

Vergaderjaar 2009–2010

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 134

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 februari 2010

1. Inleiding

Uw kamer en ik hebben al meerdere malen gedebatteerd over de toekomst van de langdurige zorg. Onder andere aan de hand van brieven waarin ik mijn visie heb beschreven, namelijk «Zeker voor zorg, nu en straks»¹ en «Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ»². Tijdens de begrotingsbehandeling 2010 hebben enkele van uw leden aangegeven wederom behoefte te hebben aan een brief over mijn visie op de langdurige zorg. In reactie daarop heb ik allereerst aangegeven met welke ambitieuze veranderingsagenda ik, in lijn met het SER-advies, bezig ben. Daarnaast heb ik u gezegd dat ik u deze nu voorliggende brief zou sturen, waarin ik mijn eerder beschreven visie in het kort weergeef en vertaal naar de bekostiging van de AWBZ-zorg. Bij alle veranderingen die ik doorvoer om ervoor te zorgen dat de AWBZ er ook op de langere termijn voor de meest kwetsbare mensen is, staat voor mij de versterking van de relatie tussen cliënt en professional c.q. mantelzorger voorop. De bekostiging moet, als belangrijk instrument binnen de AWBZ, het versterken van die relatie mede ondersteunen. De inzet is daarbij dat de bekostiging geen belemmering vormt en de cliënten en professionals stimuleert om hun eigen verantwoordelijkheid waar te kunnen maken.

Nadat ik mijn visie nog eens heb samengevat, zal ik in paragraaf 3 aangeven dat adequate bekostiging belangrijk is om goede zorg voor de meest kwetsbare mensen te realiseren. In de paragrafen daarna zal ik ingaan op een aantal specifieke onderwerpen. Omdat deze brief een agenderend karakter heeft, beschrijf ik in paragraaf 4, 5 en 6 dat ik in de komende maanden een aantal onderzoeken laat uitvoeren en gesprekken met veldpartijen aanga om vervolgens te kunnen bepalen welke verdere stappen ik wil zetten. Dit doe ik omdat ik hecht aan zorgvuldigheid.

In paragraaf 4 zal ik aangeven dat mensen in principe zorg moeten krijgen in de omgeving waar zij dat willen. Conform mijn toezegging³ zal ik in die paragraaf aangeven welke grenzen er nu zijn verbonden aan zorg die mensen in de thuissituatie krijgen en tevens het debat starten over de

¹ TK 2007–2008, 30 597, nr. 15.

² TK 2008–2009, 30 597, nr. 73.

³ TK 2008–2009, 30 597, nr. 96.

vraag of die grenzen de juiste zijn. Vervolgens beschrijf ik in paragraaf 5, zoals ik tijdens een algemeen overleg op 18 juni 2008 heb toegezegd, hoe ik de cliënten een steviger rol wil geven bij de persoonsvolgende bekostiging, zonder dat dit leidt tot calculerend gedrag. In die paragraaf beschrijf ik ook kort de positie van de functie behandeling in de zorgzwaartebekostiging. Dat onderwerp staat uitgebreider beschreven in bijlage 1¹. In paragraaf 6 geef ik aan dat het persoonsgebonden budget (pgb) een belangrijk instrument is, maar dat het niet voor iedereen even geschikt is. Daarom kondig ik aan dat ik met behulp van onderzoek keuzes zal gaan maken ten aanzien van de vraag voor wie het pgb bedoeld is. In die paragraaf reageer ik op diverse moties en toezeggingen. Ik sluit de brief af met een concluderende passage in paragraaf 7.

2. Visie

Ongeveer 600 000 mensen in onze samenleving zijn aangewezen op langdurige zorg. Het gaat om mensen die kwetsbaar zijn en door hun beperkingen in hun dagelijks leven belemmerd worden. Zij krijgen thuis (380 000) of in een instelling (220 000) zorg die vanuit de AWBZ wordt gefinancierd, maar daarnaast vaak ook vanuit de Zorgverzekeringswet, de Wmo (gemeente) en de Wet op de jeugdzorg (provincie). Ik denk bijvoorbeeld aan een dementerende oudere die zelfstandig kan wonen door de inzet, zorg en aandacht van zijn of haar mantelzorgers. Met enige regelmaat bezoekt deze oudere de huisarts en soms ook een medisch specialist (Zvw). Daarnaast krijgt hij of zij een aantal uren per week verzorging vanuit de AWBZ, elke dag een maaltijd en een aantal uren per week huishoudelijke hulp (Wmo). Om deze kwetsbare cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen in hun dagelijks leven, moeten het aanbod en de bekostiging vanuit de verschillende wettelijke stelsels elkaar aanvullen en vloeiend in elkaar over lopen.

Zeker van zorg, nu en straks

Het is een verworvenheid dat voor iedereen die zeer kwetsbaar is, en daardoor een onbetwistbare behoefte heeft aan langdurige zorg, de AWBZ beschikbaar is en blijft. Ons op solidariteit gestoelde zorgstelsel maakt dat mogelijk. Solidariteit betekent in de langdurige zorg dat wij met z'n allen mogelijk maken dat de zeer kwetsbare mensen in onze samenleving de zorg krijgen die zij nodig hebben. Aan solidariteit hangt een prijskaartje en daaraan is ook een zekere grens verbonden. Daarbinnen moet solidariteit leiden tot een gelijke en rechtvaardige inzet van de zorg bij een gelijke zorgbehoefte van cliënten. Daartoe is een onafhankelijke en objectieve toegang tot de AWBZ in de vorm van de indicatiestelling cruciaal.

In mijn brief «Zeker van zorg, nu en straks», waarin ik mijn reactie op het SER-advies over de toekomst van de AWBZ heb gegeven, heb ik aangegeven dat maatregelen noodzakelijk zijn om de solidariteit, en daarmee de zorg voor de aller kwetsbaarste mensen, te kunnen behouden. In die brief heb ik een ambitieuze agenda aangekondigd, die ik momenteel aan het uitvoeren ben. Die agenda bestaat uit uitdagingen zoals het versterken van de positie van de cliënt², het vergroten van keuzevrijheid en diversiteit in wonen, het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van innovatie, het bestendigen van de solidariteit en houdbaarheid en het verminderen van de bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering. In de wetenschap dat goede zorg uiteindelijk bepaald wordt door de interactie tussen cliënt en professional op de werkvloer en dat de verbeteringen daarom ook op de werkvloer vorm moeten krijgen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² In veel gevallen gaat het hier ook om een vertegenwoordiger van de cliënt, bijvoorbeeld de partner of kinderen. Waar cliënt staat, kan dus tevens vertegenwoordiger worden bedoeld.

3. Belang van adequate bekostiging

Of de meest kwetsbare mensen die zorg nodig hebben deze ook daadwerkelijk tijdig, passend en goed krijgen, is onder andere afhankelijk van de wijze waarop deze zorg wordt bekostigd. De bekostiging is een instrument dat adequaat moet zijn om het aanbod van de noodzakelijke zorg tot stand te laten komen. Bij de vormgeving van de bekostiging, meer specifiek het verdelen van de middelen die er beschikbaar zijn en het bepalen van de prikkels, toets ik of voldaan wordt aan de uitgangspunten voor de zorg en ondersteuning aan de meest kwetsbare mensen, zoals ik die ook in mijn brief van 12 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 73) heb beschreven, namelijk dat:

- hún wensen en behoeften centraal staan;
- zij de regie over het eigen leven zoveel mogelijk behouden;
- er een goede samenhang tussen zorg en welzijn moet zijn;
- er een goede samenhang tussen cure en care moet zijn.

Om dit te bereiken, is het nodig om ook tussen de verschillende wetten van waaruit cliënten in zorg worden voorzien eenduidigheid in de bekostiging te realiseren. In de afgelopen periode hebben we ontdekt dat op de grenzen onduidelijkheid en vervelende situaties kunnen ontstaan, zoals rondom de huishoudelijke verzorging/hulp en het volledig pakket thuis (AWBZ en Wmo) en de ziekenhuisverplaatste zorg (Zvw en AWBZ). In deze brief wil ik het onderwerp van de aansluiting *tussen* de wetten verder buiten beschouwing laten en mij richten op de bekostiging *binnen* de AWBZ. Ik bericht u, samen met de minister van VWS, over de aansluiting tussen de Zvw, de AWBZ en de Wmo in het voorjaar van 2010, zoals ook aan de orde is geweest tijdens de begrotingsbehandeling 2010.

4. Zorg thuis, zolang dat kan

In principe vind ik dat mensen in een eigen gekozen leefomgeving, meestal thuis, zorg moeten krijgen. Dit heb ik ook in mijn brief over het scheiden van wonen en zorg geschreven¹. Van lichte vormen tot zwaardere vormen van zorg, eventueel in combinatie met zorg vanuit de Zorgverzekeringswet en Wmo, moet dit kwalitatief goed en betaalbaar gerealiseerd worden. Dat iemand zorg nodig heeft, betekent immers niet dat iemand de regie over de leefsituatie en woonomgeving hoeft kwijt te raken. Er is echter een punt waarop de behoefte van iemand aan zorg, toezicht en/of bescherming zo groot kan zijn, dat een beschermde woonomgeving nodig is. Dit kan bijvoorbeeld wanneer iemand niet meer op mantelzorg kan terugvallen, waardoor zelfstandig wonen niet meer mogelijk is of 24-uurstoezicht nodig is.

Eerder heb ik met u, onder andere tijdens een algemeen overleg op 17 juni (kamerstuk 30 597, nr. 98), gesproken over de vraag of er grenzen verbonden zijn aan de zorg die bij iemand die zelfstandig woont wordt verleend. Wanneer over deze grenzen wordt gesproken, gaat het zowel over grenzen aan kwaliteit van de geboden zorg, de beschikbare collectieve middelen en de mogelijkheden die de arbeidsmarkt biedt. Ik had u toegezegd in het najaar van 2009 mijn visie hierop te zullen geven. Dat doe ik met deze brief.

Het simpele antwoord op de vraag of er grenzen zijn, is ja, die grenzen zijn er. Ze zijn in de huidige regelgeving vastgelegd. Mensen krijgen op een zeker moment een indicatie met recht op verblijf en kunnen er dan voor kiezen om in een instelling te verblijven of zelfstandig te blijven wonen. De grens die bepaalt of iemand recht heeft op verblijf, betekent niet automatisch dat mensen in een instelling moeten verblijven. Door de keuzevrijheid in de huidige situatie ontstaan verschillen tussen mensen. Die

¹ TK 2008–2009, 30 597, nr. 78.

verschillen leiden soms tot de vraag of deze wenselijk zijn. Als iemand er voor kiest om zelfstandig te blijven wonen, dan krijgt iemand zorg in natura (soms in de vorm van een volledig pakket thuis) of een pgb dat tot op zekere hoogte (van origine 75% van de vergoeding voor zorg in natura) de kosten vergoedt.

De vraag die u en ik ons zelf moeten stellen, is wat we vinden van de grenzen die de huidige regelgeving stelt. Zijn ze goed of geven ze teveel of te weinig ruimte? Wat vinden we ervan als iemand in een instelling wil verblijven, maar dat op basis van zijn zorgzwaarte (nog) niet mag en wat vinden we van het tegenovergestelde, namelijk dat iemand met een (zeer) hoge zorgzwaarte toch zelfstandig wil blijven wonen? Bij het bepalen van het antwoord spelen veel factoren een rol. Het is bijvoorbeeld niet reëel dat elk huis ingericht wordt als een verpleeghuis. In de toekomst ontstaat een tekort aan arbeidskrachten in de zorg, waardoor niet in elk huis waar iemand zware AWBZ-zorg nodig heeft altijd een verpleegkundige kan zijn. Daarbij zal de overheid de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk willen inzetten om de noodzakelijke zorg te kunnen realiseren en moet de kwaliteit van zorg goed zijn.

Tegelijkertijd kunnen we niet zomaar voor mensen bepalen hoe zij moeten leven wanneer zij zorg nodig hebben. De kwaliteit van leven die van groot belang is in de langdurige zorg, wordt immers mede bepaald door de mate waarin tegemoet wordt gekomen aan individuele wensen van cliënten ten aanzien van zorg en leefsituatie.

Dat aan de individuele wensen van cliënten in de huidige praktijk grenzen worden gesteld, beschreef Kamerlid Van Miltenburg onlangs tijdens het algemeen overleg op 3 december 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 132) over zorgzwaartebekostiging. Het betrof een echtpaar, waarvan de partners een verschillende zorgzwaarte hebben, waardoor de ene partner in een instelling werd opgenomen en de andere partner daar niet kon worden opgenomen. De uitwerking van de huidige regelgeving in dit soort situaties werpt de vraag op of wij iets aan die regelgeving willen veranderen. Om een antwoord te kunnen geven op de vraag over de grenzen aan zorg heb ik meer gegevens nodig. Daarom wil ik laten onderzoeken hoe groot de groep mensen is die met een recht op verblijf toch zelfstandig blijft wonen, wat dat voor mensen zijn welke karakteristieken ze hebben, wat voor soort zorg zij krijgen en wat de reden is van hun keuze. Ik wil tevens laten onderzoeken of de grens voor het recht op verblijf juist gesteld is, of dat deze zou moeten verschuiven naar een lichtere of zwaardere behoefte aan zorg, toezicht en/of bescherming. Dit alles helpt mij om inzicht te verkrijgen in de uitwerking van de huidige grenzen en kaders, waarbij kwaliteit, arbeidsmarkt en doelmatigheid belangrijke aspecten zijn, en te beslissen over eventuele aanpassingen.

Richting van beleid

Vooruitlopend op de uitkomsten van het genoemde onderzoek, vind ik het belangrijk om u te laten weten welke richting mijn gedachten uitgaan. Ik vind het belangrijk dat cliënten keuzevrijheid hebben ten aanzien van hun woonsituatie, ook wanneer zij een recht op verblijf hebben. De wensen van de cliënt en de kwaliteit van leven die voor het individu bereikt kan worden, zijn wat mij betreft leidend. Daar is echter onlosmakelijk aan verbonden dat deze keuzevrijheid gevolgen heeft. Ik vind het daarom belangrijk dat het voor mensen voorafgaand aan het keuzemoment duidelijk is welke gevolgen hun keuze kan hebben.

De wensen van de cliënt en de situatie waarin deze verkeert zijn bepalend voor de vraag wat in zijn of haar situatie de optimale keuze is. Wanneer de cliënt kiest voor een intramurale setting, dan heeft dit bijvoorbeeld gevolgen voor de mate van privacy. Wanneer de cliënt zelfstandig blijft

wonen, is de privacy vaak beter gewaarborgd. In een instelling kunnen echter wel meer collectieve arrangementen gerealiseerd worden, zoals bijvoorbeeld activiteiten, maar ook nachttoezicht. Daarnaast bieden de meeste instellingen tegen betaling aanvullende diensten, zoals luxe diner à la carte, hulp bij de administratie en collectieve verzekeringen. Wanneer iemand ervoor kiest om zelfstandig te blijven wonen met gebruik van zorg in natura, dan is het voordeel dat de cliënt in de vertrouwde omgeving kan blijven en meer privacy heeft. Het betekent echter wel dat bijvoorbeeld het toezicht op een andere wijze gerealiseerd moet worden en dat de cliënt minder gebruik kan maken van de (veelal goedkopere) collectieve voorzieningen die een instelling aanbiedt. De cliënt regelt en betaalt het wonen en leven in deze situatie zelf. Voor iemand die kiest voor een pgb, geldt eveneens het voordeel van het zelfstandig blijven wonen. Het bijkomende voordeel is dat een pgb-houder als werkgever zelf de zorg kan inkopen en dus zelf bepaalt wat hij van wie aan zorg wil ontvangen. Als de cliënt niet tevreden is, kan hij zelf het contract met de zorgverlener ook weer beëindigen. De cliënt is daarbij niet uitsluitend aangewezen op de zorg die geleverd wordt door toegelaten instellingen. Het nadeel kan echter zijn dat het pgb-budget dat daarvoor vanuit het collectief beschikbaar wordt gesteld niet toereikend is om alle gewenste zorg te realiseren. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat er niet altijd iemand is om toezicht te houden, terwijl dat op basis van de geïndiceerde zorgbehoefte wel wenselijk zou zijn.

Omdat de wijze waarop de zorg geleverd wordt ook gevolgen heeft voor de bekostiging, wil ik laten onderzoeken hoe de kosten van deze drie mogelijkheden tot het verzilveren van de zorg zich in de toekomst financieel tot elkaar zouden moeten verhouden om de keuzevrijheid en de mogelijkheden van de cliënt om wonen, zorg en welzijn optimaal te combineren te vergroten. Ik wil daarbij ook laten kijken naar de vraag wát een cliënt in de drie situaties vergoed zou moeten krijgen. De eigen bijdragen maken hier vanzelfsprekend onderdeel van uit.

Een divers aanbod, dat aansluit bij de vraag

De vraag van de cliënt en het aanbod van wonen, zorg en welzijn moeten bij elkaar aan kunnen sluiten. Mijn overtuiging is dat er, door de grotere vrijheid van investeringen voor bouw en de grotere vrijheid van de cliënt om de zorgaanbieder en zorg te kiezen, op termijn een variëteit van zowel zelfstandig als onzelfstandig wonen ontstaat. Een voldoende ruim aanbod is onmisbaar om de keuzevrijheid tot zijn recht te laten komen. Deze diversiteit doet recht aan de verschillen die er nu eenmaal tussen gebruikers van de AWBZ bestaan. Zo vind ik het bijvoorbeeld begrijpelijk dat iemand die relatief jong is en met een partner en/of gezin leeft en een progressieve ziekte heeft of door een ongeluk of aandoening lichamelijke gehandicapt is geraakt waardoor hij/zij in toenemende mate beperkt zelfredzaam is, zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Voor iemand die zodanig dement is dat de zelfredzaamheid ernstig is aangetast, maar wel zelfstandig woont of te maken heeft met een mantelzorger die overbelast is of dreigt te raken, kan zelfstandig wonen een te grote opgave zijn, waardoor een indicatie met het recht op verblijf uitkomst biedt.

Samenvatting concrete activiteiten

Om tot gedegen besluitvorming te kunnen komen ten aanzien van de grenzen aan zorg thuis, start ik een traject om een geschikte partij de opdracht te verlenen één of meerdere onderzoeken te laten verrichten naar:

- de omvang van de groep mensen die met een recht op verblijf toch zelfstandig blijft wonen;

- welke algemene karakteristieken voor deze mensen te benoemen zijn;
- wat voor soort zorg zij krijgen;
- wat de reden is van hun keuze;
- de vraag of de grens voor het recht op verblijf juist gesteld is, en
- de vraag hoe bij een indicatie voor verblijf de kosten en de vergoeding van zorg in natura in een instelling, zorg in natura in een zelfstandige woonsituatie en het persoonsgebonden budget kosten zich in de toekomst financieel tot elkaar zouden moeten verhouden.

Gedurende het jaar zal ik het onderzoek volgen en waar mogelijk al gebruik maken van de gegevens die beschikbaar komen bij tussenrapportages. Ik verwacht u in het najaar van 2010 over de definitieve uitkomsten van het onderzoek te kunnen berichten en zal u dan ook laten weten welke betekenis dit heeft voor het beleid.

5. Persoonsvolgende bekostiging

Met de introductie van de zorgzwaartepakketten in de intramurale zorg (ZZP's) is een belangrijke stap gezet naar een bekostiging die de cliënt volgt: de persoonsvolgende bekostiging (PVB). PVB is een instrument om de vergoeding aan de zorgaanbieder direct te koppelen aan de zorgkosten die voor een bepaalde cliënt worden gemaakt. Hierbij is de hoogte van de vergoeding gekoppeld aan de zorgzwaarte van de cliënt. Het pgb blijft naast PVB bestaan.

Ik moet echter ook constateren dat, onze inspanningen ten spijt, de huidige bekostiging nog onvoldoende ondersteunend is voor «zorg in de vertrouwde omgeving». Dit komt onder meer doordat er in de huidige situatie nog geen vloeiende overgang bestaat tussen de bekostiging van intramurale zorg en zorg die in een zelfstandige woonsituatie wordt gegeven. Wanneer ik recht wil doen aan de behoeften van cliënten zou de ontwikkeling van PVB idealiter niet bij de zorg die met verblijf gepaard gaat beginnen. Redeneren vanuit de startsituatie, waarbij mensen zelfstandig wonen en zorg krijgen, is een logischere weg.

Dit kan bereikt worden door in de bekostiging het startpunt te leggen bij de zorg in de zelfstandige woonsituatie. Ik streef ernaar een vloeiende lijn van zorgpakketten te realiseren die loopt vanaf de lichtste behoefte aan zorg tot de zwaardere behoefte aan zorg. De keuze voor zelfstandig of niet zelfstandig wonen hangt daarbij af van wat de cliënt wil, waarbij alleen de cliënten met de zwaarste behoefte aan zorg, toezicht en/of bescherming aanspraak kunnen maken op niet-zelfstandig wonen. De bekostiging moet daarbij aansluiten.

De zorgpakketten voor cliënten in de langdurige zorg zijn gebaseerd op de zorgbehoefte van vergelijkbare cliënten (cliëntprofielen) en zijn een uitwerking van de aanspraken in de indicatiestelling. Een zorgpakket is dus een weergave van de zorgbehoefte van mensen met een vergelijkbare zorgzwaarte. Het pakket moet de cliënt ook in staat stellen om daarbinnen de door de cliënt gewenste zorg en zorgaanbieder(s) te kiezen. Er moet kortom maatwerk zijn bij het krijgen van de zorg. Met zorgpakketten moet het voor de cliënt mogelijk worden om onderdelen van het pakket onderling uit te wisselen (substitutie) en onderdelen bij verschillende zorgaanbieder(s) te verkrijgen. Met het persoonsgebonden budget is dit al mogelijk. Om zorgzwaartepakketten te kunnen gebruiken in de bekostiging, kan worden voortgebouwd op de ZZP's die zijn geïntroduceerd en de extramurale zorgzwaartepakketten die momenteel worden ontwikkeld (EZP's).

Een belangrijke stap bij de verdere introductie van PVB is dat de cliënt een steviger rol krijgt. Over het verstevigen van deze rol gaat mijn uiteenzetting hieronder met name. In de samenleving bestaat breed draagvlak om bij de invulling van de zorg de cliënt zelf een centrale rol te geven, door

middel van onder andere informatievoorziening over het zorgarrangement, grotere keuzevrijheid en het zorgplan. In de meest vergaande variant krijgt de cliënt na de indicatie te horen welke budgetruimte hij of zij heeft en kan daarmee zelf de zorgcomponenten afspreken met de zorgaanbieder(s).

Met PVB staat de vraag centraal en niet langer het aanbod. Het centrale doel van de PVB is immers om cliënten een grotere rol te geven bij de aansluiting van het zorgaanbod op de behoefte van de cliënt. Onderliggende doelen daarbij zijn:

- **Keuzevrijheid voor cliënten bij de:**
 - zorginkoop: bij welke aanbieder(s);
 - zorglevering: welke zorg binnen de ruimte die de geïndiceerde zorg biedt;
- **Stimulans voor aanbieders om te komen tot:**
 - een meer op de cliënt toegespitst zorgaanbod;
 - een efficiëntere werkwijze.
- **Faciliterende rol voor zorgkantoor/zorgverzekeraar:**
 - het zorgkantoor ondersteunt de cliënt bij het verkrijgen van goede zorg.

Bij het vergroten van de rol van de cliënt denk ik in de huidige uitwerking niet aan een variant waarbij de cliënt zelf de financiële afwikkeling van de zorginkoop op zich neemt. Er wordt dus niet voorzien in modellen van PVB waarbij de cliënt, net als bij het pgb, een bedrag op de eigen rekening ontvangt, dat men zelf mag uitgeven en moet verantwoorden. Dit is mede ingegeven door mijn uitgangspunt, dat de introductie van PVB niet mag leiden tot calculerende zorggebruikers. Het gaat immers niet zozeer om de aan de zorgzwaarte gekoppelde vergoeding, maar juist om de omvang en kwaliteit van de geleverde zorg. Bij de huidige ZZP's is al flexibiliteit ingebouwd, die de cliënt en de zorgaanbieder kunnen benutten bij het gezamenlijk bepalen van de inhoud van het zorgplan.

Een steviger rol van de cliënt binnen de PVB kan de vorm aannemen van een vergoedingsbon of een trekkingsrecht. Aan beide modaliteiten kan men ook de term «voucher» verbinden. In mijn brief aan uw Kamer van 12 juni 2009 heb ik deze mogelijkheid reeds genoemd en aangegeven dat nadere verkenning van deze mogelijkheid zal moeten plaatsvinden. In het algemeen overleg van 18 juni 2009 over de toekomst van de AWBZ hebben vooral mevrouw Wiegman en de heer De Vries gewezen op de wenselijkheid van introductie van dit instrument in het kader van de PVB. Er zijn verschillende studies uitgevoerd naar de vormgeving van een «vouchersysteem»¹. Uit deze onderzoeken komt het beeld naar voren dat een papieren voucher administratief belastend is en complex is vorm te geven (fraudegevoeligheid). Gezien de eerdere onderzoeken is de vorm van het instrument PVB dat mij nu voor ogen staat:

«een elektronisch geregistreerd trekkingsrecht, dat door de cliënt kan worden benut om afspraken te maken met één of meerdere zorgaanbieders»

In dit model zal een organisatie de trekkingsrechten beheren en de feitelijke betalingen verrichten. Bij een lichtere variant wordt niet uitgegaan van trekkingsrechten die op geld zijn gewaardeerd, maar is sprake van helder omschreven zorgaanspraken. In dat geval is de vormgeving van PVB:

«een elektronisch geregistreerde set van aanspraken, die door de cliënt kan worden benut om afspraken te maken met één of meerdere zorgaanbieders»

¹ Onder meer ITS, 2006: «Betekenis van een vouchersysteem voor de reductie van administratieve lasten».

In het algemeen overleg van 18 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 99) hebben mevrouw Wiegman en de heer De Vries aangedrongen op een experiment om de instrumenten in het kader van de PVB in de praktijk te testen. Deze suggestie heb ik graag overgenomen. Beide varianten zullen in de praktijk worden uitgeprobeerd. De eerste variant met op geld gewaardeerde vouchers zal worden getest door ActiZ en LOC in de sector voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Een plan van aanpak is in voorbereiding. Het beoogde pilotjaar is 2011. De tweede variant met aanspraken wordt in de periode september 2009-december 2010 getest in Drenthe bij de intramurale zorg aan verstandelijk gehandicapten (VGN en CG-raad, zie kader).

Het uitvoeren van de pilots biedt de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in de dilemma's die nog verbonden zijn aan de introductie van één van beide varianten.

Zo zal aandacht worden besteed aan de volgende aspecten:

- hoe kan worden voorkomen dat de introductie leidt tot calculerende cliënten?
- zijn de geteste instrumenten geschikt voor alle cliënten en op welke wijze moeten cliënten worden ondersteund bij het keuzeprocess?
- op welke wijze kan een balans worden gevonden tussen de keuzevrijheid van cliënten en de grenzen die door het zorgkantoor worden gesteld in het kader van de contractering?
- evenwicht tussen gezamenlijke activiteiten en individuele begeleiding

Project Drenthe

In Drenthe is een proefproject PVB gestart voor cliënten met een verstandelijke beperking. Doel voor cliënten is dat zij een keuze (uit meerdere alternatieven) kunnen maken. Dit houdt in dat zij uit het aanbod een gerichte selectie maken en bij één of meerdere zorgaanbieders een «offerte» aanvragen, waaruit zij dan een keuze maken voor het aanbod dat het beste bij hun wensen aansluit.

Binnen het project wordt de cliënt die een indicatie heeft gekregen door het zorgkantoor geïnformeerd over de mogelijkheden in de provincie Drenthe, de keuzemogelijkheden en de mogelijkheden voor ondersteuning bij het kiezen. Vervolgens oriënteert de cliënt zich met deze informatie op het zorgaanbod en neemt contact op met mogelijke zorgaanbieders voor een nadere oriëntatie.

Bij één of meerdere zorgaanbieders vraagt hij – gegeven zijn indicatie – een «offerte» voor het bieden van een passend zorgaanbod. De cliënt maakt zijn keuze voor de zorgaanbieder en tekent een zorgovereenkomst. Voor zorgaanbieders geldt dat zij geprikkeld worden tot het leveren van doelmatige en kwalitatief goede zorg in de vorm van een zorgarrangement dat past bij de indicatie en de voorkeur van de cliënt, vastgelegd in een (verplicht) zorgplan. In dit experiment is het ook mogelijk dat de cliënt de dagbesteding afneemt bij een andere aanbieder dan waaraan hij voor de woon/zorgfunctie is verbonden.

Het project is 1 september 2009 gestart en eindigt 31 december 2010, waarna de ervaringen geëvalueerd zullen worden. Dit levert informatie op voor mogelijke verdere landelijke invoering.

Het systeem van PVB zal worden uitgevoerd binnen de huidige kaders, met de indicatiestelling door het CIZ en regionale AWBZ-budgetten. Er is een belangrijke rol weggelegd voor zorgkantoren, en vanaf 2012 eventueel de zorgverzekeraars, om cliënten te ondersteunen bij hun keuzeprocess. Voor cliënten zijn de keuzes niet onbegrensd, omdat het zorgkantoor rekening moet houden met de budgettaire kaders. Het ligt in de rede dat zorgkantoren een centrale rol op zich nemen om de rechten en afspraken van de cliënten te registreren. Zij zullen ook een rol spelen bij het zorginkoopproces door bijvoorbeeld raamafspraken te maken met de zorgaanbieders, waarin nader wordt ingegaan op onder meer kwaliteit-

seisen en de eventuele differentiatie in tarieven afhankelijk van de te leveren zorg. De cliënt wordt dan door het zorgkantoor geïnformeerd over de omvang van het trekkingsrecht en de zorgaanbieders waarmee het zorgkantoor een contract heeft afgesloten. Daarbij wordt ook ingegaan op de aard en de kwaliteit van de beschikbare zorg per zorgaanbieder. De cliënt zal vervolgens samen met de zorgaanbieder afspraken maken over de inhoud van de te leveren zorg en deze afspraken vastleggen in een zorgplan. Het zorgkantoor dient zich aan te sluiten bij de keuze van de cliënt en zal het ook mogelijk moeten maken dat vergoeding van de geleverde zorg plaatsvindt bij zorgaanbieders die niet op voorhand door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Daarbij is het wel denkbaar dat aanvullende voorwaarden worden verbonden aan de vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieders.

Nadat de zorg daadwerkelijk is geleverd, krijgt de zorgaanbieder een vergoeding voor zover het elektronisch vastgelegde trekkingsrecht niet wordt overschreden. Daarbij wordt rekening gehouden met de afspraken die door het zorgkantoor en de zorgaanbieders op voorhand zijn gemaakt. Indien de uitvoering van de AWBZ wordt overgedragen aan zorgverzekeraars, dan kan de zorgverzekeraar de taken van het zorgkantoor overnemen en zou ook de betaalfunctie kunnen overgaan naar de zorgverzekeraar. Over de stand van zaken ten aanzien van de uitvoering van de AWBZ bent u met een aparte brief geïnformeerd¹.

De rol van de cliënt binnen de PVB dient nog verder te worden uitgewerkt. Samen met de cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten wil ik dit begin 2010 verder verkennen.

Behandeling in verzorgings- en verpleeghuizen en gehandicaptenzorg

Met de introductie van zorgzwaartebekostiging is weliswaar een eerste stap gezet naar PVB, maar er bestaat nog een tweedeling in de bekostiging van de component behandeling in de sector Verpleging en Verzorging (V&V) en de gehandicaptensector als gevolg van het vigerende toelatingsbeleid. Ik heb uw Kamer eerder tijdens een algemeen overleg op 30 juni 2009 (kamerstuk 30 597, nr. 102) over de invoering van de zorgzwaartebekostiging toegezegd om u nog in 2009 te informeren over de wijze waarop ik in de toekomst wil omgaan met de bekostiging van de component behandeling in de zorgzwaartepakketten. In bijlage 1 ga ik hier nader op in.

Samenvatting concrete activiteiten

Om de rol van de cliënt in de PVB te kunnen verstevigen, zal ik de komende periode het volgende doen:

- uitvoeren van een pilot met aanspraken in de periode tot december 2010 bij de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten in Drenthe;
- voorbereiden van een pilot die in 2011 start met op geld gewaardeerde vouchers in de VV&T-sector;
- begin 2010 in contact treden met cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland en gemeenten om de verdere uitwerking van PVB verder te verkennen, en
- na overleg met veldpartijen in het voorjaar van 2010 een standpunt bepalen over hoe om te gaan met de component behandeling in zorgzwaartepakketten.

¹ Brief van 21 december 2009, kamerstuk 30 597, nr. 128.

6. Persoonsgebonden budget (pgb)

Het pgb is de afgelopen jaren in populariteit, en dus in het aantal gebruikers, fors gegroeid. Waar in 2003, bij de introductie van het pgb-nieuwstijl, nog sprake was van 51 000 budgethouders, is dit aantal in het najaar van 2009 ruimschoots verdubbeld tot ruim 115 000. Dat is circa 19% van alle mensen die AWBZ-zorg krijgen. In eerste instantie maakten voornamelijk lichamelijk gehandicapten en mensen met een chronische ziekte gebruik van een pgb. De laatste jaren maken ook andere groepen AWBZ-cliënten, met name kinderen en mensen die geestelijke gezondheidszorg krijgen, gebruik van een pgb. Aan de pgb's wordt in 2010 ruim 2,1 miljard euro uitgegeven. Door de pakketmaatregel begeleiding ligt dit bedrag iets lager dan in 2009.

Intussen is er discussie ontstaan over wat de juiste doelgroep is voor het pgb, hoe de kwaliteit van de zorgverlening die wordt bekostigd met een pgb wordt gewaarborgd en de eenduidigheid van bekostiging tussen het pgb en zorg in natura. Tijdens een algemeen overleg op 18 juni 2009 over de toekomst van de AWBZ hebben wij hier ook al in verkennende zin over met elkaar van gedachten gewisseld. Ik ga in deze paragraaf op hoofdlijnen in op deze drie onderwerpen.

Doelgroep van het persoonsgebonden budget

Ik vind het pgb van groot belang. Het betekent vaak een verschil tussen afhankelijk leven en een zelfstandig leven. De cliënt heeft met het pgb een grotere keuzevrijheid gekregen en zijn positie is daarmee versterkt. De cliënt bepaalt zelf bij wie en wanneer hij zijn zorg inkoop. Dit kan bijvoorbeeld bij een (niet aan een instelling gebonden) persoon zijn, maar ook bij een niet toegelaten instelling.

De mensen die kiezen voor een pgb zijn idealiter goed in staat om zelf of via hun wettelijk vertegenwoordiger¹ de regie te voeren over hun zorginkoop en de verantwoording daarover. Zij moeten zelf bewust kunnen kiezen, het vermogen hebben om de administratie uit te (laten) voeren en het vermogen hebben om op een verstandige manier met geld om te gaan. Dat mag ook van budgethouders verwacht worden in ruil voor de vrijheid van handelen en de middelen die zij toegewezen krijgen. Ik zeg met nadruk dat mensen «idealiter» in staat moeten zijn dit alles te kunnen, omdat hier in de praktijk niet altijd sprake van is. Er zijn namelijk ook mensen die een pgb willen of hebben, maar niet of nauwelijks vanuit het bewustzijn dat zij hiermee kiezen voor «eigen regie» (een bemiddelingsbureau regelt voor hen bijvoorbeeld het traject rondom de zorginkoop). Er zijn ook mensen die het liefst zorg in natura zouden krijgen, maar kiezen voor een pgb omdat er bij zorginstellingen geen of geen goed aanbod voorhanden is. Ook kan het voorkomen dat de individuele zorgaanbieder niet in staat is gebleken om aanvullende productieafspraken met het zorgkantoor te maken, omdat het zorgkantoor in de regio zijn contracteer-ruimte al heeft vol gemaakt. Cliënten zouden in dat geval aangespoord kunnen worden een pgb te nemen.

Om het pgb duurzaam te maken is het nodig om ervoor te zorgen dat het pgb alleen door die mensen kan worden gebruikt voor wie het ook daadwerkelijk bedoeld is en bij wie het een meerwaarde (namelijk het kunnen voeren van eigen regie in de zorg) tot stand brengt. Zoals gezegd kan het pgb naast PVB blijven bestaan. Het pgb moet en kan dan echter wel terug naar de oorspronkelijke doelstelling. Daarnaast dienen zorgkantoren natuurlijk voldoende en kwalitatief goede zorg in te kopen. Als een instelling niet kan of wil voorzien in het leveren van voldoende zorg in natura, waardoor cliënten zijn genooddaakt voor een pgb te kiezen, dan zullen de partijen met elkaar in overleg moeten treden om de dynamiek van het

¹ Waar de cliënt als pgb-houder staat, wordt tevens de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld.

aanbod te bespreken en hieraan conclusies te verbinden om aan de zorgbehoefte van cliënten tegemoet te kunnen komen.

Op basis van de casuïstiek die zowel u als mij met enige regelmaat ter ore komt, durf ik de stelling aan dat alleen mensen die (aantoonbaar) over het vermogen beschikken om regie over hun eigen situatie te voeren, en daarmee laten zien verstandig en verantwoord met geld om te kunnen gaan, geschikt zijn om een pgb te ontvangen. Soms kunnen cliënten niet of in mindere mate omgaan met de verantwoordelijkheden die het hebben van een pgb met zich meebrengt. Voor sommige mensen is het beheren van een eigen rekening waarop het pgb wordt gestort feitelijk onmogelijk, juist vanwege hun zorgprobleem. Hierbij denk ik aan mensen met gedragsstoornissen, manifeste en latente verslavingsproblematiek en mensen – zonder dat zij adequaat kunnen worden vertegenwoordigd – met bepaalde psychiatrische problematiek. Ook twijfel ik aan het verstrekken van het pgb aan mensen die het moeilijk vinden om zelfstandig hun financiën te beheren en mensen met (grote) schulden die betrokken zijn bij trajecten in het kader van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen.

Alvorens ik definitieve keuzes maak die mogelijk ingrijpende gevolgen voor individuele cliënten hebben, wil ik samen met Per Saldo onderzoek laten doen. Er zijn de afgelopen jaren al de nodige evaluaties en onderzoeken met betrekking tot het pgb uitgevoerd. In aanvulling hierop moet dit onderzoek ons helpen om een weloverwogen en gedegen besluit te nemen over het op juiste gronden toekennen van een pgb aan AWBZ-clieñten. Het onderzoek is uitgezet en zal naar verwachting in het voorjaar van 2010 gereed zijn. Met dat onderzoek wil ik niet alleen de vraag beantwoord krijgen voor wie het pgb in de toekomst beschikbaar moet zijn, maar wil ik ook meer inzicht krijgen in de diversiteit onder de gebruikers (welke doelgroepen maken bewust gebruik van een pgb om hun eigen regie vorm te geven). Inzicht in de samenstelling van de huidige groep pgb-houders en in de achtergrond van hun keuze voor het pgb kan helpen om eventueel maatregelen te treffen die bijdragen aan het terugkeren naar de oorspronkelijke doelstelling van het pgb. Ook een internationale vergelijking van het pgb-instrument en de uitvoeringsstructuur zoals die in andere landen bestaat, komt in het onderzoek terug. Tenslotte zal het langere termijn vraagstuk rondom de (on)mogelijkheden van het pgb-instrument worden geschetst, rekening houdend met de visie op de AWBZ en de reeds ingezette ontwikkelingen van persoonsvolgende bekostiging en de mogelijke situatie dat de AWBZ vanaf 2012 door zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden wordt uitgevoerd. Daarbij zal ik ook de relatie leggen met het pgb in de Wmo en de Zvw.

Waarborgen voor de kwaliteit van met pgb ingekochte zorg

Wanneer cliënten gekozen hebben voor een pgb, dan zijn zij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die zij inkopen. Dit hoort bij het karakter van het pgb, dat uitgaat van de hierboven beschreven capaciteit om zelf regie te voeren over de inkoop en verantwoording. Kwalitatief verantwoorde zorg is cliëntgericht, veilig en doelmatig. Om de kwaliteit van de leveranciers zichtbaar te maken zijn er bij de zorg in natura indicatoren voor verantwoorde zorg, jaarrapportages en is er informatie over kwaliteit beschikbaar op www.kiesbeter.nl. De Stichting Keurmerk Zelfstandig Zorgverlener (STIZOZ) heeft inmiddels een keurmerk voor Zelfstandigen Zonder Personeel in de thuiszorg en overlegt over uitbreiding naar sociaal pedagogische hulp en kraamzorg. Dit keurmerk is op vrijwillige basis. Naar aanleiding van de motie Wolbert¹, die de regering verzoekt om de ontwikkeling van een keurmerk te stimuleren voor commerciële zorgaanbieders die zorg leveren die betaald wordt met

¹ TK 2008–2009, 30 597, nr. 54.

een pgb, ben ik in overleg getreden met Per Saldo om een dergelijk keurmerk te ontwikkelen voor niet WTZi-toegelaten zorgaanbieders (exclusief informele zorg) die zorg verlenen aan pgb-houders. Ik wil daarbij zoveel mogelijk aansluiten bij de indicatoren voor verantwoorde zorg en het STIZOZ-keurmerk. Mogelijk zijn er aanvullingen nodig op het gebied van communicatie en financiële transparantie voor de budgethouder, die als een aparte module toegevoegd zouden kunnen worden.

Sommige pgb-houders laten zich ondersteunen door een bemiddelingsbureau dat hen helpt bij administratieve diensten, advies geeft en bemiddelt. Om het kaf van het koren te scheiden, en om de pgb-houders te helpen een juiste keuze te maken wanneer zij kiezen voor een bemiddelingsbureau, heeft Per Saldo mij in juni 2009 een gedragscode voor deze bureaus aangeboden. Na het verschijnen van de gedragscode voor bemiddelingsbureaus heeft Per Saldo subsidie gevraagd voor het ontwikkelen en in de markt zetten van een keurmerk voor deze bureaus. Het traject van subsidieverlening is inmiddels nagenoeg afgerond. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie De Vries en Wolbert¹.

Eenduidige bekostiging pgb en zorg in natura

De keuze voor een pgb moet een vrijwillige keuze zijn. De bekostiging mag daarbij niet een motivatie zijn, maar ook geen belemmering. Dit geldt zeker wanneer sprake is van een zorgbehoefte waarin geen zorg in natura voorhanden is. Zoals ik eerder in deze brief heb aangekondigd, laat ik onderzoek doen naar de wijze waarop de vergoeding voor pgb-zorg zich zou moeten verhouden tot zorg in natura. Ik wil de tijd nemen om daar zorgvuldige keuzes in te maken. In mijn brief «stand van zaken zorgzwaartebekostiging» van 5 november jl. (kamerstuk 30 597, nr. 115) heb ik u reeds gemeld dat samen met Per Saldo, ClZ, ZN en het CVZ een werkgroep is gestart om duidelijkheid te verkrijgen rondom de knelpunten van de toekomstige financiële vormgeving van het pgb voor mensen met een indicatie voor verblijf.

Het pgb is een subsidieregeling en de zorg in natura wordt gefinancierd vanuit de AWBZ-contracteerruimte. Dit kan ertoe leiden dat financiële overwegingen van de aanbieder (bij het willen leveren van zorg aan meer cliënten dan met het zorgkantoor vanuit de AWBZ-contracteerruimte is afgesproken) soms de keuze bepalen voor het aanvragen van een pgb. Dat is zoals reeds eerder aangegeven niet de bedoeling van het pgb. Uw Kamer heeft mij verzocht om te bezien of het pgb en de zorg in natura samen onder één contracteerruimte kunnen worden gebracht. Door één financiële ruimte voor zowel zorg in natura als voor pgb kan substitutie tussen beide vormen van zorg ontstaan en kan het zorgkantoor op een afgewogen wijze tot een doelmatige besteding van middelen komen die aansluit bij de behoeften van cliënten. De oorspronkelijke gedachte was dat één contracteerruimte mogelijk zou kunnen zijn met en zonder een wettelijk recht op het pgb. Samen met de NZa heb ik door PWC een juridische analyse laten uitvoeren (zie bijlage 2)². Uit deze analyse is gebleken dat in alle scenario's het recht op een pgb wettelijk moet worden verankerd. Dit leidt tot de conclusie dat in alle scenario's de AWBZ moet worden aangepast. Ook de Wet marktordening gezondheidszorg zal moeten worden aangepast, omdat deze uitgaat van contracten tussen zorgkantoren en aanbieders en het pgb geen onderdeel is van dit contractuele proces. Omdat voor alle scenario's een aanpassing in de AWBZ is vereist, en hiermee de nodige tijd gemoeid zal zijn, kan het onderbrengen in één contracteerruimte niet direct worden doorgevoerd. Ik zie de wenselijkheid en mogelijkheid van het onder één contracteerruimte brengen van pgb en zorg in natura. Daarbij betrek ik ook een advies dat ik onlangs van de NZa heb gekregen over de tarifiering van het pgb.

¹ TK 2008–2009, 30 597, nr. 57.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Indien op 1 april 2010 besloten wordt om de AWBZ vanaf 2012 door zorgverzekeraars te laten uitvoeren, ligt het in de rede om bij de voorbereiding hiervan de uitwerking van pgb en zorg in natura onder één contracteer-ruimte mee te nemen en nader daarmee in samenhang te bekijken. Alvo-rens het besluit wordt genomen over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars kunnen echter al belangrijke stappen worden gezet om invoering van één contracteer-ruimte mogelijk te maken. Bijvoorbeeld door te investeren in een goed inzicht in het zorggebruik per verzekerde. Het gaat hierbij om het traject «individueel declareren cliënten» en het verbeteren van de informatievoorziening ten aanzien van het pgb. In januari 2010 heeft VWS een plan van aanpak gepresenteerd dat ertoe moet leiden dat dit traject met de zorgkantoren, zorgaanbieders, NZa, ZN en CVZ voortvarend kan worden uitgevoerd.

Samenvatting concrete activiteiten

Het onderzoek dat ik samen met Per Saldo laat verrichten en dat in het voorjaar 2010 tot resultaat moet leiden, moet antwoord geven op de vraag:

- voor wie het pgb in de toekomst beschikbaar moet zijn;
- wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten alleen kiezen voor een pgb vanuit de oorspronkelijke doelstelling van het pgb;
- wat de diversiteit onder de gebruikers van het pgb is;
- wat we kunnen leren van een internationale vergelijking van het pgb-instrument en de uitvoeringsstructuur zoals die in andere landen bestaat;
- welke (on)mogelijkheden er op de langere termijn zijn voor het pgb-instrument, mede in relatie tot het pgb in de Wmo en de Zvw.

Naast dit onderzoek onderneem ik ook een aantal andere concrete activi-teiten:

- ik ben met Per Saldo in overleg over het ontwikkelen van een keurmerk voor niet WTZi-toegelaten zorgaanbieders die zorg verlenen aan pgb-houders;
- het verstrekken van subsidie aan Per Saldo voor het ontwikkelen van een keurmerk voor bemiddelingsbureaus;
- ik ben met Per Saldo, CIZ, ZN en het CVZ een werkgroep gestart om duidelijkheid te verkrijgen rondom de knelpunten van de toekomstige financiële vormgeving van het pgb voor mensen met een indicatie voor verblijf, en
- in samenhang met de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars zal ik mij in het voorjaar van 2010 beraden op het onderbrengen van het pgb in de contracteer-ruimte.

7. Tot slot

In deze brief heb ik mijn visie voor de langdurige zorg, namelijk dat behoeften van cliënten centraal staan en dat de zorg daar binnen de kaders op aan moet sluiten, kort herhaald en vervolgens aangegeven hoe ik deze wil vertalen in de bekostiging. Ik vind deze vertaling belangrijk, omdat de bekostiging een middel is om de AWBZ meer cliëntgericht te maken. Vanzelfsprekend staat de bekostiging niet op zichzelf. Sterker nog, bij vrijwel alle dossiers in de langdurige zorg speelt de bekostiging een belangrijke rol. Ik denk aan het scheiden van wonen en zorg, het ontwik-kelen en invoeren van persoonsvolgende bekostiging naar zorgzwaarte, de introductie van integrale tarieven (inclusief kapitaallasten) per 1 januari 2011 en mijn visie op de functie en het gebruik van het pgb. Daarnaast is er nog de samenhang met de Wmo, de Zvw (verpleging thuis) en met de functionele bekostiging van chronische aandoeningen.

Ik bied u met deze brief nog geen uitgewerkt voorstel omdat er nog teveel vragen zijn die beantwoord moeten worden alvorens het mogelijk is tot in detail te besluiten. Wat ik wel doe, is een aanzet geven om met u en de verschillende partijen in het veld het gesprek aan te gaan over de wijze waarop de bekostiging op een toekomstbestendige en solidaire wijze recht kan doen aan de behoefte van cliënten.

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