierwerk nodig is.

3. Wat is nodig voor behoud van langdurige zorg nu en in de toekomst?

Cliëntgerichte uitvoering

Het hierboven geschetste beeld dat ik voor ogen heb voor de toekomst, komt natuurlijk niet zonder slag of stoot tot stand. Sterker nog, goed onderhoud aan de AWBZ is noodzakelijk om de AWBZ niet bij wijze van spreken aan zijn eigen «succes» ten onder te laten gaan. Dat laatste wil het kabinet voorkomen, en daarom staan in de eerder genoemde brief van 13 juni 2008 concrete beleidsmaatregelen voor de korte termijn en beleidsontwikkelingen voor de lange termijn genoemd om de AWBZ toekomstbestendig te maken. Bij alle maatregelen en beleidsontwikkelingen zal steeds de toets zijn of deze bijdragen aan het bereiken van de uitgangspunten en het beeld zoals ik dat in paragraaf 2 heb beschreven.

Hieronder zal ik ingaan op de onderwerpen waar in de motie Wiegman c.s. expliciet om is gevraagd, namelijk de rol van de zorgverzekeraars, het persoonsvolgend budget en het indiceren. Alvorens dat te doen, hecht ik eraan te benadrukken dat het voor het behoud van de langdurige zorg niet alleen nodig is allerlei zaken in de techniek en wetgeving te realiseren.

Juist ook het creatief meedenken en het aanpassen van de sector op wensen en verwachtingen van cliënten is belangrijk. Daar wil en zal ik zelf mijn steentje aan bijdragen door mensen zoveel mogelijk in contact met elkaar te brengen en te stimuleren om met elkaar het gesprek aan te gaan. Dit doe ik bijvoorbeeld door het organiseren van een congres dat op 5 juni 2009 plaatsvond over de actualiteit en over de toekomst van de langdurige zorg. Bij dit congres ontmoetten cliënten(organisaties), zorgkantoren/verzekeraars, zorgaanbieders uit de langdurige zorg, welzijn en curatieve zorg, maar ook kennisinstituten, gemeenten en het bedrijfsleven, elkaar rond de thema's zoals in deze brief geschetst. De doelstelling is om gezamenlijk doordrongen te raken van de noodzaak om te werken aan het verbeteren van de langdurige zorg en te bespreken wat nodig is om deze ook in de toekomst te kunnen waarborgen.

Omdat het in de AWBZ om zorg voor (soms zeer) kwetsbare mensen gaat, moet de uitvoering ervan voldoende recht doen aan de gevoeligheden die deze kwetsbaarheid met zich meebrengt. Daarbij zijn de uitgangspunten uit paragraaf 2 van belang, namelijk dat wensen en behoeften van cliënten centraal staan, cliënten de regie over het eigen leven zoveel mogelijk kunnen behouden en dat er een goede samenhang tussen zorg en welzijn en tussen cure en care moet zijn. De uitvoering van de AWBZ moet zodanig zijn vormgegeven dat dit bereikt wordt.

Tijdens een Algemeen Overleg op 13 november 2008 heb ik met de Kamer over de positionering van de zorgkantoren gesproken. Daarbij is nadrukkelijk stilgestaan bij de vraag hoe een uitvoering door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden zich zou kunnen verhouden tot een (ver doorgevoerd) systeem van persoonsvolgende bekostiging, eventueel (mede)

ingevuld met een systeem van vouchers zoals voorgesteld in het advies van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA¹.

De AWBZ wordt op dit moment namens de zorgverzekeraars uitgevoerd door regionale zorgkantoren. De huidige concessieverlening loopt tot en met 2011.

In de periode van 2009–2011 wil ik vooral werken aan het realiseren van de omslag naar een cliëntgerichte zorg. Dat is de reden dat ik ervoor heb gekozen om de zorgkantoren niet, zoals eerder voorgenomen, met ingang van 1 januari 2009 op te heffen, maar deze juist tot en met 2011 een rol te geven bij het realiseren van de omslag naar een cliëntgerichte zorg. Met de zorgverzekeraars heb ik afspraken gemaakt over de opdracht aan de zorgkantoren voor de periode 2009–2011² ten behoeve van een cliëntgerichte uitvoering van de AWBZ.

Ik zal allereerst ingaan op de afspraken die ik met de zorgverzekeraars heb gemaakt om te komen tot een cliëntgerichte uitvoering van de AWBZ. Vervolgens ga ik in op persoonsvolgende bekostiging en de rol van de zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ.

Cliëntinformatie

Ik heb met de zorgverzekeraars afgesproken dat de zorgkantoren (als uitvoerders van de AWBZ) de service en informatievoorziening naar cliënten gaan verbeteren. Bijvoorbeeld door op een toegankelijke website algemene publieksinformatie beschikbaar te stellen over het AWBZ-aanbod dat in de regio beschikbaar is met daarbij de actuele informatie over de wachttijden. Ook stellen zorgkantoren ten behoeve van cliënten informatiemateriaal beschikbaar aan onder andere voorzieningen van eerstelijnszorg en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), zodat de cliënt dit kan raadplegen en zo te weten kan komen hoe het werkt in de AWBZ.

Zorginkoop en kwaliteitsbeleid

Zorgkantoren hebben bij het inkopen van zorg een inspanningsplicht om binnen de financiële contracteerruimte te blijven en hebben een belangrijke rol in het sturen op doelmatigheid en in het inkopen van zorg voor een goede prijs/kwaliteitsverhouding. Ik vind het belangrijk dat de zorg die wordt ingekocht en geleverd van goede kwaliteit is. Daarom maken zorgkantoren met de zorgaanbieders afspraken die aansluiten bij de landelijke kwaliteitskaders (de normen voor verantwoorde zorg). Dit is ook vastgelegd in de gezamenlijke inkoopleidraad van de zorgkantoren. De normen voor de verantwoorde zorg zijn voor de verpleging en verzorging en de geestelijke gezondheidszorg gereed, maar voor de gehandicaptenzorg nog in ontwikkeling. Zorgkantoren zullen daarom voor de zorginkoop 2010 zoveel mogelijk inkopen in lijn met de normen verantwoorde zorg en de borging van deze normen in de organisatie. Dit om te voorkomen dat voor sommige zorgaanbieders géén kwaliteitsscore vastgesteld kan worden. In de nabije toekomst kan steeds meer op proces- en outputindicatoren worden gestuurd. De normen voor verantwoorde zorg zijn daarbij leidend. Overigens kan de regionale situatie altijd verschillende accenten vragen in het inkoopbeleid. Regionale cliënten- en consumentenorganisaties worden daarvoor door de zorgkantoren betrokken bij de vormgeving van het inkoopbeleid van de zorgkantoren. Zorgkantoren zullen daar de komende tijd nog meer in investeren.

Ketenzorg

Omdat bij de zorgverlening de cliënt centraal moet staan, is het belangrijk dat organisaties met elkaar ervoor zorgen dat er, daar waar dit vanwege de zorgvraag nodig is, ketenzorg beschikbaar is. Een voorbeeld van het organiseren van ketenzorg is de inkoop van dementiezorg. De kwaliteit van de zorg die mensen met dementie ontvangen wordt onder andere

¹ «Naar een toekomstbestendige AWBZ: een christendemocratische visie op de langdurige zorg» (30 juni 2008).

² Kamerstukken II, 2008–2009, 30 597, nr. 38 en nr. 63.

bepaald door de mate waarin zorgverleners de totaliteit van hun situatie benaderen. Het Programma Ketenzorg Dementie (een samenwerkingsverband tussen VWS, Alzheimer Nederland, ZN en inmiddels ook ActiZ) heeft hiertoe een inkoopleidraad dementie ontwikkeld. Medio 2008 zijn 16 koploperregio's van start gegaan. Over de eerste resultaten zal ik u binnenkort informeren.

Voor 2010 geldt dat de inkoop van ketenzorg dementie moet worden verbreed naar alle zorgkantorregio's. Het is een belangrijke uitdaging voor 2010 om de aansluiting met de cure (met name huisartsen en GGZ) en de Wmo te realiseren. Zorgkantoren willen daartoe samenwerking zoeken en stimuleren met onder andere gemeenten en welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties. Het is de bedoeling dat in 2011 voor alle mensen met dementie een meer samenhangend aanbod (ketenzorg) beschikbaar is.

Ook zijn er diverse experimenten gestart om meer ketenzorg en samenwerking tussen de verschillende domeinen (Zvw, Wmo en AWBZ) te bewerkstelligen. Zo is in Friesland het Frieslab-experiment gestart: een werkplaats om de samenhang tussen de verschillende zorgwetten en regels te verkennen en te verbeteren. Het doel van het Frieslab is meer inzicht te krijgen in de manieren waarop we ketenzorg kunnen organiseren en de kwaliteit van de dienst- en zorgverlening kunnen verbeteren. In Rotterdam is een experiment in voorbereiding waarbij op het moment een aantal doelgroepen wordt geselecteerd als groepen voor wie meer samenhang en ketenzorg gerealiseerd moet worden. De kern van het plan van aanpak in Rotterdam zal bestaan uit afstemming van de zorginkoop op de geselecteerde doelgroepen.

Samenwerking met gemeenten, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties

De samenwerking met onder andere gemeenten, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties is een belangrijk aandachtspunt bij de uitvoering van de AWBZ. Als gemeenten en overige partijen integraal maatwerk bieden, en mensen de kans geven om te participeren, kan in veel gevallen worden voorkomen dat mensen een beroep op de AWBZ doen. Daarbij is het zorgkantoor voor de gemeente en overige partijen een belangrijke speler om de ambities rond leven in de lokale samenleving met zorg en ondersteuning waar te maken. Het zorgkantoor kan namelijk (mee)helpen om de zorgaanbieders daarin te stimuleren.

Voorbeeld: Samenwerking gemeente en zorgkantoor

Voor wonen streeft de gemeente Ede naar voldoende en passende zelfstandige woonruimte voor diverse (bijzondere) doelgroepen, zoals zorgbehoevende ouderen, lichamelijk gehandicapten, dak- en thuislozen, verstandelijk gehandicapten of ex-psychiatrisch patiënten. Deze woningen zijn goed gespreid over de dorpen, wijken en buurten. De integratie van zorg in de samenleving is daarbij een belangrijk aandachtspunt. De gemeente Ede en het zorgkantoor Arnhem kijken gezamenlijk naar de behoeften aan woonvoorzieningen tot 2015 in overleg met de woningbouwcorporaties en zorgaanbieders. Niet alleen zorg en wonen zijn daarbij aan bod, maar ook welzijn.

Minder bureaucratie

Met de zorgverzekeraars heb ik afgesproken het opvragen van gegevens bij de zorgaanbieders te beperken, omdat dit een bureaucratische last oplevert. Zorgkantoren hebben hiervoor gezamenlijk uniforme eisen opgesteld, die aansluiten bij de wettelijke kaders. Deze zijn opgenomen in de gezamenlijke inkoopleidraad van de zorgkantoren, die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft afgestemd met de zorgaanbieders en cliëntenorganisaties. Vanaf dit jaar wordt de werkwijze gehanteerd dat zorgaanbieders via een bestuursverklaring aangeven dat zij aan de gevraagde eisen voldoen. Alleen bij gereede twijfel, of in geval van een (steekproefs-

gewijze) controle, kan aanvullende informatie worden opgevraagd. In alle andere gevallen volstaat de bestuursverklaring en de informatie uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Persoonsvolgende bekostiging

De bekostiging in de AWBZ maakt een ontwikkeling door van «bed naar cliënt» (van aanbod- naar vraagsturing). Daarmee bedoel ik dat instellingen voorheen geld kregen voor het aantal bedden dat zij hadden, terwijl we nu toewerken naar een bekostiging die gebaseerd is op het aantal en soort cliënt dat zorg ontvangt van een instelling. De bekostiging van zorg in natura wordt dus steeds meer persoonsvolgend vorm gegeven. Hieronder staat de oude en de (wenselijke) toekomstige situatie van bekostiging weergegeven.

	Zorg in Natura	Budget in handen van de cliënt
«Oude» situatie	Instellingsbekostiging	Persoonsgebonden Budget
Huidige en toekomstige situatie	Persoonsvolgende bekostiging (PVB): – 1e stap per 1 januari 2009: invoering van zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor intramurale zorg; en verkenning van invoeren ZZP's Voor extramurale zorg – Als mogelijke volgende stap (voor een deel van de zorg in natura) wordt de mogelijkheid van vouchers verkend.	Persoonsgebonden Budget

Bij persoonsvolgende bekostiging wordt vaak gedacht dat de cliënt zelf de zorg regelt op basis van een bedrag dat na indicatiestelling beschikbaar is. Dat is echter niet het geval, omdat de cliënt de zorg in natura krijgt. Bij *persoonsvolgende* bekostiging beschikt de cliënt niet, zoals bij het *persoonsgebonden* budget (pgb) wel het geval is, zelf over het budget. Bij *persoonsvolgende* bekostiging volgt het budget een cliënt, ook wanneer hij bijvoorbeeld naar een andere zorgaanbieder gaat. Het *persoonsvolgend* budget is dus geen individueel te beheren geldbedrag waarbij de cliënt het geld zelf in handen krijgt. Persoonsvolgende bekostiging levert een belangrijke bijdrage aan het centraal stellen van de zorgvraag van een cliënt en het zorgplan dat daarbij hoort. Ik verwacht dat zorgverleners bij persoonsvolgende bekostiging voor zorg in natura meer worden geprikkeld tot het leveren van doelmatige en goede zorg in de vorm van een zorgarrangement dat past bij de voorkeuren van de cliënt. Immers, niet de instelling is dan het vertrekpunt voor bekostiging, maar de cliënt met een bepaalde zorgvraag.

Bij de inkoop van zorg in natura zie ik ook bij een systeem van persoonsvolgende bekostiging een rol voor het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Zorgkantoren/zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het sturen op doelmatigheid en het inkopen van zorg voor een goede prijs/kwaliteitsverhouding. Daarbij hebben zorgverzekeraars (in de praktijk zorgkantoren) op grond van de AWBZ de plicht om mensen, die geïndiceerd zijn voor zorg, tijdig van zorg te voorzien.

Ik voer de persoonsvolgende bekostiging voor de zorg in natura stapsgewijs in. Met de invoering van de zorgzwaartepakketten (zzp's) voor de intramurale zorg per 1 januari 2009 is een eerste stap gezet in de richting van persoonsvolgende bekostiging. De invoering van zzp's heeft voor alle zorgaanbieders en zorgkantoren financiële gevolgen, namelijk een

toename of een afname van het instellingsbudget (herallocatie). Om de continuïteit van de zorgverlening aan cliënten te waarborgen, vindt deze herallocatie geleidelijk plaats in de periode 2009–2011. In het kader van de persoonsvolgende bekostiging ben ik ook bezig met het verder uitwerken van zorgzwaartepakketten voor de extramurale zorg. Daarnaast zoek ik uit welke volgende stappen op weg naar volledige persoonsvolgende bekostiging gezet kunnen worden.

Aandachtspunt bij verdergaande stappen richting persoonsvolgende bekostiging is dat het niet tot een volledig geïndividualiseerd zorgmodel leidt, waarbij cliënten allemaal individueel hun «recht» op kunnen en moeten eisen. Er moet geen claimcultuur en calculerend gedrag ontstaan, waarbij vooral mondige burgers in staat zijn hun rechten op te eisen. Dat past namelijk niet bij de AWBZ, omdat het vaak om kwetsbare groepen gaat die niet altijd, of niet altijd voldoende, in staat zijn tot zelfsturing. Het voordeel van een niet volledig geïndividualiseerd model is dat zorg (al dan niet in een instelling) vaak op een collectieve wijze of groepsgewijs wordt geboden. Zo wordt het mogelijk meerwaarde te realiseren in de kwaliteit van zorg (gezondheid, welbevinden en zelfredzaamheid). Ook in kleinschalige woon-/zorgvoorzieningen wordt de zorg geleverd in een groep. Dit biedt ruimte voor solidariteit en substitutie binnen een instelling.

In het maatschappelijk debat over de toekomstige vormgeving van de AWBZ lijkt het wel eens alsof uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden en persoonsvolgende bekostiging niet goed samen zou kunnen gaan. In essentie gaat het dan om de vraag of er een rol is voor een zorgverzekeraar als zaakwaarnemer voor zijn cliënten. Naar mijn idee is het goed mogelijk, en ook wenselijk, om persoonsvolgende bekostiging en zaakwaarnemerschap c.q. vraagbundeling in de zorginkoop te combineren. Hierboven heb ik reeds aangegeven dat ik een systeem van persoonsvolgende bekostiging voor de zorg in natura niet zó ver wil doorvoeren dat er een volledig geïndividualiseerd systeem ontstaat. Anderzijds dient persoonsvolgende bekostiging wel zó ver te reiken, dat cliënten die dat willen en er toe in staat zijn, hun wensen ten aanzien van het zorgaanbod tot uitdrukking kunnen brengen. Het komende jaar zal ik het vraagstuk van persoonsvolgende bekostiging voor de zorg in natura in relatie tot sturing door verzekeraars in samenwerking met ZN en cliëntenorganisaties uitwerken.

De randvoorwaarden die gelden bij een verdere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging zijn dat:

- 1) Alle cliëntgroepen ook de zorg kunnen (blijven) ontvangen die zij nodig hebben (dit vergt zaken waar ik thans mee bezig ben, zoals duidelijk omschreven aanspraken en eenduidige en stabiele indicatiestelling met een landelijk uniforme werkwijze en als gevolg hiervan, vergelijkbare uitkomsten en declaratie op cliëntniveau);
- 2) De vormgeving van het systeem van persoonsvolgende bekostiging helder moet zijn (waaronder waarborgen kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en financiële beheersbaarheid);
- 3) Duidelijk moet zijn welke verantwoordelijkheden en prikkels er voor de verschillende betrokken partijen zijn (onder andere ten aanzien van zorgplicht).

Bij de verdere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging voor de zorg in natura ga ik ook bekijken of er voor bepaalde groepen cliënten de mogelijkheid van vouchers kan worden gecreëerd, zoals voorgesteld in bijvoorbeeld het advies van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA¹ en door gezamenlijke cliënten- en ouderenorganisaties en door Actiz. Cliënten krijgen met een voucher op basis van hun indicatie een op geld

¹ «Naar een toekomstbestendige AWBZ: een christendemocratische visie op de langdurige zorg» (30 juni 2008).

gewaardeerde tegoedbon die zij of hun zaakwaarnemers, mogelijk ook zonder tussenkomst van een verzekeraar, kunnen inleveren bij professionele gecertificeerde zorgaanbieders. Men kan daarmee zorg op maat creëren rond de cliënt, eventueel in de eigen woonomgeving. Ook komt er een duidelijke klantrelatie tot stand tussen de cliënt en de zorgaanbieder. De risico's van zorginkoop liggen dan bij de cliënt: gaat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prijs voor het door de cliënt ingekochte zorgzwaartepakket uit boven het normbedrag (bijvoorbeeld omdat het pakket ook woonservice bevat), dan dienen de cliënten dit aan te vullen uit eigen zak. Daarbij kunnen geïndiceerde cliënten hun vouchers ook inleveren bij inkooporganisaties, verzekeraars of zorgmakelaars die geen wettelijke zorgplicht hebben, maar het budgetbeheer uit handen nemen van de cliënt, inkoopexpertise hebben ontwikkeld, de zorgaanbieder contracteren en de cliënt bijstaan met raad of advies. Bij het verder ontwikkelen van persoonsvolgende bekostiging van zorg in natura vind ik de gedachte van het beschikbaar stellen van een tegoedbon een interessante. Daarom zoek ik het komende jaar in samenwerking met betrokken partijen nader uit wat de precieze betekenis is van vouchers voor cliënten en voor wie deze geschikt zijn. Ook deze verkenning zal plaatsvinden aan de hand van de hierboven geformuleerde randvoorwaarden. Meer specifiek zal de vraag aan de orde komen wat de verdere ontwikkeling voor persoonsvolgende bekostiging.

Bij de nadere uitwerking van het systeem zal inzicht gaan ontstaan in de voor- en nadelen van verdere stappen in de persoonsvolgende bekostiging en zal een definitief besluit kunnen worden genomen over de termijn van invoering en de wijze waarop het systeem van persoonsvolgende bekostiging wordt vormgegeven. De ervaringen van het pilotproject in Drenthe zal ik betrekken bij de uitwerking van persoonsvolgende bekostiging, omdat ik verwacht dat dit experiment waardevolle informatie zal opleveren. Dit pilotproject ben ik eind 2008 gestart met onder meer de CG-Raad en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Er wordt in 2009 en 2010 geëxperimenteerd met persoonsvolgende bekostiging bij de doelgroep verstandelijk gehandicapten. Doelstelling van het pilotproject is het vormgeven van een vraaggericht zorgsysteem, waarin de cliënt centraal staat en de keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking met een indicatie in de vorm van een zzp worden vergroot. In de pilot worden de gevolgen hiervan voor alle betrokken partijen onderzocht. Ik verwacht dat ook de eerder genoemde experimenten in Friesland en Rotterdam een bijdrage kunnen leveren aan de nadere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Naast de inkoop van zorg in natura (met de daarbij behorende verdere invoering van persoonsvolgende bekostiging), voeren de zorgkantoren de pgb-subsidieregeling uit. De pgb-regeling is voor mij een belangrijke variant naast zorg in natura, die ik daarom ook zeker wil behouden. Het pgb stelt mensen in staat hun eigen zorgbudget te beheren en zorgverleners naar eigen keuze in te huren op het tijdstip dat dit voor de cliënt het beste uitkomt. De keuzevrijheid en zeggenschap van mensen die van zorg afhankelijk zijn, is door het pgb toegenomen.

Het pgb staat op dit moment onder druk door negatieve geluiden over het gebruik ervan, met name over fraude.

Ook uw Kamer maakt zich hier zorgen over; u heeft kamervragen¹ gesteld en met zeven moties² verzocht om met maatregelen te komen die het pgb toekomstbestendig, solide en «zuiver» moeten maken.

Omdat ik het pgb een belangrijk instrument vind dat moet blijven voortbestaan, heb ik de afgelopen periode maatregelen genomen om oneigenlijk

¹ Van Miltenburg en Agema over het rapport van de FIOD/ECD (TK 2008–2009, vraagnrs. 1649 en 1662).

² 1. Motie Van Miltenburg over concrete stappen om de pgb-subsidieregeling op te heffen (TK 2008–2009, 30 597, nr. 21)

2. Motie Leijten over maatregelen tegen fraude in de thuiszorg. (TK 2008–2009, 31 700-XVI, nr. 42);

3. Gewijzigde motie-Wolbert/Jan de Vries over een plan van aanpak om te komen tot een «zuiver pgb» (TK 2008–2009, 31 700-XVI, nr. 52);

4. Motie Van Miltenburg om zorgkantoren na laten gaan of er sprake is van een bewuste aanvraag van een pgb (TK 2008–2009, 30 597, nr. 53);

5. Motie Wolbert over een keurmerk voor commerciële zorgaanbieders die voor een pgb zorg verlenen (TK 2008–2009, 30 597, nr. 54);

6. Motie Wolbert en De Vries over het overmaken van het pgb uitsluitend op rekening van de budgethouder (TK 2008–2009, 30 597, nr. 55);

7. Motie De Vries en Wolbert om bemiddelingsbureaus niet meer een veelheid aan taken te kunnen laten uitvoeren (TK 2008–2009, 30 597, nr. 7).

gebruik van het pgb tegen te gaan het en het pgb meer solide en zuiver te maken. Met mijn brief van 7 januari 2009¹ heb ik u hierover geïnformeerd en met mijn brieven van 13 juni 2008 en 16 september 2008² heb ik u ingelicht over de maatregel voor de functie begeleiding, waarmee ik het onbedoelde gebruik van de AWBZ, waaronder de pgb's, in wil perken.

Bemiddelingsbureaus

Omdat er negatieve geluiden waren over de rol van sommige bemiddelingsbureaus, heb ik in juni 2008 het CVZ verzocht onderzoek te doen naar de activiteiten van bemiddelingsbureaus. Doel van het onderzoek was meer zicht te krijgen op de rol die bemiddelingsbureaus spelen in de hele «pgb-keten», van indicatiestelling tot en met verantwoording. Ik heb uw Kamer dit rapport op 9 maart 2009 toegestuurd³. Naar aanleiding van dit rapport zijn de volgende maatregelen genomen om oneigenlijk gebruik van het pgb te voorkomen:

- vanaf 1 juli 2009 kan het pgb uitsluitend op de rekening van de meerderjarige budgethouder, dan wel zijn wettelijke vertegenwoordiger, gestort worden. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie Wolbert en De Vries⁴;
- CIZ heeft eind februari 2009 een richtlijn opgesteld die indicatiestellers aangeeft hoe te handelen bij druk van bemiddelingsbureaus om een indicatie af te geven die meer zorg inhoudt dan waar feitelijk behoefte aan bestaat;
- Per Saldo en de Stichting de Ombudsman bieden mij in juni 2009 een gedragscode aan. Dit is een startpunt voor het ontwikkelen van een kwaliteitskeurmerk voor bemiddelingsbureaus om te voorkomen dat cliënten ten prooi vallen aan malafide bureaus. In die gedragscode wordt vastgelegd dat bemiddelingsbureaus zelf geen zorg mogen leveren. Zij dienen zich te beperken tot of het administreren van het pgb (mag niet bekostigd worden uit het pgb) en/of tot het bemiddelen tussen vraag en aanbod (mag wel bekostigd worden uit het pgb) en/of advisering (mag niet bekostigd worden uit het pgb). Hiermee geef ik uitvoering aan de motie De Vries en Wolbert⁵.

Fraude en onjuist gebruik

Er waren signalen dat er werd gefraudeerd met pgb's. Daarom hebben de Bovenregionale Recherche Noord en Oost Nederland en de FIOD-ECD Utrecht in 2007/2008 een verkennend onderzoek uitgevoerd naar pgb's en fraude⁶. De FIOD beveelt aan om de pgb-regeling op onderdelen aan te passen, het indicatietraject te verbeteren en de detectie- en controle-mogelijkheden van zorgkantoren aan te scherpen. Met mijn brief van 7 januari 2009⁷ heb ik laten weten welke acties ik in gang zet. Zo is in de subsidieregeling opgenomen dat betalingen uit het pgb naar redelijkheid moeten passen binnen de Nederlandse marktomstandigheden, bemiddelingskosten voor de aanvraag van een pgb niet meer kunnen worden gedeclareerd en alleen de budgethouder zelf of diens wettelijke vertegenwoordiger de verantwoording kan ondertekenen. In aanvulling hierop neem ik ook nog de volgende maatregelen:

- ik bekijk of het huidige verantwoordingsstelsel, waarbij alleen de netto uitgaven moeten worden verantwoord, optimaal is of in de toekomst kan worden verbeterd. Hierbij betrek ik de brede ontwikkelingen rondom het pgb, onder meer het onder één contracteerruimte brengen met de zorg in natura (zie hieronder), en kijk ik naar de afwijkingen bij de uitvoering van de motie Sap, die tot een vergelijkbare discussie leidt voor het pgb uit de Wmo;
- op 1 juli 2009 is er een nieuw protocol voor de controle van de verantwoordingsformulieren door de zorgkantoren gereed. ZN heb ik gevraagd om, samen met de pgb managers van de zorgkantoren, te komen met verbetervoorstellen voor zowel de globale als de intensieve controles.

¹ TK 2008–2009, 30 597, nr. 46.

² TK 2008–2009, 30 597, nr. 29.

³ TK 2008–2009, 23 235, nr. 88.

⁴ TK 2008–2009, 30 597, nr. 55.

⁵ TK 2008–2009, 30 597, nr. 57.

⁶ rapport «Persoonsgebonden Zorg Verantwoord» in opdracht van het Openbaar Ministerie Zwolle-Lelystad uitgevoerd door de Bovenregionale Recherche Noord en Oost Nederland en de FIOD / ECD. U heeft dit rapport toegestuurd gekregen op 20 februari 2009, samen met de beantwoording van vragen hierover van het Kamerlid Van Miltenburg (DLZ-K-U-2910400).

⁷ TK 2008–2009, 30 597, nr. 46.

Pgb als (on)bewuste keuze

Er zijn situaties waarin mensen een pgb aanvragen, terwijl dit wellicht niet de beste optie voor hen is. Ik neem de volgende maatregelen om te bevorderen dat mensen bewust kiezen voor een pgb en de daarbij behorende verantwoordelijkheden:

- ik stimuleer het aanbod jeugd ggz en LVG-zorg conform voorstellen commissie Linschoten. Daarbij besteed ik aandacht aan de vraag in hoeverre in de jeugd-ggz en in de zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap het pgb wordt ingezet omdat er sprake is van wachtlijsten dan wel een niet adequaat aanbod van zorg in natura;
- ik heb recent met de zorgkantoren gesproken over hun rol om bij nieuwe cliënten te toetsen of het pgb voor hen een bewuste en geschikte keus is, voor zover dit binnen hun mogelijkheden ligt. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie Van Miltenburg¹;
- om de reeds beschikbare informatie makkelijker toegankelijk te maken is subsidie verstrekt voor het ontwikkelen van een pgb-DVD. Deze is naar verwachting in juli 2009 gereed. Ik heb ook aan Per Saldo gevraagd in kaart te brengen en te adviseren of er naast de al aanwezige informatie behoefte is aan specifieke informatie die mensen helpt bij het bewust kiezen voor een pgb.

Kwaliteit pgb-zorg

Voorts vind ik dat bij het verlenen van pgb-zorg – net als bij natura zorg – ook sprake dient te zijn van een goede kwaliteit van zorg. Budgethouders zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die zij met hun pgb hebben ingekocht. Het uitgangspunt is daarbij dat de budgethouder zelf redelijkerwijs in staat is te oordelen over de kwaliteit van de zorg. Dat een pgb-houder zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit, ontslaat de zorgverlener natuurlijk niet van de plicht om goede zorg te verlenen.

Voor de handhaving van kwaliteit van zorg zijn met name de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen van belang. De eerste regelt de kwalificatie-eisen voor professionals in de zorg. Op grond van de Kwaliteitswet is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aangewezen toezicht te houden op zorg, zoals omschreven in de AWBZ. Met name voor zorg die met een pgb is ingekocht bij kleinschalige initiatieven en in de informele sfeer geldt dat toezicht door de IGZ lastig is. In mijn brief van 7 januari 2009² heb ik aangekondigd over de kleinschalige initiatieven in gesprek te gaan met de IGZ om te bezien waar knelpunten en verbeterpunten liggen. Daarnaast ontwikkelt Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) op dit moment een keurmerk voor individuele professionals in de zorg (gebaseerd op de normen voor verantwoorde zorg). Op basis hiervan zouden individuele zorgverleners gecertificeerd kunnen worden en kunnen zij hun kwaliteitsniveau bewaken. Ik zal bezien in hoeverre dit keurmerk ook in de pgb-markt inzetbaar is voor zorgverleners. Hiermee kom ik tegemoet aan een motie van Wolbert die om zo'n keurmerk vraagt.

Mensen met een AWBZ-indicatie zijn vaak kwetsbaar en hebben vaak behoefte aan zware zorg. Dit stelt eisen aan de deskundigheid van de zorgverlener, zowel bij zorg in natura als bij een pgb. Ik wil verkennen, mede conform de wens van uw Kamer, of er meer nodig is dan hier boven staat om de kwaliteit van zorg voor mensen met een pgb te waarborgen, zonder aan het karakter van het pgb te tornen.

Positionering pgb

Het zou de positie van het pgb ten opzichte van de zorg in natura versterken wanneer het pgb en de zorg in natura samen onder dezelfde contracteerruimte worden gebracht. Voor de macrokosten heeft het in beginsel geen consequenties wanneer het pgb en de zorg in natura onder dezelfde contracteerruimte vallen. In reactie op een door mevrouw Van Miltenburg ingediende motie³ tijdens de Begrotingsbehandeling 2009

¹ TK 2008-2009, 30 597, nr. 53.

² Kamerstukken II, 2008-2009, 30 957, nr. 46.

³ Motie 30 597, nr. 21.

over het wettelijk verankeren van het pgb heb ik aangegeven dat er onderzocht wordt hoe dit te realiseren is. In relatie hiermee wordt bezien wat dit betekent voor het subsidieplafond van het pgb. In 2009 ben ik het overleg gestart om samen met de NZa een onderzoek uit te zetten naar de mogelijkheden om het pgb samen met de zorg in natura onder te brengen in de contracteerruimte. In relatie daarmee wordt bezien welke wettelijke verandering van het pgb hierbij het beste past. De NZa levert in 2009 een advies over de tarifiering van het pgb met het oog op de integratie van het pgb in de contracteerruimte. Eind september 2009 verwacht ik de uitkomsten van dit onderzoek en deze zal ik vervolgens betrekken bij de brief die ik u in het najaar over het pgb zal sturen.

Ik ga tevens – in samenwerking met het ministerie van BZK, de VNG, Per Saldo en het CAK – bekijken op welke wijze het ontvangen van een pgb voor cliënten in de Wmo eenvoudiger kan worden gemaakt. Hierbij zal ook worden bekeken wat de mogelijkheden zijn om het pgb door gemeenten netto te laten uitbetalen. Dit mede naar aanleiding van de motie van het lid Sap c.s.¹. Ik zal u hierover in september rapporteren.

Er staat nog een aantal vragen open over de kwaliteitscontrole en de toekomstbestendigheid van de financiële beheersbaarheid van het pgb, mede in relatie tot de verdere invoering van persoonsvolgende bekostiging. Op deze onderwerpen kom ik in het najaar van 2009 terug met een aparte brief.

Rol van de zorgverzekeraars

Aan de huidige constructie met zorgkantoren in de AWBZ kleef een aantal nadelen. Een belangrijk knelpunt is dat zorgkantoren onvoldoende stimulans hebben om de AWBZ cliëntgericht uit te voeren. Er is bijvoorbeeld geen directe relatie tussen het zorgkantoor en de verzekerde en er bestaat geen intrinsiek belang om de AWBZ-premie «betaalbaar» te houden. Dit komt doordat zorgkantoren zelf geen financieel belang hebben bij de uitvoering van de AWBZ.

Daarnaast is een nadeel van de constructie met zorgkantoren dat mensen die gebruik maken van AWBZ-zorg vaak te maken hebben met drie loketten: de gemeente voor de Wmo, het zorgkantoor voor de AWBZ en de zorgverzekeraar voor de Zvw. Ook is er het nadeel dat de huidige uitvoeringsstructuur, waarin zorgverzekeraars voor de andere verzekeraars (en hun verzekerden) de AWBZ uitvoeren maar elkaars concurrenten zijn op de zorginkoopmarkt voor Zvw zorg, op de lange termijn moeilijk houdbaar is. Ten slotte is het een nadeel dat verzekerden niet kunnen «stemmen met de voeten», doordat zorgverzekeraars op grond van de AWBZ weliswaar verantwoordelijk zijn voor de uitvoering, maar hun verzekerden afhankelijk zijn van het zorgkantoor in de regio voor de service en inkoop van AWBZ-zorg.

De nadelen hebben mij ertoe bewogen na te denken over een andere constructie, die mogelijk minder nadelen in de uitvoering met zich meebrengt. Voor mij staat daarbij vast dat de AWBZ het instrument bij uitstek is om de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg te garanderen voor mensen die door een stoornis of aandoening langdurig of permanent niet in staat zijn zelfstandig inhoud en vorm te geven aan het eigen leven.

Aan de nadelen die aan de huidige constructie met zorgkantoren kleven zou tegemoet gekomen kunnen worden door de AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden te laten uitvoeren. Het voordeel van de uitvoering door zorgverzekeraars is dat voor cliënten het aantal loketten wordt teruggebracht, doordat één loket ontstaat voor het recht op zorg (bij zowel AWBZ als Zvw), namelijk de zorgverzekeraar bij wie zij zijn verzekerd. Een uitvoering voor eigen verzekerden draagt bij aan de

¹ TK 2008–2009, 31 795, nr. 33.

samenhang tussen AWBZ en Zvw en de financiële houdbaarheid van de AWBZ op langere termijn. Deze optie sluit aan bij het advies van de SER¹, waarbij zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 (onderdelen van) de AWBZ voor eigen verzekerden uitvoeren, en sluit de mogelijkheid van overheveling van delen van de AWBZ naar de Zvw en Wmo niet uit.

Ik vind het van belang dat een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden bijdraagt aan de uitgangspunten zoals ik die in paragraaf 2 heb verwoord. Enerzijds mogen van het organiseren van «één loket» voor het recht op zorg (bij zowel AWBZ als Zvw) en van het kunnen «stemmen met de voeten» de nodige voordelen worden verwacht voor het verlenen van service aan cliënten en organisatie van ketenzorg. De wensen en behoeften van cliënten zullen meer centraal komen te staan. Te verwachten is ook dat kleine, nieuwe aanbieders meer kansen zullen krijgen, omdat zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ zich van elkaar willen onderscheiden. Ook zullen zorgverzekeraars meer belang hebben bij het organiseren van een goede samenhang tussen cure en care en vanuit preventief oogpunt meer geneigd zijn te investeren in een goede samenhang tussen zorg en welzijn. Anderzijds zijn er ook aandachtspunten bij zo'n constructie. Zo is het de vraag wat het opheffen van zorgkantoren betekent voor de coördinatie en afstemming met het gemeentelijke domein, daar waar het huidige zorgkantoor zo'n regionale functie vervult. Gemeenten hebben dan met meerdere zorgverzekeraars te maken. Dat kan lastig voor de gemeenten zijn. De vraag is bijvoorbeeld hoe de Stedelijke Kompassen voor de preventie van dak- en thuisloosheid, ook met zorgverzekeraars als samenwerkingspartners, tot een goede uitvoering komen. Andere overwegingen hebben betrekking op de vraag hoe de invloed van de gemeente op bouwplannen vorm krijgt en hoe diversiteit in woonvoorzieningen wordt gestimuleerd. Waar uitvoering door zorgverzekeraars de afstemming tussen cure en care zal verbeteren, zal dat tussen care en welzijn minder vanzelfsprekend zijn en zullen wellicht extra inspanningen nodig zijn. Ook zal ongewenste risico-selectie tegen moeten worden gegaan. Als zorgverzekeraars de AWBZ uitvoeren dan moeten zij bereid zijn dat voor alle cliënten te doen. Voor ouderen maar bijvoorbeeld ook voor meervoudig, complex gehandicapten. De kunst is de voordelen te benutten en mogelijke nadelen tegen te gaan.

Voorbeeld: samenwerking gemeente en zorgverzekeraar

Onder de noemer Utrecht gezond! intensiveren zorgverzekeraar Agis en de gemeente Utrecht (GG&GD) de samenwerking. Op 8 oktober 2008 ondertekenden beide partijen een convenant. Doel van het convenant is gezondheidswinst te behalen bij de inwoners van Utrecht. Agis en Utrecht ontwikkelen voor de komende vijf jaar initiatieven voor de pilot-wijk Overvecht. Daarnaast starten zij ook nog diverse gezondheidsprogramma's en gaan zij hun kennis delen.

Voorwaarden voor uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars

In de brief van 13 juni 2008 heeft het kabinet aangegeven medio 2010 te bezien of aan de voorwaarden is voldaan om in 2012 (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen klanten. Het kabinet heeft daarbij aangegeven hierover nog geen besluit te nemen, omdat het deze stap alleen maar wil zetten als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan, zoals de introductie van risicodragendheid voor de verzekeraars, persoonsvolgende in plaats van instellingsgerichte bekostiging, stabiele tarieven voor de zorgverlening en administraties en declaraties op individueel cliëntniveau. Ook is daarbij aan de orde dat de uitvoering van de AWBZ gescheiden zou moeten plaatsvinden van de uitvoering van de Zvw. Verder zal de indicatiestelling verbeterd moeten zijn, moeten eigen betalingen een gepast gebruik stimuleren en zal aan de eerder genoemde

¹ SER-advies Toekomst AWBZ (adviesnr. 2008/03, 18 april 2008).

aandachtspunten tegemoet moeten worden gekomen. Daarnaast is de juridische haalbaarheid een voorwaarde. Bovenstaande maatregelen zijn mede gericht op de budgettaire beheersbaarheid.

Met ZN heb ik een stappenplan opgesteld waarin globaal staat weergegeven wat nodig is om te komen tot besluitvorming over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. De komende periode wil ik mij samen met verzekeraars inzetten om aan de randvoorwaarden te kunnen voldoen. Daartoe wil ik ook onderzoek doen naar de wijze van financiering van zorgverzekeraars bij een uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden. Doel daarvan is de financiële beheersing op het huidige niveau te houden, passend binnen de uitvoering door zorgverzekeraars. Met het oog op de budgettaire beheersbaarheid, is het van belang te onderzoeken welke prikkels voor zorgverzekeraars kunnen worden gecreëerd om te komen tot doelmatigheid. Door de introductie van een zekere mate van risicodragendheid en/of speelruimte bij de zorginkoop kunnen zorgverzekeraars extra geprikkeld worden om bij de zorginkoop te letten op doelmatigheid. Ik wil bij het onderzoek naar prikkels voor doelmatigheid bekijken of het mogelijk is uitgaven voor alternatieve doelen die indirect aan de AWBZ ten goede komen toe te staan, zoals stimuleringsprojecten ketenzorg, preventie, innovatie, inschakeling zorgmakelaars en cliënteninformatie.

Om aan de eerder genoemde aandachtspunten tegemoet te komen wil ik een nadrukkelijke afweging van de beoogde voordelen en nadelen. Uit deze verkenning moet duidelijk worden voor welke cliënten een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden meer of juist minder meerwaarde heeft. Daarbij verwacht ik van de zorgverzekeraars dat zij ten behoeve van de besluitvorming de komende periode een actieve rol vervullen richting de cliënten. Zorgverzekeraars zullen dit jaar samen met de cliëntenorganisaties nader uitwerken hoe zij het beste tegemoet kunnen komen aan de wensen en noden van kwetsbare cliënten. Ook zullen zorgverzekeraars nadrukkelijk aandacht besteden aan de relatie met gemeenten. ZN zal in overleg treden met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), om samen uit te werken op welke wijze de samenwerking kan worden vormgegeven, opdat zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de behoeften op lokaal niveau. Denkbaar is dat zorgverzekeraars een representatiemodel kiezen, waarbij de marktleaders de afspraken namens alle zorgverzekeraars maken. ZN en de VNG kunnen samen bezien hoe door gemeenten daarop op een praktische manier kan worden aangesloten.

Bij een definitief besluit over de uitvoering van de AWBZ vanaf 2012 weegt voor mij in het bijzonder dat niet alleen cliënten die dat willen en daartoe in staat zijn hun voorkeuren tot uitdrukking kunnen brengen, maar ook en vooral dat de zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen (zoals meervoudig zwaar gehandicapten) te allen tijde goed geregeld en gewaarborgd worden en op elkaar zijn afgestemd. Voordat ik de AWBZ in een meer risicodragende omgeving breng, moet dat zeker zijn gesteld. Om te bezien *of* aan de randvoorwaarden daartoe kan worden voldaan en *dat* er aan de randvoorwaarden wordt voldaan, zal ik mij de komende tijd samen met de zorgverzekeraars inzetten, opdat uiterlijk 1 juli 2010 een weloverwogen besluit wordt genomen over de uitvoering van de AWBZ vanaf 2012.

Vervolgrapportage

In het najaar van 2009 zal ik u informeren over de stand van zaken bij de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. Daarbij zal ik u tevens een

vervolgrapportage geven van de stand van zaken bij de voorbereiding van de besluitvorming over een uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekeren en de nadere uitwerking van persoonsvolgende bekostiging daarbij.

Indiceren

Indicatiestelling is in de AWBZ nodig om te beoordelen of de aanvrager terecht een beroep doet op AWBZ-zorg die uit de collectieve middelen wordt gefinancierd. Tegelijkertijd moet indicatiestelling er voor zorgen dat mensen op grond daarvan de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. Het is een middel, niet meer, maar zeker ook niet minder.

Vereenvoudiging indicatiestelling

Ik wil dat zowel professionals, zorgaanbieders als cliënten zo min mogelijk hinder ondervinden van het proces van indicatiestelling voor de AWBZ. Mijn beleid is er daarom op gericht om het proces van indicatiestelling eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen. Over de uitkomsten van een aantal pilots die het CIZ vorig jaar heeft afgerond, heb ik u in mijn brief van 7 juli 2008¹ geïnformeerd. Voor het vervolg daarop verwijst ik u korthedshalve naar het gewisselde tijdens het AO Modernisering AWBZ op 5 maart 2009.

In de kern komt het er op neer dat zorgprofessionals en zorgaanbieders een meer actieve rol krijgen in het proces van indicatiestelling voor de AWBZ. Dit kan de huisarts zijn, maar ook de wijkverpleegkundige, of een zorgaanbieder als het verzorgings- of het verpleeghuis. Zij beschikken immers over de (medische) gegevens van cliënten. Daarmee kunnen zij digitaal een indicatieadvies uitbrengen aan het CIZ dat het indicatiebesluit afgeeft. In 2008 hebben bijna 1 300 zorgaanbieders daarvan gebruik gemaakt met 150 000 indicatieadviezen als resultaat. Overigens moet er door de professionals en aanbieders een forse slag gemaakt worden in het volledig en correct aanleveren van de minimale (digitale) gegevensset. De standaardindicatieprotocollen (SIP's) en de spoedprocedure zijn nadrukkelijk onder de aandacht van de huisartsenvoorziening gebracht. Ook het gedetacheerd werken van indicatiestellers in de (grotere) gezondheidscentra wordt nu fasegewijs in 24 centra uitgerold. Dit alles met de bedoeling het proces van indicatiestelling van onnodige bureaucratie te ontdoen, doorlooptijden van een aanvraag terug te brengen, cliënten sneller te laten weten waar zij aan toe zijn en, indien zij daar recht op hebben, eerder in zorg te kunnen nemen.

Stroomlijning indicatieprocessen

Samen met de minister van SZW ben ik het Programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid gestart. Onderdeel daarvan is het project Gezamenlijke beoordeling. De gemeenten Doetinchem en Leeuwarden nemen hieraan deel, samen met verschillende uitvoeringsinstanties, zoals het CIZ, het UWV, het UWV *Werkbedrijf* en MEE. De werkwijze komt er op neer dat de cliënt maar één keer hoeft te worden geïndiceerd. Hierbij wordt zowel gekeken naar de zorgbehoefte, de behoefte aan ondersteuning, als naar de mogelijkheden om werk te verrichten. Naast werk kan het ook gaan om vrijwilligerswerk. De komende zomer gaan we deze werkwijze evalueren. Overigens zullen de pilots ook tijdens de evaluatie gewoon doorlopen zodat we na de evaluatie, indien wenselijk, hierop voort kunnen bouwen. Ik ben in overleg met SZW en BZK om te bekijken of er mogelijkheden zijn om op afzienbare termijn de bewezen meerwaarde te verspreiden in bijvoorbeeld proeftuingemeenten.

¹ Kamerstukken II 2007–2008, 26 631/30 597, nr. 268.

Voorbeeld: gezamenlijke beoordeling

Yannar is een vrouw van 50 met een rugaandoening. Dat is de reden dat ze slecht loopt. Om haar mobiliteit te vergroten vraagt ze in haar woonplaats Doetinchem, bij het Wmo-loket, een driewiel fiets aan.

Haar aanvraag wordt behandeld in een projectteam en ze krijgt een trajectcoach toegewezen. Uit de context blijkt dat Yannar meer wensen en behoeften heeft. Er komt iemand op bezoek om bij Yannar thuis te kijken. Daar blijkt dat zij ook problemen heeft met opstaan en zitten en dat haar woning eigenlijk niet geschikt is voor iemand met haar handicap.

Het projectteam gaat onmiddellijk over tot actie en start drie indicatiestellingen: een Wmo-urgentie voor een aangepaste woning, indicaties voor een driewiel fiets en hulp bij het huishouden. Yannar zelf is één keer bij het Wmo-loket geweest; meer niet.

Bestendige solidariteit en budgettaire houdbaarheid

In mijn brief van 13 juni 2008 heb ik aangekondigd een aantal stappen te zetten om de AWBZ glashelder te maken. Mijn beleid op dat punt is erop gericht te komen tot eenduidige (uitvoering van) aanspraken AWBZ. In eerdere documenten aangeduid als «glasheldere polis». Zorg moet beschikbaar blijven voor kwetsbare mensen die langdurig zorg nodig hebben. De kwaliteit van de zorg moet voor nu en in de toekomst gegarandeerd blijven en de solidariteit moet behouden blijven. Daarvoor is het nodig om onbedoeld gebruik van en afwenteling op de AWBZ tegen te gaan. Daarnaast moeten de zorgaanspraken helder omschreven zijn zodat onbedoeld gebruik tot een minimum wordt beperkt en verantwoordelijkheden duidelijk zijn.

Om aanspraken duidelijk te maken en onbedoeld gebruik tegen te gaan heb ik de eerste stap gezet met de pakketmaatregel AWBZ die per 1 januari 2009 is ingegaan. Zoals aangegeven in de inleiding, informeer ik u over de eerste resultaten van de monitor van de pakketmaatregel voor de zomer. Ook heb ik de grondslag «psychosociaal probleem» per 1 januari 2009 geschrapt. Het is de verwachting dat de doelgroep die van deze grondslag gebruik maakte (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en ontregelde huishoudens) zich tot de gemeenten zullen wenden. Gemeenten worden hiervoor financieel gecompenseerd. De overheveling van de somatische revalidatiezorg is een volgende stap. Over de stand van zaken bij deze stap heb ik u onlangs geïnformeerd. Een ander voorbeeld van het verduidelijken van de aanspraken in de AWBZ is dat ik er voor zorg dat de problemen met de ziekenhuisverplaatste zorg, inclusief de gespecialiseerde kinderdagverblijven en kinderspices, worden opgelost, dat ik een eigen bijdrage voor de functie begeleiding per 1 januari 2010 invoer en zorg voor een goede afbakening met onderwijs en jeugd. Ik kijk ook naar afbakeningsvraagstukken in de eerder genoemde experimenten in Friesland en Rotterdam. Ik vind overigens dat niet alleen de aanspraken eenduidig dienen te zijn, het is ook belangrijk dat de indicatiestelling en de bekostiging eenduidig zijn ingericht.

Daarnaast loopt er nog een aantal andere activiteiten die ertoe bijdragen dat de AWBZ steeds meer wordt gericht op die mensen waar deze eigenlijk voor was bedoeld. De betere afbakening met andere domeinen, bijvoorbeeld de jeugdzorg, draagt hieraan bij. Zo heeft de Taskforce Linschoten een rapport aan de minister voor Jeugd en Gezin en mij uitgebracht over jeugd. Het rapport heb ik u onlangs samen met de minister voor Jeugd en Gezin aangeboden¹. Een van de aanbevelingen was dat alle indicatiestellers, dus het CIZ en Bureau Jeugdzorg (BJZ), op dezelfde manier gaan werken, zodat onbedoeld gebruik tot een minimum wordt beperkt. Daarbij komt er één protocol voor licht verstandelijk gehandi-

¹ Kamerstukken II 2008–2009, 30 597, nr. 48.

capten (LVG-protocol), zodat de jeugdzorg beter kan beoordelen of een kind vanuit de AWBZ of de jeugdzorg geholpen kan worden.

Ten slotte wordt het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland voorbereid. De maatregelen in dit wetsvoorstel, en de daarmee samenhangende regelgeving, omvatten het aanscherpen van de regelgeving en het beperken van de huidige mogelijkheden om in het buitenland zorg die vanuit de AWBZ gefinancierd is te ontvangen. Zij zijn een uitwerking van de brief die ik u op 18 september 2007 heb gestuurd¹. De maatregelen die met dit wetsvoorstel worden voorgesteld hebben niet primair tot doel om een kostenbesparing te realiseren, maar om moeilijk beheersbare ontwikkelingen in de toekomst te voorkomen.

4. Stimuleren van transformatie langdurige zorg sector

Om het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen zoals ik die in deze brief heb geschetst, moet langdurige zorg de komende periode geleidelijk een transformatie doormaken. Veranderingen zijn nooit gemakkelijk, niet voor de sector, niet voor cliënten en niet voor de samenleving. Om de benodigde transformatie gestalte te geven, wil ik het volgende doen. De afgelopen jaren zijn diverse ontwikkel- en verbeterprogramma's in de langdurige zorg vormgegeven. Voorbeelden zijn het Nationaal Ouderenprogramma, het Transitieprogramma langdurige zorg, het Landelijk Dementie Programma en Zorg-voor-beter. Deze programma's hebben gemeenschappelijk dat zij nieuwe kennis ontwikkelen die noodzakelijk is voor deze transformatie. Voor een belangrijk deel is het nu al mogelijk om hetgeen is ontwikkeld en beproefd in deze programma's, breder in de praktijk te brengen. Daarnaast ontstaat de benodigde kennis in het veld. In deze brief zijn daaromtrent diverse voorbeelden genoemd. Op het eerder genoemde congres «Yes, we Care!» op 5 juni 2009, is een gelijknamig programma aangekondigd waarin de instellingen in de langdurige zorg worden gestimuleerd om deze kennis te implementeren. Ik zal u nog voor de zomer hierover nader informeren.

5. Tot slot

Met deze brief heb ik u een nadere uitwerking gegeven van de toekomst van de AWBZ, zoals gevraagd met de motie Wiegman c.s. De komende tijd zal er veel inspanning nodig zijn om de zaken die ik belangrijk vind voor de langdurige zorg ook daadwerkelijk te realiseren. Daarbij zal ik steeds het belang van de kwaliteit van het bestaan van cliënten en het respect voor de professionaliteit van de zorgverleners in ogenschouw nemen.

De AWBZ maakt het mogelijk dat zorg aan de meest kwetsbaren kan worden geleverd. De mensen die zijn aangewezen op (langdurige) zorg moeten geen hinder ondervinden van de systemen die zijn gemaakt om in die zorg te voorzien. De toekomst van de AWBZ wordt bepaald door de zorgvraag van de meest kwetsbaren, het zorgaanbod dat de professionals daar tegenover kunnen stellen en de solidariteit die de samenleving hiervoor kan opbrengen.

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

¹ Kamerstukken II 2007–2008, 30 597, nr. 13.