

Vergaderjaar 2010–2011

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 84

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 september 2011

Met mijn brief van 1 juni jl.¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitwerking van de maatregelen uit het Regeer- en Gedoogakkoord op het terrein van de langdurige zorg. Met die maatregelen en de extra investering in meer personeel en opleidingen, werkt het kabinet aan een betaalbare en toekomstbestendige AWBZ van betere kwaliteit voor mensen met een langdurige zorgvraag.

Over bovenvermelde brief is van gedachten gewisseld tijdens een Algemeen Overleg op 23 juni jl.². Naar aanleiding van dit overleg zijn twee moties aangenomen. Beide moties gaan over de maatregel van het kabinet om de uitgaven voor het persoonsgebonden budget (pgb) te beheersen door de groei van het aantal pgb's te beperken en het zorgaanbod verder te innoveren. Het kabinet treft deze maatregelen mede in het licht van het besluit om de keuzemogelijkheid voor een pgb per 1 januari 2014 te verankeren als recht. De motie-Klijnsma/Wolbert³ verzoekt de regering uw Kamer voor Prinsjesdag 2011 te informeren over de criteria die zorgkantoren zullen hanteren bij het financieren van bestaande zorgoplossingen. In de motie-Venrooij⁴ wordt de regering verzocht uw Kamer bij diezelfde gelegenheid te informeren hoe de functie verblijf in de AWBZ zal worden vormgegeven, hoe de eigen regie wordt uitgewerkt en hoe mensen met een pgb en zorgverleners (zelfstandige zorgverleners en zorgaanbieders) in 2012 in de contracteerruimte kunnen komen.

Bij de presentatie van het kabinetsbeleid om de langdurige zorg toekomstbestendig te maken alsmede in het genoemde Algemeen Overleg heb ik de noodzaak toegelicht de groei van het gebruik van het pgb te beperken om de verwachte uitgavenstijging te kunnen ombuigen. Het kabinet trekt tot en met 2015 € 500 miljoen uit voor de groei van het pgb-gebruik. Zonder maatregelen zou meer dan het dubbele nodig zijn. Ook het Centraal Planbureau (CPB) berekent dat bij ongewijzigd beleid bovenop dit bedrag van € 500 miljoen nog eens € 650 miljoen extra nodig is. Ik

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 186.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 201.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 76.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 81.

geef in deze brief een reactie op de door het CPB berekende effecten van de pgb-maatregel.

De aankondiging van de maatregelen hebben maatschappelijk reacties opgeroepen van onbegrip, teleurstelling en boosheid. Veel mensen met een pgb en naaste betrokkenen maken zich erg ongerust over de toekomst van hun zorg en vrezen voor verlies van maatschappelijke participatie, zelfstandigheid en eigen regie wanneer de keuze voor het pgb komt te vervallen. Dit blijkt ook uit de vele brieven en e-mails die ik heb ontvangen.

Ik streef naar een oplossing waarin ik voor mensen die met het pgb innovatieve en doelmatige zorg op maat hebben gerealiseerd, kan waarborgen dat zij deze zorg kunnen behouden. In de afgelopen periode heb ik veelvuldig met mensen met een pgb gesproken. Ook heb ik overlegd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ik zie voorbeelden van zorg die thuis wordt geleverd die innovatief en doelmatig is, maatwerk levert en toekomstbestendig is. Deze goede voorbeelden zijn echter nog geen gemeengoed. Het kost nog enige jaren om die kwaliteitsverbetering in de gehele sector door te voeren en de zorg beter af te stemmen op de wensen van de cliënt. Het is de opgave van zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders om die handschoen op te pakken. Zij worden daartoe extra gestimuleerd door de decentralisatie van begeleiding naar gemeenten, de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en het loslaten van het begrip instellingszorg met het scheiden van wonen en zorg. Dit vereist een omslag in denken. Ik steun deze verandering met het programma «In voor Zorg». Door de mogelijkheid van directe contractering van zelfstandige zorgverleners door zorgkantoren en de pilot regelarme instellingen wordt het bovendien aantrekkelijker voor professionals om zorg te leveren bij mensen thuis. Dat is de verandering in de zorg die ik voorsta.

Recent is een enquête gehouden onder mensen die gebruik maken van een pgb. Uit die enquête en de met cliënten gevoerde gesprekken komt het beeld naar voren dat een deel van de mensen teleurgesteld is in het reguliere zorgaanbod en die het momenteel alleen met behulp van een pgb lukt om – soms met afmattende tegenwerking van het systeem – de bijzondere zorg die zij nodig hebben, te organiseren. Ik constateer dat het in bepaalde gevallen gaat om mensen die alles op alles zetten om zelfstandig te (blijven) wonen en die behoefte hebben om, ondanks hun levenslange beperking, mee te doen in de samenleving. Zij combineren zelfredzaamheid met de kracht om de noodzakelijke veiligheid en kwaliteit van hun zorg zelf te organiseren. Het gaat daarbij veelal om mensen met een complexe en specialistische zorgvraag voor bijvoorbeeld beademing, epilepsie of intieme verzorging. Zij willen er zelf voor kiezen aan wie zij hun dagelijkse verzorging en ondersteuning toevertrouwen. Dit geldt evenzo voor de vele voorbeelden van gezinnen met één, maar soms ook met twee of drie gezinsleden met een beperking. Zij kiezen ervoor zolang mogelijk als gezin bijeen te blijven en de zorg voor de kinderen zelf op zich te nemen. Vaak lukt dat. Die prestatie is waardevol. Naast zelfstandigheid en gezinsverband speelt er meer. Mensen met een pgb benutten hun budget voornamelijk om een vaste hulp in te schakelen of juist om flexibele zorg in te kopen. Het kiezen van eigen verzorgers en eigen begeleiders leidt tot stabiliteit voor betrokkenen en daarmee tot kwaliteitsverbetering. Het gaat om het herkennen van zorg gericht op die ene cliënt, met misschien broze botten, eerder gevoelig voor doorligplekken of lastig af te stellen medicatie. De waarde van vaste verzorgers in specifieke gevallen, zoals bij autisme of aan autisme verwante stoornissen spreekt voor zich, maar is ondanks die vanzelfsprekendheid nu vooral geregeld via het pgb.

Ik heb tijdens het Algemeen Overleg van 23 juni jl. en bij andere gelegenheden benadrukt dat cliënten, ook in de nieuwe situatie, zorg behouden die zij nodig hebben. Om dit te realiseren, bevorder ik samen met zorgkantoren en verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties dat goede praktijkvoorbeelden van pgb-gefinancierde zorg waar mogelijk onderdeel worden van het reguliere zorgaanbod. Ik constateer dat instellingen en in toenemende mate zelfstandige zorgverleners, steeds beter op de zorgvraag weten in te spelen. In de extramurale zorg zijn afgelopen jaren belangrijke vernieuwingen doorgevoerd die het zorgaanbod sterk hebben verbeterd. Nu al schakelt een groot deel van de mensen met een pgb een zorginstelling in om zorg te leveren. Dit vernieuwingsproces krijgt een extra impuls. Niet alleen bestaande zorginstellingen, maar ook nieuwe toetreders en individuele zorgverleners met vernieuwende zorgconcepten zullen zich meer op de bijzondere vraag naar zorg gaan richten.

Ik ben me er van bewust dat de noodzakelijke vernieuwing van het zorgaanbod tijd kost. Ik besef ook dat het reguliere zorgaanbod niet altijd en in alle gevallen kan voorzien in de specifieke behoeften van cliënten met een substantiële en complexe zorgvraag. Vaak gaat het om een combinatie van zorg door vaste (professionele) begeleiders, gespecialiseerde (instellings-)zorg en een groot (betaald) beroep op verzorgers uit het sociale netwerk. Om ervoor te zorgen dat deze cliënten met een complexe zorgvraag de zorg in eigen hand kunnen houden tref ik met ingang van 1 januari 2012 een aparte vergoedingsregeling. Op grond van deze regeling kan het zorgkantoor aan cliënten voor wie geen passend zorgaanbod kan worden gecontracteerd onder stringente voorwaarden een vergoeding vaststellen voor zorg op maat op basis van een onderbouwd zorgplan.

Paragraaf 1 gaat over de pgb-maatregel die het kabinet neemt. In paragraaf 2 ga ik in op de flexibilisering van de gecontracteerde zorg die nodig is om in de specifieke behoeften van cliënten te kunnen voorzien. In paragraaf 3 ga ik in op de vergoedingsregeling die ik per 1 januari 2012 tref voor zorg op maat op grond van zorgplannen. In de paragrafen 4 en 5 wordt aandacht besteed aan het opgerichte afstemmingsplatform met de sector (expertisecentrum) en het transitieproces respectievelijk de functie verblijf in de AWBZ. Paragraaf 6 gaat over de berekeningen van het CPB.

1. PGB-maatregel

In mijn brief van 1 juni jl. over de hervorming van de langdurige zorg heb ik aangegeven dat de betaalbaarheid van de zorg één van de grootste uitdagingen van de zorg is. De groei van de pgb-uitgaven is de komende jaren niet vol te houden. Het opheffen van het verschil tussen de beschikbare middelen voor het pgb en de benodigde pgb-middelen bij ongewijzigd beleid is een belangrijke financiële opgave van dit kabinet. Om de pgb-uitgaven in lijn te brengen met de groei in de AWBZ wordt per 1 januari 2012 de toegang tot het pgb beperkt tot personen met een verblijfsindicatie. De zzp-tarieven voor personen met een pgb en een verblijfsindicatie worden per 1 januari 2012 met 5% verhoogd. Hiermee komen voor (toekomstige) mensen met een pgb en een verblijfsindicatie, net als bij de zorg in natura, meer financiële middelen ter beschikking. Het pgb voor deze groep mensen zal vanaf 1 januari 2014, conform het Regeerakkoord, worden verankerd als recht.

De beperking van de toegang tot het pgb betekent dat de keuzemogelijkheid voor een pgb voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie per 1 januari 2012 komt te vervallen. Het recht op zorg voor deze cliënten blijft bestaan, maar gelet op de aantrekkelijkheid van de huidige

pgb-regeling verwacht het kabinet een aanzienlijke uitval van vraag naar AWBZ-zorg. Momenteel heeft 90% van het totaal aantal mensen met een pgb een extramurale indicatie (circa 117 000 personen). Zij behouden tot 1 januari 2014 hun recht op een pgb, ook bij een eventuele herindicatie. Een deel van deze groep zal in de aanloop naar 2014 uitstromen. Cliënten die vanaf 1 januari 2013 voor het eerst begeleiding nodig hebben of voor deze functie worden geherindiceerd vallen vanaf dat moment niet meer onder de AWBZ. Zij kunnen, indien zij niet zelfredzaam zijn, een beroep doen op de gemeente in het kader van de Wmo.

2. Flexibilisering gecontracteerd zorgaanbod

In samenwerking met Per Saldo en de CG-raad is een enquête ontwikkeld die onder mensen met een pgb is uitgezet. Ook Mezzo en ActiZ hebben via hun kanalen aandacht gevraagd voor deze enquête. Ruim 6 200 geënquêteerden hebben de vragenlijst geheel hebben ingevuld en op deze wijze kenbaar hebben gemaakt welke zorg zij met het pgb inkopen.

Uit de enquêteresultaten en de gesprekken komt duidelijk naar voren voor welke opgave het door de zorgkantoren gecontracteerde zorgaanbod staat. Mede aan de hand van de enquêteresultaten zijn in de afgelopen periode diverse gesprekken gevoerd met zorgkantoren/zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en individuele zorgaanbieders uit de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het ging daarbij deels om gevestigde zorgaanbieders, maar ook om kleinere thuiszorgorganisaties en nieuwe toetreders. Deze contacten hebben mij gesterkt in het vertrouwen dat een belangrijk deel van de zorg die mensen met een pgb momenteel inkopen, ook door het gecontracteerde aanbod te realiseren is, en wel op dezelfde klantgerichte wijze. Het gaat daarbij zowel om planbare als flexibele zorg. Circa de helft van de mensen die de enquête hebben ingevuld besteedt het pgb aan planbare zorg. Instellingen slagen er de laatste jaren ook steeds beter in om op de vraag naar flexibele zorg in te spelen. Zorgaanbieders kennen tal van voorbeelden hoe door gecontracteerde instellingen maatwerk kan worden geleverd naar persoon, plaats en tijd, ook op onregelmatige tijden of op afroepbasis. De aanpak van deze aanbieders komt vaak neer op de inrichting van een «pool» van flexibele medewerkers. Ook zijn mij voorbeelden bekend van instellingen die naast in dienst nemen die in geïndiceerde zorg voorzien. Ik stimuleer dergelijke vraaggestuurde ontwikkelingen.

In opdracht van Per Saldo, ActiZ en BTN is nagegaan in welke mate mensen met een pgb samen met zorgaanbieders nu al tot adequate afspraken kunnen komen. Dat is gedaan door 24 gesprekken te organiseren waarbij personen met een pgb spraken met een zorgaanbieder. Uit deze gesprekken is gebleken dat nu al veel mogelijk is. Dit beeld wordt bevestigd door de Marktscan extramurale AWBZ 2011 van de NZa over de jaren 2008–2010. Daaruit blijkt dat het aantal zorgaanbieders in de verschillende marktsegmenten is toegenomen. Ook constateert de NZa dat de nieuwe (kleine) toetreders de markt in beweging hebben gebracht. De gesprekken hebben ook aangetoond dat cliënten en aanbieders nog niet altijd tot het benodigde maatwerk kunnen komen.

Het door zorgkantoren voor 2012 gecontracteerde zorgaanbod is omvangrijk en divers. Niettemin kan het voorkomen dat bestaande afspraken met aanbieders moeten worden uitgebreid als de specifieke zorgbehoefte van de cliënt daarom vraagt. Ik stel de zorgkantoren met een extra budget van € 50 miljoen binnen de contracteerruimte 2012 in staat om deze zorgvraag te kunnen bemiddelen. Mij is voldoende gebleken dat zorgaanbieders en zorgkantoren overtuigd zijn van de noodzaak, en

gemotiveerd, om het zorgaanbod verder te vernieuwen. Met dit extra bedrag kan door zorgkantoren aanvullend zorg worden gecontracteerd.

Tegelijkertijd hebben zorgaanbieders mij ook gewezen op belemmeringen die zij momenteel ondervinden. Deze belemmeringen houden vooral verband met de bekostiging en registratieregels, die veelal uitgaan van het aantal uren te leveren zorg en geen relatie hebben met het voor de cliënt te realiseren resultaat. Deze systematiek bemoeilijkt de ontwikkeling van flexibele zorg en maatwerk. In het kader van het experiment regelarme zorginstellingen waarover ik uw Kamer in eerdergenoemde brief van 1 juni jl. heb geïnformeerd, zie ik hoe deze belemmeringen in de toekomst kunnen worden weggenomen.

Een wettelijke belemmering voor de uitbreiding van het gevarieerde zorgaanbod heb ik inmiddels weggenomen met de wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ¹. Door deze wijziging kunnen zorgkantoren met ingang van 1 januari 2012 rechtstreeks zelfstandig werkende zorgverleners contracteren. Individuele zorgverleners zijn goed in staat zorg te leveren op niet-reguliere tijden en plaatsen. Het is veelal vanwege die flexibiliteit dat cliënten met een bijzondere zorgvraag zelfstandige zorgverleners inschakelen. Om de contractering van zelfstandige zorgverleners op gang te helpen, heb ik de NZa gevraagd na te gaan welke NZa-beleidsregels, die betrekking hebben op AWBZ-instellingen, aangepast moeten worden omdat die niet onverkort van toepassing hoeven te zijn op zelfstandige zorgverleners. Dit najaar start UVIT een pilot van 6 maanden met contractering van circa 20 zelfstandige zorgverleners om ervaring op te doen die in 2012 ook door andere zorgkantoren benut kan worden. Deze pilot strekt mede ter uitvoering van de motie Omtzigt².

3. Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

Hoewel ik er het volste vertrouwen in heb dat voor het merendeel van de cliënten adequaat gecontracteerd zorgaanbod beschikbaar is en komt, sluit ik niet uit dat dit in bijzondere gevallen niet lukt. Ik denk vooral aan de groep cliënten met een substantiële extramurale zorgvraag die om persoonlijke redenen kiezen voor verzorgenden uit de directe omgeving of voor een combinatie van (niet-gecontracteerde of niet-toegelaten) instellingen, zelfstandige zorgverleners en naaste betrokkenen. Voorbeelden uit de beschrijvingen die cliënten mij zelf gaven zijn ouders die voor een gehandicapt kind zorgen of die ene begeleider waar een autistisch iemand, voor wie de wereld een beangstigend raadsel is, op vertrouwt. Ik wil het voor deze cliënten mogelijk maken dat zij van deze zorg gebruik kunnen blijven maken wanneer een zorgaanbieder daar niet in kan voorzien. Zij verdienen hun eigen plek in de AWBZ. Ook voor hen wil ik dit wettelijk verankeren. Op weg daarheen tref ik een tijdelijke regeling die het mogelijk maakt dat deze cliënten met het zorgkantoor in gesprek gaan over een persoonlijk zorgplan. Ter financiering hiervan oormerk ik binnen de reeds beschikbare AWBZ-middelen voor 2012 een bedrag. In het vervolg van deze paragraaf beschrijf ik de voorwaarden die ik aan die regeling verbind. Allereerst ga ik nader in op de positie die naaste betrokkenen in deze zorgplannen kunnen innemen.

Inherent aan zorg door naasten is dat deze in beginsel gratis wordt geleverd. Dit past goed in het appèl dat het kabinet doet op de eigen kracht van cliënten en de ondersteuning door het eigen netwerk. Dit laat onverlet dat ik situaties zie waarin sprake is van langdurige en intensieve zorg die veel tijd en energie vergt van familieleden of andere personen uit de directe omgeving. Ik ben dan ook van mening dat deze naaste betrokkenen in bepaalde situaties en onder bepaalde voorwaarden

¹ Besluit van 27 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ teneinde de mogelijkheid voor zelfstandige zorgverleners om zorg te verlenen, te vergroten. Stb. 2011, 346.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 642, nr. 4.

financieel gecompenseerd kunnen worden voor de zorg die zij bieden. Ik ken voorbeelden van zorginstellingen die naaste betrokkenen in dienst nemen vanwege de bijdrage die zij leveren aan de zorg voor de cliënt. Mij zijn tevens voorbeelden bekend waarin naasten die geïndiceerde zorg verlenen niet kiezen voor een dienstbetrekking bij een zorginstelling, maar evenzeer sprake is van een intensieve en waardevolle bijdrage voor de cliënt. Ook in die gevallen wil ik mogelijk maken dat zij financieel worden gecompenseerd indien en voor zover zij structureel onderdeel uitmaken van het zorgplan. Immers, de wensen van de cliënt, bijvoorbeeld om maatschappelijk te kunnen participeren, en de doelmatigheid van de zorg zijn daarmee gediend.

Ik wil zo goed mogelijk tegemoet komen aan de specifieke zorgbehoeften waarin door het gecontracteerde zorgaanbod (nog) niet kan worden voorzien. Daarbij dien ik ook rekening te houden met de beheersbaarheid van de regeling. Ik stel me daarom per 1 januari 2012 een vergoedingsregeling binnen de AWBZ voor die de volgende stringente voorwaarden kent:

- «Zorg in natura tenzij». Toegang voor een cliënt tot de regeling is alleen mogelijk indien (gecontracteerde) zorgaanbieders geen adequate zorg kunnen leveren. Dit wordt beoordeeld door het zorgkantoor/zorgverzekeraar;
- Het zorgkantoor/zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag voor de regeling mede op grond van een onderbouwd zorgplan;
- De cliënt dient een substantiële zorgvraag te hebben waarbij gedacht wordt aan een CIZ-indicatie van minimaal 10 uur per week. Een nadere uitwerking hiervan dient nog plaats te vinden. Binnen de grenzen van de indicatie en de vergoeding kan de cliënt de zorg binnen de geïndiceerde functies substitueren;
- Het vaststellen van de vergoeding vindt plaats op basis van de indicatie, waarbij de noodzakelijke doelmatigheid terugkomt in de te hanteren rekenprijs. Uit onderzoek naar de besteding van het pgb is gebleken dat naasten die zorg leveren gemiddeld een vergoeding krijgen van circa 50% van de maximum NZa-tarieven, professionele zorgaanbieders (instellingen en zelfstandige zorgverleners) vaak een vergoeding van circa 70 à 75% krijgen en in sommige gevallen (bijvoorbeeld bij specialistische verpleging) is de vergoeding rond het niveau van zorg in natura. Ik zal bij de vaststelling van de rekenprijs met dit gegeven rekening houden. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en de administratieve lasten wil ik de vaststelling van de vergoeding zo eenvoudig mogelijk uitwerken;
- Het te besteden bedrag wordt in principe niet uitbetaald op de rekening van de cliënt, maar fungeert als trekkingsrecht waarmee de cliënt de zorg kan inkopen. Ik ben nog aan het onderzoeken of dit per 1 januari 2012 te realiseren is. Mocht dit om uitvoeringstechnische redenen niet lukken dan zal vergelijkbaar met de huidige pgb-regeling voor deze beperkte doelgroep de vergoeding tijdelijk overgemaakt worden op rekening van de cliënt;
- De eigen bijdrage wordt op 1 januari 2012 – vergelijkbaar met de huidige pgb-regeling – in mindering gebracht op de vergoeding. Vanaf 1 januari 2014 wordt de verschuldigde inkomensafhankelijke eigen bijdrage gelijk aan de zorg in natura, bepaald op grond van de feitelijk verkregen zorg.
- Per 1 januari 2012 wordt de regeling gebaseerd op artikel 44, eerste lid onder b, van de AWBZ. Dit maakt het (juridisch) nog niet mogelijk de benodigde middelen voor deze tijdelijke regeling onderdeel te laten zijn van de contracteerruimte. Vanaf 1 januari 2014 worden de middelen voor deze regeling onderdeel van de budgetten van zorgkantoren/verzekeraars.

Ik zal de ontwikkeling van de regeling zowel inhoudelijk als financieel de komende twee jaren nauwgezet monitoren om deze vervolgens per 1 januari 2014 te verankeren in de AWBZ. In die twee jaar zal ik tevens bezien op welke wijze het criterium van een complexe zorgvraag vorm moet worden gegeven na de overheveling van de functie begeleiding. In het traject overheveling begeleiding zal ik samen met de VNG – vergelijkbaar met het onderzoek naar bijzondere doelgroepen – ook aan deze groep specifieke aandacht besteden.

In het hier voorgaande zijn de voorwaarden voor de vergoedingsregeling tot 1 januari 2014 beschreven. Deze zullen de komende periode verder uitgewerkt worden. Ik zal uw Kamer hierover voor de behandeling van de VWS-begroting nader informeren.

4. Expertisecentrum en transitie

Expertisecentrum

In de vorige paragrafen heb ik aangegeven op welke wijze ik ervoor zorg dat cliënten die in de nabije toekomst niet meer kunnen kiezen voor een pgb, de zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben. Ik onderken dat dit niet altijd eenvoudig zal zijn en dat er sprake kan zijn van complexe situaties, die vragen om een bundeling van expertise om tot de gewenste oplossing te komen. Om die reden heb ik een expertisecentrum ingericht waarin een groot aantal organisaties¹, is vertegenwoordigd, waaronder in ieder geval Per Saldo en de CG-raad. Het expertisecentrum wordt ingeschakeld wanneer zich bij de levering van passende zorg in natura knelpunten voordoen die multidisciplinair moeten worden opgelost. Belangrijk aspect is ook te weten welke mogelijkheden en beperkingen in de regelgeving bestaan.

Naast snelle oplossingen voor knelpunten is het verwerven en overdragen van praktische kennis essentieel voor cliënten, zorgaanbieders, inkopers van zorg en de landelijke partijen. Innovatieve en doelmatige vormen van flexibele pgb-gefinancierde zorg, die als voorbeeld dienen voor gecontracteerde zorg, moeten in beeld worden gebracht en bekend worden gemaakt bij genoemde partijen. Om hierin te voorzien heb ik Per Saldo en de CG-raad gevraagd om een meldpunt in te richten voor cliënten met een extramurale indicatie die momenteel gebruik maken van een pgb en die vragen hebben over de toekomstige zorgverlening. Aan ActiZ, de VGN, GGZ-Nederland en ZN is verzocht om bij hun leden te informeren naar belemmeringen die zij als gevolg van de transitie naar zorg in natura ondervinden. Knelpunten die hieruit naar voren komen, worden in het expertisecentrum aan de orde gesteld teneinde te komen tot een snelle oplossing. Daarover wordt vervolgens breed gecommuniceerd, waarbij een beroep zal worden gedaan op bestaande kanalen, zoals die van Per Saldo, de CG-raad, ActiZ, de VGN, GGZ-Nederland, ZN en «In Voor Zorg!».

Transitie

Zoals ik in de inleiding heb aangegeven betekent de in deze brief geschetste aanpak een omslag in de zorg. Leidende uitgangspunten zijn tevreden cliënten en medewerkers en zo min mogelijk papier. Deze omslag focust op wederkerigheid tussen cliënten en zorgaanbieders, tussen cliënten en zorgkantoren/verzekeraars en tussen zorgaanbieders en zorgkantoren/verzekeraars. Vanwege de samenhang tussen de langdurige zorg en de Wmo worden de lijnen korter en krijgt de cliënt meer ruimte.

¹ Vooralsnog gaat het om Per Saldo, de CG raad, MEZZO, Actiz, VGN, BTN, VNG, CIZ, IGZ, NZa, ZN, CVZ en de Belastingdienst.

Het is mijn verantwoordelijkheid de omslag te faciliteren met een stelsel van regelgeving die de noodzakelijke verandering tot stand brengt en de

juiste prikkels bevat. Het is ook mijn verantwoordelijkheid om de benodigde transitie adequaat vorm te geven. Cliënten mogen niet tussen wal en schip vallen, zorgaanbieders moeten niet worden gehinderd bij het leveren van zorg en zorgkantoren/verzekeraars moeten hun nieuwe rol goed kunnen oppakken. Om het transitieproces zo goed mogelijk te begeleiden onderneem ik de volgende activiteiten:

- Informeren van alle betrokken partijen (cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren/verzekeraars en gemeenten) door middel van voorlichting en bijeenkomsten. «In Voor Zorg!» wordt ingezet als communicatiekanaal.
- Monitoring beleidseffecten met ingang van 2012. Het betreft monitoring vanuit het perspectief van de cliënt, aanbieders, verzekeraars en gemeenten.
- Bundeling van expertise via het eerder genoemde Expertisecentrum.
- Eventuele bijsturing op basis van de monitoring en het advies van het Expertisecentrum.

5. Verblijf

In de volgende paragraaf geef naar aanleiding van de motie Venrooij aan hoe de functie verblijf in de AWBZ zal worden vormgegeven.

Verblijf is een verzamelterm voor vragen naar drie «leefklimaten» die tijdens de indicatiestelling aan bod komen:

1. Kan de cliënt wonen in normale omstandigheden of is een beschermende woon- en leefomgeving noodzakelijk omdat de cliënt niet in staat is zelfstandig te leven en een mogelijk gevaar voor zichzelf of anderen vormt? Te denken valt aan een cliënt met dementie of met ernstige verstandelijke beperkingen.
2. Heeft de cliënt permanent toezicht nodig, waarbij deze bij kinderen meer moet zijn dan ouders gewend zijn te geven aan een kind van een bepaalde leeftijd? Te denken valt aan het verlenen van zorg op ongeregelde tijden of omdat de verzekerde zelf niet in staat is om hulp in te roepen door bijvoorbeeld een epileptische aanval.
3. Is een therapeutisch leefklimaat noodzakelijk, zoals de aanwezigheid van specifieke voorzieningen in de nabijheid zoals behandelruimten of een structurerende omgeving? Te denken valt aan een cliënt met langdurige psychiatrisch problematiek.

Indien een cliënt – naast andere vormen van AWBZ-zorg behoefte heeft aan één van de hiervoor genoemde drie «leefklimaten» dan is er grond voor een indicatie met «verblijf».

De mogelijkheden om ook buiten een traditionele instelling een beschermende woonomgeving, permanent toezicht of een therapeutisch leefklimaat te creëren zijn toegenomen. Naar aanleiding van mijn brief van 1 februari 2010¹ over de bekostiging van de AWBZ is een onderzoek gestart naar cliënten die thuis wonen met een verblijfsindicatie. Ook hebben samenwerkende cliëntenorganisaties een onderzoek laten uitvoeren naar het volledig pakket thuis (VPT) in de praktijk. Uit beide onderzoeken blijkt dat cliënten die hun verblijfsindicatie op een alternatieve wijze invullen, tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. Uit de onderzoeken blijkt ook dat cliënten die thuis blijven wonen, naast wonen ook andere onderdelen van het verblijfspakket, zoals eten en drinken of de huishoudelijke verzorging op een alternatieve wijze regelen door een beroep te doen op familie of vrienden of door bijvoorbeeld maaltijdbeziging aan huis.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 30 597, nr. 134.

Ik wil de innovaties die ervoor zorgen dat het beschermd wonen, het permanent toezicht en het therapeutisch leefklimaat voor cliënten ook buiten instellingen kan worden geleverd, op een juiste manier regelen in de AWBZ. Vanwege het achterhaalde onderscheid tussen extramuraal en intramuraal is het kabinet voornemens wonen en zorg te scheiden. In mijn brief van 1 juni jl. heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd.

Het CVZ brengt naar verwachting in het voorjaar van 2012 een signalement uit over de functie verblijf. Daartoe onderzoekt het CVZ waarom sommige cliënten met een verblijfsindicatie kiezen voor opname in een instelling, terwijl steeds meer cliënten kiezen voor een alternatief aanbod daarbuiten. Het CVZ onderzoekt ook of de elementen die nu een rol spelen bij het bepalen of iemand in aanmerking komt voor een verblijfsindicatie of een indicatie voor extramurale zorg, in de praktijk wel voldoende aansluiten bij de voorkeuren van de cliënten en de groeiende mogelijkheden om zorg in de woonomgeving van de cliënt aan te kunnen bieden. Ik streef ernaar uw Kamer voor de zomer van 2012 op basis van het signalement van het CVZ, nader te informeren over de toekomstige invulling van de functie verblijf in de AWBZ.

6. CPB reactie op pgb-maatregelen

Op donderdag 8 september 2011 heeft het CPB de notitie «Effecten van het kabinetsvoorstel voor het PGB» gepresenteerd. Dit na een schriftelijk verzoek daartoe door een zevental fracties uit uw Kamer.

Directe aanleiding voor het CPB-onderzoek waren de alternatieve voorstellen van Per Saldo. Het CPB stelt hierover: «Alles tezamen drijft de maatregel volgens de berekening van Per Saldo de Awbz-uitgaven in 2015 op met afgerond € 0,4 miljard». Het CPB-rapport toont daarmee mijns inziens aan dat de voorstellen van Per Saldo geen volwaardige alternatief zijn voor de dreigende overschrijdingen. Dit is in lijn met de reactie van het kabinet als uitvoering van de motie Slob.

Het CPB stelt vast dat de ongewenste sterke groei van het aantal mensen met een pgb zich de komende jaren – bij ongewijzigd beleid – onverminderd voortzet. Hierdoor dreigt een substantiële overschrijding van de kosten van het pgb. Tevens stelt het CPB vast dat de maatregelen die het kabinet voornemens is, een forse opbrengst genereren, waarmee deze dreigende overschrijding wordt geredresseerd.

Het verheugt mij dat het CPB zich achter de grote lijnen van de ramingsveronderstellingen van het kabinet stelt. Op enkele punten verschilt het inzicht van het CPB met dat van het kabinet, daar ga ik puntsgewijs op in. Een en ander leidt tot de conclusie dat het kabinet onverkort vasthoudt aan de maatregel om de pgb-regeling te beheersen en vanaf 2014 een wettelijke grondslag te geven.

Ramingen

Het CPB stelt (pagina 4) dat de groeiraming van 20 000 personen per jaar voor de periode 2012–2015 «plausibel» is. Op grond van deze cijfers prognosticeert het kabinet een tekort op het pgb-budget van 0,9 mld. Het CPB volgt in het rapport enkel de aannames die Per Saldo heeft gedaan ten aanzien van de netto instroom van mensen met een pgb in 2011. Per Saldo hield rekening met een lagere instroom in 2011 wat leidt tot minder mensen met een pgb op 1 januari 2012 dan waar het kabinet rekening mee heeft gehouden bij de berekening van de ramingen en de opbrengsten van maatregelen voor de periode 2012–2015. Dit leidt er

volgens het CPB toe dat de pgb-uitgaven in 2015 € 3,5 miljard zullen bedragen. Het kabinet heeft deze eerder op € 3,7 miljard geraamd.

De meest recente cijfers tot en met juli 2011 van het CVZ lijken inderdaad een lagere groei van het aantal budgethouders in het jaar 2011 te bevestigen. Dit najaar zal het kabinet bezien hoe de uitgaven van de AWBZ zich ontwikkelen. Wat daarbij ook moet worden meegenomen is in welke mate een eventueel lager beroep op de pgb-regeling in 2011 leidt tot extra uitgaven bij zorg in natura.

Opbrengst maatregelen

Voor wat betreft de «vraaguitval» gaat het CPB (pagina 5) voor de korte- en middellangetermijn uit van 35%. Het kabinet heeft rekening gehouden met 33% uitval (zie mijn brief aan uw Kamer van 21 juni 2011). Dat komt dus overeen.

Het CPB raamt de opbrengst van de pgb-maatregel op € 629 mln. Het CPB gaat ervan uit dat vooral personen met een lichte beperking geen beroep meer zullen doen op AWBZ-zorg. Het CPB maakt derhalve voor de berekening van de effecten gebruik van een lager jaarbedrag (€ 9 380) dan het kabinet (€ 14 000).

De opbrengst van de maatregel is daardoor lager dan de opbrengst die het kabinet heeft gepresenteerd. Het kabinet houdt vooralsnog op dit punt vast aan haar raming. Immers er zijn aanwijzingen dat vraaguitval zal optreden bij cliënten met lichte en zware beperkingen.

Het CPB concludeert dat voor de groep van personen die gebruik gaan maken van zorg in natura geen meerkosten ontstaan. Het CPB wijst daarbij op het risico van zorgvershraling als de zorg in natura tegen een hoog tarief moet worden ingekocht. Het kabinet heeft in de eerder genoemde brief van 21 juni 2011 aangegeven dat zorg in natura ook tegen een vergelijkbare vergoeding kan worden geleverd als in pgb-verband onder meer door inzet van ZZP-ers.

Arbeidsmarkt

Onderaan pagina 6 en bovenaan pagina 7 gaat het CPB in op de effecten op de zorgverleners. Het CPB concludeert: «Deze twee effecten tellen op tot een verlies van 44 dzd arbeidsjaren betaalde mantelzorg en een toename van de professionele zorg met 22 dzd arbeidsjaren. De hoeveelheid onbetaalde mantelzorg neemt ook toe. Dat is in dit onderzoek niet gekwantificeerd»

Betreffende analyse en conclusie acht ik uitermate verwarrend. In reactie hierop ware een aantal zaken strikt uit elkaar te halen. Bij de «betaalde mantelzorg» zouden volgens het CPB 44 000 arbeidsplaatsen verdwijnen. Ik merk op dat «betaalde mantelzorg» naar de mening van het kabinet geen arbeidsplaatsen betreffen. Ten tweede is er geen sprake van *verdwijnen* van zorgverlening, omdat het activiteiten betreft die in 2015 zouden hebben plaats gevonden bij ongewijzigd beleid. Doelstelling van de PGB-maatregel is juist om de ongewenste groei van het PGB-budget tegen te gaan. Circa 33% van de zorgvraag valt uit. Het komt mij vreemd voor om «groei die niet zal plaatsvinden» als het verdwijnen van arbeidsplaatsen te betitelen.

De constatering van het CPB dat de onbetaalde mantelzorg zal toenemen door deze kabinetsvoornemens, is (dan ook) in lijn met de intentie van het kabinet.

De toename van professionele zorg is vooral een verschuiving van professionele zorgverleners, die voorheen vanuit het pgb bij de zorgverlening werden betrokken, naar de reguliere zorg in natura.

De extra professionele arbeidskrachten komen naast de impuls van 12 000 extra medewerkers in de langdurige zorg. Daarbij dient tevens bedacht te worden dat de impuls van 12 000 extra handen aan het bed betrekking heeft op de intramurale langdurige zorg en de pgb-maatregelen zien op de extramurale zorg.

Tot slot

Adequate en doelmatige zorg van goede kwaliteit voor alle cliënten met een intramurale of extramurale AWBZ-indicatie, nu en in de toekomst, vormt de belangrijkste reden van het kabinet voor de hervorming van de langdurige zorg. De aangekondigde hervormingen hebben veel emoties en reacties opgeroepen. Ik begrijp dat heel goed. De veranderingen in de langdurige zorg en de beperking van de toegang tot het pgb zijn ingrijpend. De maatregelen roepen beelden op die mensen herinneren aan nare ervaringen. Het gaat om mensen die toch al met verlies geconfronteerd worden en moeten knokken voor hun eigen levensregie. Ik wil juist die energie constructief mee laten wegen.

De vernieuwing van de AWBZ die ik voorsta, is een ingrijpende operatie. Met deze brief heb ik beoogd de zorgen die daarover bestaan weg te nemen. Cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie hebben en houden recht op zorg. Met de in deze brief geschetste aanpak, die ik samen met alle betrokken partijen nader uitwerk, wil ik realiseren dat hierin door middel van (aanvullend) gecontracteerd zorgaanbod wordt voorzien. In specifiek beschreven omstandigheden waarin dit niet mogelijk is, zorg ik ervoor dat deze mensen de zorg innovatief en doelmatig kunnen blijven organiseren met behulp van de vergoedingsregeling.

Ik pretendeer niet dat cliënten niets zullen merken van de pgb-maatregelen die het kabinet treft. Dan zou ik de omvang van de hoognodige operatie bagatelliseren. Wel zal ik mij, samen met alle betrokken partijen tot het uiterste inspannen om de last van deze gevolgen zoveel mogelijk te beperken en het begrip te vergroten door met betrokkenen in gesprek te blijven. Ik zal de vernieuwing van het zorgaanbod, de effecten van de pgb-maatregel en de werking van de vergoedingsregeling de komende jaren nauwgezet monitoren. Bij ongewenste effecten zal ik direct passend reageren.

Het eindperspectief dat ik voor ogen heb, is een AWBZ van hoge kwaliteit voor de meest kwetsbaren in onze samenleving met een langdurige zorgvraag.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner