

Vergaderjaar 2007–2008

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 15**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2008

**1. Inleiding**

De zorg voor kwetsbare mensen is een graadmeter voor de kwaliteit van de samenleving. Het bieden van duidelijkheid en zekerheid over de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg nu en in de toekomst, is daarom een van de belangrijkste doelstellingen van dit kabinet. Om zekerheid te kunnen bieden, is het belangrijk dat helder beleid gevoerd wordt over wat de samenleving ook in de toekomst kwetsbare mensen kan bieden. In deze brief geef ik daar namens het kabinet mijn visie op.

Goede zorg komt tot stand in de relatie tussen de cliënt en zijn directe zorgverlener en in de afstemming tussen de verschillende zorgverleners. Zijn cliënt en professional voldoende toegerust om deze relatie in vertrouwen adequaat vorm te geven? Kan zorg van voldoende kwaliteit worden geboden? Daarnaast verandert de zorgvraag en neemt tegelijkertijd het aanbod af. Dit heeft consequenties voor de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. De nu reeds verwachte personeelstekorten in de toekomst vormen een grote bedreiging voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Er ligt dus een belangrijke opdracht: hoe kan de relatie tussen cliënt en professional voor de toekomst worden vormgegeven, opdat kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen die daarop is aangewezen beschikbaar is.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in 1968 ontstaan. Er waren toen weinig voorzieningen. De voorzieningen die er waren, waren vaak slecht van kwaliteit en niet afgestemd op degenen die op zorg waren aangewezen. In de loop der jaren is de zorg voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking of een psychiatrische beperking op een kwalitatief hoog niveau gebracht. We kunnen in Nederland trots zijn op de solidariteit die in onze samenleving bestaat voor de zorg voor mensen met chronische aandoeningen en beperkingen. De solidariteit is op te brengen zo lang het gaat om langdu-

rige zorg die onbetwistbaar en geloofwaardig is voor de meest kwetsbare mensen in Nederland. Deze groep, bijvoorbeeld meervoudige complex gehandicapten en zwaar dementerende ouderen moet zeker van zorg kunnen zijn. Nu én in de toekomst. Dit is ook de oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ.

Ik constateer echter dat de AWBZ in de loop van de tijd veranderd is. Hoewel de wet in zijn oorsprong de charme van eenvoud had, is een geheel van aanvullende regels ontstaan die de nog steeds valide doelstelling van de AWBZ (solidariteit in de bekostiging van langdurige onverzekerbare zorg) uit het oog heeft doen verliezen. De AWBZ is de afgelopen jaren onbedoeld gegroeid en biedt nu te ruime aanspraken en daarmee overlap met beleid in andere domeinen. Zo is er een grote groei in de ondersteunende begeleiding (OB) vanaf 2003 te zien, zoals begeleiding bij huiswerk en vrijetijdsbesteding voor jongeren met problemen. Is dit wel langdurige zorg en hoort dit wel in de AWBZ thuis? Ook hecht ik eraan dat onnodige medicalisering tegen wordt gegaan, omdat dit onbedoelde stigmatisering in de hand kan werken. Het kan immers gebeuren dat jongeren het risico lopen te afhankelijk te worden van de AWBZ. Dit is niet wenselijk en niet nodig. Dit moeten we dus voorkomen.

Zoals ik in mijn brief over persoonsgebonden budgetten (Kamerstukken II 2007/08, 26 631, nr. 232) schreef, lijkt de te ruime formulering van de AWBZ-aanspraken in zijn algemeenheid, de oorzaak van de ongekeerde groei van het persoonsgebonden budget (pgb), zonder dat er aanwijsbaar sprake is van substitutie voor zorg in natura. Op zich hoeft groei niet negatief te zijn. Maar een extreme groei, waar geen daling van zorg in natura tegenover staat en gecombineerd met signalen over niet bedoelde aanwending van middelen vraagt wel om een kritische bezinning. Juist om het pgb voor de toekomst te behouden.

De groei van het pgb staat overigens niet op zichzelf, ook in de AWBZ in natura doet zich een toename van de vraag voor waarvan we ons moeten afvragen of dat wel allemaal gaat om onbetwistbare zorg.

Omdat de uitgaven sinds 2003 sterk zijn gestegen, moeten er ook maatregelen genomen worden om de houdbaarheid van de langdurige zorg te waarborgen. Daarmee wil het kabinet de onbetwistbaarheid en geloofwaardigheid van de AWBZ ook in de toekomst voor de meest kwetsbaren veiligstellen. Het kabinet trekt deze kabinetsperiode in totaal circa 2,5 miljard euro extra uit voor de volumegroei in de AWBZ. Op korte termijn nemen we maatregelen die nodig zijn om de groeiruimte binnen de AWBZ niet te overschrijden. Hiertoe worden pakketmaatregelen genomen bij de ondersteunende en activerende begeleiding (OB en AB) en wordt hier een eigen bijdrage ingevoerd. Tevens schaf ik de grondslag psychosociaal af (zie paragraaf 5.4.1.1). De genoemde maatregelen leveren een besparing op van 800 miljoen euro in 2010 die compenseert voor de geraamde uitgavenstijging bij de PGB's.

Naast de extra middelen die ik al beschikbaar heb gesteld aan de gehandicaptenzorg, wordt er vanaf 2009 extra geld uitgetrokken (42 miljoen euro in 2009 en vanaf 2010 72 miljoen euro) ten behoeve van cliënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking en een hoge zorgwaarde.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in het rapport «Gehandicaptenzorg onder druk» een verontrustend beeld geschetst van de kwaliteit van de zorg voor gehandicapten. De belangrijkste risico's die de inspectie noemt zijn de niet adequate personeelsbezetting en de beschikbaarheid van voldoende deskundig personeel. Dat risico is bijzonder groot voor voor cliënten met ernstige, meervoudige beperkingen. Ik investeer dus in de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van met name de meest kwets-

bare, meest zorgzware cliënten. Dit betekent extra geld voor onbetwistbare en geloofwaardige zorg, juist voor de groep waar de AWBZ voor bedoeld is.

We staan nu aan de vooravond van belangrijke veranderingen zodat de AWBZ weer teruggaat naar zijn oorspronkelijk doelstelling. De contouren hiervoor zijn vastgelegd in het Coalitieakkoord. Hierin staat dat het kabinet vooralsnog geen verdere stappen zet in het traject van (overheveling van onderdelen van) de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat betekent dat alleen voor die onderdelen waarvan vaststaat dat sprake is van een breed draagvlak, voor veranderingen in aanmerking komen. Een tweede belangrijk uitgangspunt is dat AWBZ zorg zich naar zijn aard (zorg voor mensen die daar langdurig op zijn aangewezen en waar de kwaliteit van leven centraal staat) minder leent voor vrije prijsvorming en in die betekenis dus niet voor commerciële concurrentie en marktwerking. Wel wil het kabinet meer ruimte geven aan maatschappelijk creatief ondernemerschap. Daarnaast staat het streven naar lagere werkdruk, minder bureaucratie, meer doelmatigheid en een sterkere positie van de cliënt centraal. In het Coalitieakkoord staat ook dat het financieel scheiden van wonen en zorg verder wordt bevorderd.

Verschillende organisaties hebben de afgelopen jaren rapporten naar buiten gebracht over de AWBZ. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, het College voor zorgverzekeringen, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Centraal Planbureau komen in verschillende rapporten, kort samengevat, tot de conclusie dat de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen kent en daardoor op de lange duur onhoudbaar zal zijn<sup>1</sup>. Het onderzoek dat het vorige kabinet heeft laten uitvoeren door een interdepartementale werkgroep, is tot vergelijkbare bevindingen gekomen<sup>2</sup>.

Om de uitdagingen, waar ik mij direct na mijn aantreden voor gesteld zag, goed te kunnen invullen, heb ik aan het begin van mijn regeerperiode besloten de Sociaal-Economische Raad (SER) om advies te vragen over de houdbaarheid en kwaliteit van zorg gebaseerd op de AWBZ op lange termijn. Het SER-advies is op 18 april jongstleden vastgesteld. Dit advies is een belangrijke bouwsteen van deze brief.

Daarnaast heb ik de maatregelen die ik eerder met de «*Agenda voor de langdurige zorg*» al in gang heb gezet, betrokken bij deze brief. Deze agenda is in overleg met alle sectorpartijen vastgesteld. Daarvoor zijn ook de nodige middelen (structureel € 340 miljoen per jaar) uitgetrokken. Op onderdelen is al nadere uitwerking gegeven zoals ten aanzien van de kwaliteit van zorghuizen en het aanbrenge van samenhang in de zorg voor dementerende ouderen. Over het VWS-beleid ten aanzien van chronische ziekten ontvangt u een afzonderlijke brief.

Voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de AWBZ-zorg is van essentieel belang om de uitvoering van de AWBZ te richten op het zo goed en doelmatig mogelijk leveren van die onbetwistbare zorg. Dat vergt behalve een glasheldere polis, een eenduidige en onafhankelijke indicatie, goede en stabiele prijzen op basis van zorgzwaarte en een goede begrenzing tussen de AWBZ en andere domeinen (zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wmo, jeugdzorg en onderwijs). Ik wil ook nader uitwerken welke mogelijkheden er bestaan om – bij het zoeken naar een oplossing – met name aan te sluiten bij wat iemand wel nog kan en niet zozeer wat iemand niet meer kan. Op deze gebieden zet ik deze kabinetsperiode verdere stappen. Dit alles past ook in lijn van de Motie Van der Veen c.s. (Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 55) waarin wordt gevraagd om

<sup>1</sup> Mensen met een beperking in Nederland, De AWBZ in perspectief, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2005; Toekomst AWBZ, College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2004; Zorg en participatie gegarandeerd, College voor zorgverzekeringen, Diemen 2005; Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg, Centraal Planbureau, Den Haag juni 2006; Care voor de toekomst, de Nederlandse zorgautoriteit, 2007; Beter zonder AWBZ?, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2008. Naast deze organisaties hebben nog vele andere organisaties hun visie gegeven over de toekomst van de AWBZ.

<sup>2</sup> Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ, juni 2006, aan de Tweede Kamer gezonden bij brief van 9 juni 2006 (Kamerstukken II 2006–2007, 30 597, nr. 1).

een onderzoek naar een zodanige vormgeving van de AWBZ dat het recht op zorg kan worden gegarandeerd en cliëntenstops worden voorkomen.

In deze brief treft u eerst een analyse van hoe de AWBZ de afgelopen jaren heeft gefunctioneerd. Vervolgens ga ik uitvoeriger in op het advies van de SER en geef ik mijn visie op de AWBZ en de maatregelen die ik noodzakelijk acht. Deze maatregelen zijn deels gericht op verbeteringen op de korte termijn. Daarnaast gaat het om aanscherpingen die nodig zijn om kwalitatief goede en betaalbare zorg in de toekomst te garanderen. Duurzaamheid, kwaliteit en solidariteit zijn daarmee ook de kernbegrippen voor de «AWBZ nieuwe stijl».

## 2. Analyse AWBZ

### *Geschiedenis*

Er waren voor 1968 weinig overheidsvoorzieningen. De voorzieningen die er waren, waren vaak slecht van kwaliteit waren en niet afgestemd op degenen die op zorg waren aangewezen. Daarvoor werd op 1 januari 1968 de AWBZ ingevoerd. Met de invoering van de AWBZ werd voorzien in financiering van intramurale zorg in verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor lichamelijk en zintuiglijk «gebrekkigen». In de loop der jaren is de AWBZ aanzienlijk gegroeid<sup>1</sup>. Voortdurend zijn er nieuwe zorgvoorzieningen aan toegevoegd. Zo moest de AWBZ ook een oplossing bieden voor kosten als gevolg van de vergrijzing<sup>2</sup>. De bejaardenzorg werd – mede vanuit de gedachte dat voorzieningen grootschaliger van opzet worden – onder de AWBZ gebracht en de Wet op de bejaardenoorden werd ingetrokken<sup>3</sup>. Om aan de steeds mondiger burgers die zelf meer vorm en inhoud willen geven aan hun leven en daar zelf ook op aanspreekbaar willen zijn, tegemoet te komen, wordt vanaf 1995 de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (pgb) gecreëerd. Een belangrijk uitgangspunt van de modernisering AWBZ was het meer centraal stellen van de cliënt. Als uitvloeisel van de modernisering van de AWBZ worden per 1 april 2003 functiegerichte omschrijvingen van zorg ingevoerd, waarbij de nadruk werd gelegd op de vraag van de verzekerden. Er komen zeven zorgfuncties: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, OB, AB, behandeling en verblijf. Er is één AWBZ-brede-pgb-regeling met een eenvoudige uitvoeringsstructuur tot stand gebracht. De aanspraken werden zo omschreven dat de verzekerde makkelijk de keuze voor een pgb of natura kon maken. De functiegerichte omschrijving koppelt de te leveren zorg los van de aanbieder. De invoering van de AWBZ-brede functies heeft onbedoeld tot gevolg gehad dat meer mensen een beroep deden op de AWBZ. Zo werd de functie OB aanvankelijk vooral aan gehandicapten geboden. De verwachting was dat dit ook zo zou blijven. Door de brede omschrijving van functies zijn echter bijvoorbeeld ook ouderen en jongeren met bijvoorbeeld psychiatrische problemen een beroep gaan doen op de functie OB (begeleiding bij allerlei sociale activiteiten zoals bioscoopbezoek, wandelingen in het park en huiswerkbegeleiding voor jongeren) en zijn de uitgaven voor deze functie enorm gestegen.

### *Behoeften van burgers*

Er zijn verschillende onderzoeken gepubliceerd over de behoeften van mensen ten aanzien van de langdurige zorg. Daaruit komt bijvoorbeeld naar voren de behoefte van veel burgers aan zekerheid<sup>4</sup>. Een in opdracht van VWS uitgevoerd onderzoek naar de beleving van cliënten en patiënten van de veranderingen in de gezondheidszorg schetst die behoefte<sup>5</sup>. Mensen vinden geborgenheid, veiligheid, menselijke maat en respect in de zorg erg belangrijk. Dit is in het bijzonder van belang omdat mensen die afhankelijk zijn van de AWBZ, vaak kwetsbaar zijn. Aan de andere kant is er ook een groep mensen die weliswaar kwetsbaar is in

<sup>1</sup> De eerste verstrekkingen waren verblijf vanaf het tweede jaar in ziekenhuizen (waaronder psychiatrische), verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten. Daar kwamen in de loop der tijd onder andere bij: verblijf in Het Dorp, dagverblijven voor gehandicapten, het vaccinatieprogramma, het onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten, GVT's, hulp vanwege een kruisorganisatie en hulp door een RIAGG, verblijf in een RIBW. Ook waren er verstrekkingen die er bij kwamen en later weer verwijderd, zoals verblijf in de medische kinderdagverblijven en medisch kleuterdagverblijven.

<sup>2</sup> De AAW-voorzieningen die met de intrekking van de AAW naar de AWBZ overgingen werden ook opengesteld voor 65+.

<sup>3</sup> Onder de WBO waren er projecten ontstaan als tijdelijke opnamen, dagopvang en dagverzorging. De bejaardenoorden boden die zorg aan de zelfstandig wonende ouderen in hun zorggebied. Overwogen is of deze voorzieningen gezien hun raakvlakken en overlap niet beter onder de Welzijnswet zouden kunnen vallen. Uiteindelijk is per 2001 toch gekozen voor de AWBZ als onderdeel van de flexibele aanspraken verpleging en verzorging.

<sup>4</sup> Zie onder meer In het zicht van de toekomst; Sociaal en Cultureel Rapport 2004; SCP 2004; www.21minuten.nl; De sociale staat van Nederland 2007; SCP, september 2007.

<sup>5</sup> De patiënt centraal; Anker Solutions, New York en Amsterdam, mei 2007.

lichamelijk of geestelijk opzicht, maar tegelijk ook steeds mondiger is en zich onafhankelijker opstelt. Daarbij past dat zij zelf keuzes kunnen maken over de manier waarop zij de zorg georganiseerd willen zien. De AWBZ moet hierop zijn toegesneden.

Om dat te bereiken moet in de AWBZ de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt (weer) het uitgangspunt zijn. Het centraal stellen van de cliënt is ook de belangrijkste doelstelling geweest van de modernisering van de AWBZ. Het groot project Modernisering AWBZ is in 1999 gestart met de nota Zicht op zorg en de aanbidding daarvan aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 1998/99, 26 631, nr. 1). Dat traject heeft vele verworvenheden opgeleverd. Bijvoorbeeld allerlei initiatieven die nu mogelijk zijn op het vlak van integrale zorg en ondersteuning zoals de «Buurtzorg aanpak» en het Friese «Trynwalden». Regelingen in de AWBZ die deze initiatieven mogelijk maken, hebben inmiddels een groot draagvlak. Toch zijn er nog verdergaande verbeteringen en vereenvoudigingen nodig om ervoor te zorgen dat er in de zorgverlening daadwerkelijk primair vanuit de cliënt wordt gedacht. Dit vergt meer dan in het verleden maatwerk, gericht op specifieke ziektebeelden. Een voorbeeld is dementie. Door gerichte interventies, met name in het begin van de ziekte, kan de kwaliteit van leven worden verhoogd en een zwaar(der) beroep op zorg worden uitgesteld. Eenvoud en kwaliteit in de uitvoering, én innovatie, zijn hier de sleutelbegrippen om tot verbetering te komen. En het is nodig meer inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van zorginstellingen zodat cliënten een bewuste keuze kunnen maken.

Ten slotte blijkt dat burgers behoefte hebben aan duidelijkheid over de besteding van premiemiddelen. De gemiddelde Nederlander met een modaal inkomen betaalt nu al circa € 320,- per maand aan AWBZ-premie. Door de enorme groei van de AWBZ komt steeds pregnanter de vraag naar betaalbaarheid en behoud van solidariteit op de langere termijn aan de orde. We moeten aan burgers die premie betalen, steeds kunnen uitleggen dat AWBZ gelden goed besteed worden, willen zij solidair blijven. Ik vind het noodzakelijk om nu maatregelen te nemen om het AWBZ-pakket aan te scherpen. Uiteindelijk gaat het daarbij om de vraag welke zorg voor welke groepen mensen onbetwistbaar in de AWBZ thuis hoort. Mensen moeten structureel op goede zorg kunnen blijven rekenen. De langdurige zorg waar mensen aanspraak op kunnen maken en de uitvoering daarvan moet daarvoor onbetwistbaar en geloofwaardig zijn.

### **3. Adviezen over de AWBZ**

De SER heeft op mijn verzoek advies uitgebracht. Het advies inzake de Toekomst AWBZ is op 18 april 2008 gepresenteerd. In deze paragraaf wordt ingegaan op dit advies. Daarnaast wordt ook ingegaan op andere adviezen die gegeven zijn. Vervolgens geef ik in paragraaf 4, mede namens het kabinet, mijn reactie op beide adviezen alsook mijn visie op de langdurige zorg en de AWBZ.

#### *3.1 Hoofdlijnen SER advies*

De SER constateert in zijn advies dat er verschillende soorten knelpunten zijn:

- zorginhoudelijke knelpunten: onvoldoende kwaliteit/samenhang/regiemogelijkheden cliënt;
- onvoldoende beheersbaarheid van de zorgkosten: te ruime aanspraken en onduidelijke afbakening met andere maatschappelijke sectoren en stelsels;
- het ontbreken van voldoende doelmatigheidsprikkels in de uitvoering (geen risicodragende uitvoering);

- knelpunten in verband met het financiële draagvlak voor de AWBZ: demografische, sociaal-culturele, economische, technologische en arbeidsmarktontwikkelingen.

Daarmee, zo is conclusie van de raad, is de huidige AWBZ onvoldoende op de toekomst voorbereid. Voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op toekomstige ontwikkelingen in en rond de AWBZ, zijn aanpassingen nodig. De maatregelen die de SER voorstelt zijn gericht op het centraal stellen van de cliënt (meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden), verbeteren van kwaliteit en samenhang in de zorg en ondersteuning, zorgen voor beschikbaarheid van de zorg en zorgpersoneel, bewerkstelligen van meer eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, bevorderen van innovatie, differentiatie en maatwerk in het zorgaanbod en het waarborgen van de financiële houdbaarheid en het maatschappelijk draagvlak (solidariteit).

De SER ziet op dit moment onvoldoende draagvlak of noodzaak voor grote stelselwijzigingen. In plaats van een blauwdruk voor de toekomst als ijkpunt voor de herziening van de AWBZ, bepleit de raad een meer geleidelijke benadering. Deze houdt in dat op korte termijn – in de komende vier jaar en dus uiterlijk in 2012 – forse verbeteringen worden gerealiseerd in het functioneren van de AWBZ, die volgens de raad hoe dan ook noodzakelijk zijn.

De SER stelt een gefaseerde aanpak voor.

### 3.1.1 Maatregelen korte termijn (tot 2012)

Voor *de korte termijn* pleit de SER ervoor de AWBZ echt toe te spitsen op de langdurige zorg. De SER benoemt de volgende maatregelen:

1. aanscherpen aanspraken/ghasheldere polis en verdere verbetering van de indicatiestelling<sup>1</sup>;
2. de op herstelgerichte zorg over te hevelen naar de Zvw;
3. de sociale hulp- en dienstverlening naar de Wmo over te hevelen;
4. de AWBZ beter af te bakenen ten opzichte van Wmo, onderwijs, jeugdzorg en sociale werkvoorziening (jonggehandicapten);
5. waar mogelijk voort te gaan met het scheiden van wonen en zorg.

Verder formuleert de SER een aantal voorstellen voor verbetering van de AWBZ-uitvoering die in de kern neerkomen op een kanteling naar meer vraagsturing in de AWBZ. Het gaat met name om voorstellen voor:

1. Een omslag van instellingsbudgettering naar persoonsvolgende bekostiging van zorgaanbieders;
2. De ontwikkeling van zorgpakketten naar zorgzwaarte en daarbij behorende normbedragen als basis voor de vaststelling van persoonsvolgende budgetten (pvb).
3. De opdracht om te werken aan preventie en het versterken van zorginhoudelijke samenhang over domeingrenzen heen (ketenzorg);
4. Versterking van de positie van het pgb.

Volgens de SER leiden deze veranderingen er toe dat zorgverzekeraars uiterlijk in 2012 de uitvoering van *onderdelen* van de AWBZ op zich kunnen nemen voor hun eigen verzekerden.

### 3.1.2 Maatregelen lange termijn (na 2012)

Voor de lange termijn benoemt de SER enkele globale beleidsrichtingen:

1. Blijvende kern AWBZ voor vroeg-gehandicapten.
2. Drie alternatieven voor zorg voor ouderen, chronisch zieken/vergelijkbare groepen:
  - uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden;
  - afzonderlijke privaatrechtelijk door zorgverzekeraars uitgevoerde careverzekering voor ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken;

<sup>1</sup> Met ingang van 1 januari 2008 is al een eerste stap gezet door het laten vervallen van de functie ondersteunende begeleiding voor mensen met een lichamelijke beperking. Het pleidooi van de SER voor een glasheldere polis in de AWBZ zie ik als een ondersteuning van deze maatregel. Zie verder paragraaf 5.4.1.

- overheveling ouderenzorg en /zorg voor chronisch zieken naar de Zvw (waarbij als randvoorwaarden gelden een goed functionerende Zvw, een adequaat risicovereveningsmodel en een evenwichtige lastenverdeling).

Nogmaals, op korte termijn zullen maatregelen nodig zijn, ongeacht welke oplossingen er voor de lange termijn worden gekozen. De genoemde maatregelen zoals in paragraaf 3.1.1. staan benoemd zijn dan ook robuust; het zijn «no regret» stappen die de AWBZ verbeteren ongeacht het exacte lange termijn eindperspectief.

In bijlage 1 is een samenvatting van het SER advies opgenomen<sup>1</sup>.

### 3.2 Overige adviezen

Zoals in paragraaf 1 al is aangegeven, zijn er de afgelopen jaren vele adviezen over de AWBZ verschenen. De RVZ heeft in het verlengde van zijn eerdere advies over de AWBZ uit 2005 recentelijk (op 31 januari 2008) opnieuw een rapport over de AWBZ uitgebracht met de titel «*Beter af zonder AWBZ?*». In dit rapport beoordeelt de RVZ de wenselijkheid van het voortbestaan van de AWBZ als afzonderlijke zorgverzekering vanuit het perspectief van verschillende cliëntgroepen. De RVZ geeft een genuanceerd antwoord op de vraag of cliënten beter af zijn zonder de AWBZ. Vanwege de potentiële zorginhoudelijke voordelen voor grote groepen cliënten acht de raad herverdeling van AWBZ aanspraken over Wmo en Zvw gewenst. Daarnaast is er uit oogpunt van een doelmatige zorgorganisatie winst te behalen zo meent de Raad. De Raad schetst echter ook de mogelijke risico's. Alles afwegende ziet de Raad het afschaffen van de AWBZ, onder voorwaarden waaronder een gedegen overgangstraject, als het gewenste eindperspectief. «Beter af zonder AWBZ» dus. Daarnaast wijst de Raad op het belang van ketenzorg, casemanagement en op het organiseren van en goed functionerende brede eerstelijnsgezondheidszorg en op het vergroten van de rechtszekerheid in de Wmo door aanscherping van de compensatieplicht.

## 4. Visie op de langdurige zorg

Het Coalitieakkoord als vertrekpunt nemend en kijkend naar de analyses en adviezen die nu beschikbaar zijn, is het naar mijn oordeel goed mogelijk een aantal uitgangspunten te formuleren voor een toekomstbestendige AWBZ waarvoor veel draagvlak bestaat. Een AWBZ die ook weer meer terug gaat naar zijn oorspronkelijke doelstellingen. Ik heb in het kader van de eerder genoemde «*Agenda voor de langdurige zorg*» al de nodige maatregelen in gang gezet om de werking van de langdurige zorg te verbeteren. Ik verwacht dat deze bruikbare resultaten oplevert voor het nader invullen van het lange termijn perspectief.

### 1. Versterken positie van de cliënt.

Dit lange termijn perspectief houdt in ieder geval in dat de cliënt écht centraal moet komen te staan. Het gaat hierbij om mensen die afhankelijk zijn van de AWBZ, en vaak kwetsbaar zijn. En ook om de groep mensen die weliswaar kwetsbaar is in lichamelijk of geestelijk opzicht, maar die ook steeds mondiger is en zich onafhankelijker opstelt. In beide gevallen gaat het om respect voor de eigenheid en waardigheid van elk individu.

### 2. Keuzevrijheid en diversiteit in wonen.

Ik wil geen verdergaande markwerking in de zin van concurrentie tussen aanbieders op basis van vrije prijzen. Wel wil ik meer diversiteit bevorderen. Cliënten moeten kunnen kiezen hoe en van wie zij hun zorg ontvangen. Zorgverleners moeten de ruimte en stimulansen krijgen om daar goed op in te spelen. Cliënten moeten kunnen kiezen hoe zij willen

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

wonen. In een samenleving die steeds diverser wordt, past het niet de woonvorm voor iedereen gelijk te stellen. Bij de invulling van zorg moet daar ook rekening mee worden gehouden, waarbij het recht op zorg voor iedereen gelijk is.

3. Verbeteren van kwaliteit in zorg en bevorderen van innovatie.

Kwaliteit van leven is voor het kabinet een belangrijk uitgangspunt.

Daarbij staat de beleving van de cliënt voorop: menselijke maat en respect voor de waardigheid van cliënten. Het «gewone» leven moet, ook als intensieve zorg nodig is, zoveel mogelijk doorgaan. Het is belangrijk de state-of-the-art zorg te kunnen leveren, de cliënt moet goed en snel kunnen profiteren van innovaties geleverd door voldoende goed opgeleid personeel.

4. Bestendigen van solidariteit/financiële houdbaarheid.

Duidelijk zal moeten worden hoe – ook door aanscherping in de vorm van pakketaanpassingen – goede kwaliteit van zorg niet alleen nu maar ook in de toekomst gegarandeerd kan worden. Alleen dan is men bereid duurzaam solidariteit voor elkaar op te brengen.

5. Verminderen van bureaucratie door kwaliteit een eenvoud van de uitvoering.

De zorgverlening en de relatie tussen cliënt en professional moet zo min mogelijk worden belast met bureaucratie. Organisaties in de AWBZ als het ClZ, de zorgkantoren en de zorginstellingen moeten nog te veel tijd, geld en energie investeren om de onderlinge processen goed op elkaar aan de laten sluiten. Zorgverlening aan mensen die juist vanwege de zorgbehoefte kwetsbaar zijn moet een zaak van mens tot mens zijn, vormgegeven vanuit vertrouwen. De zorg moet aan de mensen worden teruggegeven. Op dit moment is de bureaucratische last te hoog. Eenvoud en kwaliteit in de uitvoering en indicatiestelling zijn hier de sleutelbegrippen om tot verbetering te komen.

#### *Zeker van zorg nu en straks*

Er ligt een belangrijke vraag hoe kwalitatief hoogwaardige zorg voor degenen die daarop zijn aangewezen, ook in de toekomst beschikbaar blijft. Duurzaamheid van en duidelijkheid over de publieke betrokkenheid met de langdurige zorg betekent dat heldere keuzes moeten worden gemaakt en dat ook de begrenzingen helder moeten worden aangegeven. Voor het kabinet is de mate waarin mensen wel of niet in staat zijn zelfstandig richting aan het leven te geven een belangrijke maatstaf voor het vormgeven van de publieke verantwoordelijkheid voor de langdurige zorg.

De beschikbaarheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van een integraal arrangement van zorg en ondersteuning 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, dient altijd te zijn gegarandeerd. Het gaat daarbij onder andere om dementerenden in een verder gevorderd stadium van het ziekteproces, verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten die zeer afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan een zwaar lichamelijk gehandicapte vrouw wiens echtgenoot met begeleiding zorg thuis kan volhouden, een psychiatrische patiënt die met begeleiding zijn zelfredzaamheid kan vergroten of een verstandelijk gehandicapte dertiger die met woonbegeleiding zelfstandig kan wonen. Een publieke verantwoordelijkheid voor het organiseren van die steun ontstaat wanneer de beslissingen die iemand over de inrichting van zijn eigen leven neemt, of juist niet neemt of kan nemen, nadelige gevolgen of zelfs een gevaar oplevert voor zichzelf of voor de omgeving. Zonder het arrangement van een beschermde woonomgeving, zorg en ondersteuning is de kwaliteit van leven en de menswaardigheid dan in het geding. Ik vind dat het maatschappelijke doel hier primair gericht is op het creëren van een veilige



omgeving waar mensen met respect en behoud van hun waardigheid worden bejegend en zoveel mogelijk volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. De publieke verantwoordelijkheid bestaat er primair uit ervoor te zorgen dat dergelijke arrangementen in voldoende mate beschikbaar zijn en van goede kwaliteit zijn. Ik zie de publieke AWBZ-verzekering als het instrument bij uitstek om de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg te waarborgen en de bekostiging daarvan vorm te geven.

Deze visie op de langdurige zorg betekent dat de AWBZ in de toekomst weer wordt gericht op de groep mensen voor wie de AWBZ oorspronkelijk bedoeld is. Ik zet deze zienswijze nadrukkelijk neer voor de langere termijn. Tegelijkertijd neem ik het advies van de SER over, dat het op dit moment nog te vroeg is om over het eind- of toekomstperspectief voor de langdurige zorg een definitief oordeel uit te spreken. Ik neem daarmee voorlopig afstand van het eindperspectief (koersen op uiteindelijke opheffing van de AWBZ) zoals dat door de RVZ is geschetst. In de volgende paragraaf ga ik in op de maatregelen die ik op korte termijn neem. Die maatregelen en het beleids- en onderzoeksprogramma dat ik met het oog hierop zal uitvoeren, zullen tevens bruikbare bouwstenen opleveren voor de nadere invulling van het lange termijn perspectief voor de AWBZ zoals ik dat hiervoor op hoofdlijnen heb verwoord.

## **5. Stappen op weg naar zekere zorg**

In dit hoofdstuk worden de concrete beleidsmaatregelen op de korte termijn en de beleidsontwikkelingen ten behoeve van de bepaling van het lange termijn perspectief nader uitgewerkt. De thema's zoals geformuleerd in de vorige paragraaf zijn daarbij leidend:

- Versterken positie van de cliënt
- Keuzevrijheid en diversiteit in wonen
- Verbeteren kwaliteit van zorg en bevorderen innovatie
- Bestendigen solidariteit en budgettaire houdbaarheid
- Verminderen van bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering

In bijlage 2 bij deze brief zijn op hoofdlijnen de maatregelen uit deze paragraaf weergegeven in de vorm van tijdbalk<sup>1</sup>.

De stappen die het kabinet wil zetten, moeten echt een verbetering betekenen voor cliënten en voor de werkers in de zorg. Bij de uitwerking van de maatregelen zal daarom goed worden gevolgd wat de effecten voor cliënten en professionals zijn. Tegelijk moeten ook de gevolgen voor toekomstige zorguitgaven steeds in het oog worden gehouden. Bij de nadere uitwerking en invoering zal dit een aandachtspunt blijven.

Voortbouwend op de «*Agenda voor langdurige zorg*» zal ik over de verdere uitwerking van de maatregelen in overleg treden met cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en zorgverzekeraars.

### **5.1 Versterken positie van de cliënt**

#### *5.1.1 Uitgangspunten*

Ik wil bereiken dat de cliënt in de zorg centraal staat en dat ook zo ervaart. Het is belangrijk dat de cliënt geholpen wordt beter zijn weg te vinden in de mogelijkheden die in de zorg geboden worden. Dit begint bij het zelf kunnen kiezen door wie en hoe je verzorgd wordt.

Goede cliëntondersteuning, zoals aangeboden door de MEE-organisaties, is hierbij uitermate belangrijk. Goede informatievoorziening en advisering kan de zelfredzaamheid van cliënten vergroten. Mensen kunnen dan

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

langer thuis blijven wonen. Dit betekent voor veel cliënten meer kwaliteit van leven. Bovendien hoeven mensen dan minder snel een beroep te doen op zwaardere zorg.

Cliënten moeten zo nodig ook kunnen terugvallen op heldere juridische voorwaarden voor een goede zorgrelatie. Hun rechten moeten beter aansluiten op de moderne, complexe zorg en, naast behandeling, ook van toepassing zijn bij alle overige functies op grond van de AWBZ. Cliënten moeten invloed kunnen uitoefenen op verleende zorg, en zo bijdragen aan een betere kwaliteit en innovatie van de zorg in Nederland. Dat kan in de vorm van inspraak bij zorginstellingen en bij zorgverzekeraars en door participatie in vertegenwoordigende organisaties, maar ook door zelf te kunnen kiezen welke zorgverlener de zorg levert.

In dit verband wijs ik ook graag op het pgb. Daar staat de cliënt bij uitstek centraal. Het pgb bestaat nu ruim 10 jaar. De pgb-regeling stelt mensen in staat hun eigen zorgbudget te beheren en zorgverleners naar eigen keuze in te huren op het tijdstip dat dit het beste uitkomt. De budgethouder is zelf werkgever of opdrachtgever van zijn hulpverleners en zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. De keuzevrijheid van mensen die van zorg afhankelijk zijn, is door het pgb toegenomen. De positie van de cliënt is erdoor versterkt. Het pgb blijkt in een behoefte te voorzien en het aantal gebruikers ervan groeit dan ook hard. Relatief gezien maakt zo'n 15% van alle zorgvragers in de AWBZ gebruik van het pgb. Ik hecht aan het bestaan van het pgb in het licht van een sterke cliëntenpositie. Ik zie echter ook dat het pgb nooit voor alle zorgvragers een geschikt instrument zal zijn omdat niet iedereen in staat is of bereid is om aan de verplichtingen te voldoen die het pgb met zich meebrengt. De pgb is voor mij een belangrijke variant naast zorg in natura.

In de zorg in natura mag de cliënt er op rekenen dat de zorg veilig is, dat zijn rechten goed geregeld zijn en dat die rechten door de zorgverlener gerespecteerd worden. Om dit te realiseren is het nodig dat de zorgaanbieder denkt vanuit het perspectief van de cliënt en dat de cliënt, of zijn persoonlijke vertegenwoordiger, weet wat hij mag verwachten. In de brief «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie»<sup>1</sup> is beschreven hoe het kabinet deze doelstelling wil bereiken. Om te zorgen dat de rechten die tussen de cliënt en zorgverlener tot uitdrukking zouden moeten komen, zo nodig ook kunnen worden afgedwongen, is wetgeving noodzakelijk. Met wetgeving wordt de rechtspositie van cliënten in de zorg in natura uitgebreid op het gebied van keuze-informatie, kwaliteit en veiligheid, de toepassing van cliëntenrechten in de langdurende zorg, het recht op afstemming, de uitbreiding van de aansprakelijkheid, een laagdrempelige klacht- en geschilprocedure en goede medezeggenschap. Wetgeving moet eveneens als stimulans functioneren voor het tot stand komen van normen voor patiëntveiligheid, kwaliteitsindicatoren, meten en publiceren van klantervaringen en algemene voorwaarden.

### *5.1.2 Persoonsvolgende bekostiging*

De SER geeft in zijn advies aan dat er in de AWBZ een verdere omslag moet komen van aanbodsturing naar vraagsturing. De raad stelt daarom voor deze kanteling vorm te geven door introductie van persoonsvolgende bekostiging voor de zorg in natura. Ik ben het in grote lijnen eens met dit advies en de maatregelen die de SER terzake voorstelt, maar plaats wel enkele kanttekeningen. Het advies is deels een ondersteuning van al ingezet beleid (invoering ZZP's) en deels een aansporing om verdergaande stappen te zetten.

---

<sup>1</sup> Brief Programma: «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (Kamerstuk 31 476, nr. 1, 23 mei 2008).

Zoals al gezegd, ik ben van mening dat in de zorg de cliënt centraal moet staan. Zorgprocessen moeten vanuit de behoeften van de patiënten worden georganiseerd, en de cliënt moet kunnen kiezen uit het best passende zorgarrangement bij de zorgverlener naar keuze. De ene cliënt zal dan kiezen voor een pgb (zie vorige paragraaf) en de ander voor zorg in natura. De zorgverleners moeten ook voor zorg in natura worden geprikkeld tot het leveren van doelmatige en goede zorg in de vorm van een zorgarrangement dat past bij de voorkeuren van de cliënt. Een persoonsvolgend bekostigingssysteem levert hier voor de zorg in natura een bijdrage aan. De essentie van een dergelijke werkwijze is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze. Niet de instelling is dan het vertrekpunt voor de bekostiging, maar de cliënt met een bepaalde zorgvraag. De cliënt beschikt niet zoals bij het pgb, zelf over het budget, maar indien een cliënt naar een andere zorgaanbieder gaat, zal het budget ook naar deze andere zorgaanbieder gaan. Het zorgzwaartepakket is dus ook geen individueel afdwingbaar recht in die zin dat de cliënt het bijbehorende bedrag aan geld in handen krijgt. Ook hier worden belangrijke stappen gezet. Centraal staan hier immers het zorgplan dat nieuw is en daarmee de wensen van de cliënt en niet het geld. Een voorwaarde hierbij is dat sprake moet zijn van een eenvoudig systeem waarbij voor diverse cliëntgroepen sprake is van een beperkt aantal pakketten naar zorgzwaarte. Via een onafhankelijke, objectieve indicatiestelling wordt bepaald op welk pakket een cliënt aanspraak heeft, waarbij gebruik wordt gemaakt van een reeks «zorgzwaartepakketten (ZZP)» die gerangschikt is naar oplopende zorgzwaarte van mensen. De ontwikkeling en het periodieke onderhoud van de zorgzwaartepakketten aan de hand van regelmatig prijsonderzoek is een taak van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Ik wil op deze manier toewerken naar een eenvoudig en helder bekostigingssysteem dat bijdraagt aan de cliëntgerichtheid van de zorg. Bij een volledig systeem van persoonsvolgende bekostiging krijgt de cliënt de mogelijkheid naar elke gekwalificeerde aanbieder te gaan. Zover wil ik nu nog niet gaan. Wel zet ik, voortbouwend op de invoering van zorgzwaartebekostiging, nu een aantal stappen in de richting van persoonsvolgende bekostiging. Hierbij zal worden uitgewerkt hoe dit, in relatie tot de zorginkoop door de uitvoerders van de AWBZ, vormgegeven wordt (zie paragraaf 5.5.3). Immers, als de cliënt volledig vrij voor elke gekwalificeerde aanbieder kan kiezen, roept dit mogelijk spanning op met de sturingsmogelijkheden voor de uitvoerders van de AWBZ. Ik wil voorkomen dat dit systeem van persoonsvolgendheid leidt tot een volledig geïndividualiseerd zorgmodel. Persoonsvolgendheid betekent niet dat elke cliënt volledig zelfsturend is. Ik vind dit niet wenselijk, immers, kwetsbare groepen zijn niet altijd of niet altijd voldoende in staat tot zelfsturing. Ook kan een ongewenst effect van persoonsvolgende bekostiging zijn dat calculerend gedrag in de hand wordt gewerkt waarbij vooral de mondige burgers in staat zijn hun recht op te eisen. Daarom wil ik een systeem dat de zorgvraag van een cliënt en het zorgplan dat daarbij hoort, centraal stelt. Gelet hierop ben ik van mening dat ook binnen het persoonsvolgend systeem (zorg in natura) een rol voor zorginkoop door de uitvoerders van de AWBZ moet blijven bestaan. Daarnaast is het, zowel bij zorg in natura als bij pgb-gefinancierde zorg, zo dat zorg met regelmaat in groepsverband (al dan niet in een instelling) wordt geboden. Omdat de zorgverlening vaak op een collectieve wijze of groepsgewijs gebeurt, 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.

Ik wil het persoonsvolgend systeem de komende jaren verder stapsgewijs invoeren. Daartoe zal ik mij richten op de volgende aspecten en voorwaarden voor de invoering van een dergelijk systeem: duidelijk

omschreven aanspraken (zie paragraaf 5.4.1), een eenduidige en stabiele indicatiestelling met een landelijk uniforme werkwijze en vergelijkbare uitkomsten, een goed werkend systeem voor declaratieverkeer op individueel cliëntniveau en goede afspraken met verzekeraars over zorgcontractering (zie paragraaf 5.4.2).

#### *Zorgzwaartepakketten voor alle cliëntgroepen*

Het is noodzakelijk om een oplopende schaal van zorgzwaarte voor alle cliënten, op een uniforme wijze, vorm te geven; bij voorkeur door een systematiek van zorgzwaartepakketten te ontwikkelen voor alle cliëntgroepen. Er zal nog verkend moeten worden of een dergelijk systeem voor alle cliëntgroepen in de AWBZ passend is. De invoering van zorgzwaartebekostiging voor verblijfszorg is een eerste stap. Voor cliënten met behoefte aan 24-uurs aanwezigheid van een zorgverlener in een beschermde woonomgeving zijn in de periode 2005–2007 de zorgzwaartepakketten ontwikkeld. Deze worden vanaf juli 2007 gebruikt voor de indicatiestelling en vanaf 2009 verwerkt in de bekostiging van instellingen die deze zorg bieden.

Nog in deze kabinetsperiode zal de bekostiging van de extramurale zorg worden gebaseerd op een systematiek van zorgzwaartepakketten. Met deze maatregel die ertoe leidt dat de bekostiging aansluit bij de cliënt, wordt ook een stap gezet die van belang is voor de overheveling van zorg naar de Zvw (zie daarover paragraaf 5.4.2). In 2008 wordt gestart met de ontwikkeling van een overzichtelijke reeks zorgzwaartepakketten voor mensen die voldoende regie hebben en voldoende zelfredzaam zijn om de zorg thuis te ontvangen. In 2011 wil ik een dergelijke werkwijze invoeren.

#### *Contracteerruimte*

Met de hiervoor beschreven voornemens inzake de zorgzwaartebekostiging in samenhang met de maatregelen verderop in deze brief worden de voorwaarden vervuld voor verdere vervolgstappen in de richting van persoonsvolgendheid. Zoals hiervoor aangegeven ga ik nu niet zover dat ik overstap op een systeem van volledige persoonsvolgendheid. Dit betekent dat de komende periode sprake zal zijn van zorginkoop door de uitvoerders van de AWBZ. Daarbij past ook de systematiek van de contracteerruimte. Ik zie de contracteerruimte overigens als een tijdelijk instrument. Vooralsnog ga ik er van uit dat de huidige werkwijze van regionale contracteerruimte, wordt gecontinueerd. Ik kan mij voorstellen dat de contracteerruimte in zijn huidige vorm op termijn – onder voorwaarden – kan worden afgeschaft. Daarbij is in ieder geval van belang dat de aanspraken scherper dan nu zijn geformuleerd (glasheldere polis, zie paragrafen 5.4.1 en 5.4.2), dat de indicatiestelling is verbeterd, dat er sprake is van stabiele tarieven die een goede weergave zijn van de zorgkosten en dat eigen betalingen een gepast gebruik stimuleren.

## **5.2 Keuzevrijheid en diversiteit in wonen**

Ik vind het belangrijk dat de zorg voor iedereen kwalitatief goed en gelijk is. Maar diversiteit in wonen en aanvullende diensten is heel goed mogelijk. Mensen moeten kunnen kiezen hoe ze willen wonen. Het kabinet is van mening dat door het financieel scheiden van wonen en zorg de diversiteit in wonen kan toenemen. Het voorkomt ook dat in de toekomst de verwachte toename van de behoefte van de burger aan wooncomfort binnen de AWBZ moet worden opgevangen. Onderdeel van het stimuleringsbeleid vormt de invoering van het volledig pakket thuis en het vergroten van de mogelijkheden voor bouw.

Met de invoering van de regeling «volledig pakket thuis» per 1 juli 2007 is een belangrijke stap gezet om scheiden van wonen en zorg voor mensen met een indicatie voor «verblijf» mogelijk te maken. Op basis van deze

regeling kunnen mensen er voor kiezen om de woonkosten zelf te betalen voor een woning of woonvorm waar men voorkeur voor heeft. Voorwaarde is wel dat de zorg op een goede en doelmatige manier geleverd kan worden in de gewenste woonvorm. Ook met het Actieplan «Beter (t)huis in de buurt» dat u in december 2007 heeft ontvangen, wordt diversiteit op het terrein van wonen en zorg gestimuleerd.

De keuzemogelijkheden en keuzevrijheid van cliënten als het gaat om het soort huisvesting waar hun voorkeur naar uitgaat, dient de komende jaren verder vergroot te worden. De grotere betrokkenheid van de aanbieder op de wensen van de cliënten kan ook in de intramurale huisvesting tot uiting komen. Op termijn zal er sprake zijn van een integraal ZZP, een pakket waarvan zowel de zorgkosten als de gebouwgebonden kosten deel uit maken. Hierbij staat zorgvuldigheid voorop. Ik vind het te vroeg om al met ingang van 2009 op basis van integrale tarieven te gaan bekostigen. In 2009 is er naast de prijs van een ZZP nog sprake van een aparte kapitaallastenvergoeding per instelling per (toegelaten) plaats. Ik geef in eerste instantie prioriteit aan het invoeren van de zorgzwaartebekostiging. Ik wil voorkomen dat instellingen in een te korte tijd te maken krijgen met een stapeling van maatregelen met financiële effecten waardoor de bestuurskracht bedreigd wordt.

Om het doel van meer diversiteit in het wonen te blijven realiseren neem ik de volgende stappen:

1. Voor mensen met behoefte aan «verblijf» (24 uur toezicht, beschermde woonomgeving) wordt de regeling «volledig pakket thuis» per 2009 verder uitgebreid. Hierdoor worden de mogelijkheden voor zorginstellingen verruimd om een volledig pakket bij mensen thuis of in een kleinschalige woonvoorziening te leveren. Met deze regeling wordt het «scheiden van wonen en zorg» en dus keuzevrijheid in woonvorm voor deze groep mensen verder gestimuleerd.
2. Instellingen die verblijfszorg bieden, wil ik verder prikkelen tot een verhoogde cliëntoriëntatie (bijvoorbeeld door leefwensen op te nemen in de zorgplannen), ruimte bieden voor ondernemerschap en meer (financieel) risico laten dragen. Het kabinet wil in deze kabinetsperiode een onomkeerbare stap zetten. Daartoe zullen integrale tarieven, inclusief kapitaallasten, worden ingevoerd in 2011. Vooruitlopend daarop zal ik het bouwregime voor de langdurige zorg met ingang van 1 januari 2009 afschaffen. Dit betekent een forse vermindering van de bureaucratie omdat vanaf komend jaar geen toelatingen met bouw, noch vergunningen meer nodig zijn voor het realiseren van gebouwen ten behoeve van de care. Het bouwprogramma zoals ik dat heb vastgesteld kan zonder verdere inmenging van het ministerie en het College Bouw worden uitgevoerd. Maar ook buiten dat programma om kunnen initiatieven worden ontwikkeld. Met de kosten die daaruit voortvloeien, zal in het bekostigingsstelsel rekening worden gehouden. De nacalculatie van de kapitaallasten laat ik de komende jaren nog in stand. Dat betekent dat kosten van huisvesting die al langer bestaan en van nieuw in gebruik te nemen voorzieningen voorsnog worden vergoed ook als er mogelijk sprake is van een niet volledige bezetting. Ik heb niet de verwachting dat dit zal leiden tot onnodige nieuwe bouwplannen. Het afschaffen van het bouwregime is een eerste stap richting risicodragend investeren, en dus risicodragend bouwen, door zorginstellingen. Hiermee wordt ook het creatief ondernemerschap bevorderd. Indien instellingen nu overgaan tot «on doelmatige» bouw, dan zullen zij bij de invoering van een integraal tarief (2011) nadelige effecten ondervinden. Voorts duurt een gemiddeld bouwproject circa 5–6 jaar; bij ingebruikname zal sprake zijn van risicodragendheid. Ik zal

de NZa verzoeken verder te gaan met hun werkzaamheden ten behoeve van het onderbrengen van de vergoeding van kapitaallasten in de zorgzwaartepakketten. Met het afschaffen van het bouwregime bewerkstellig ik een aanzienlijke reductie van de administratieve lasten.

3. Het kabinet wil op korte termijn scheiden van wonen en zorg doorvoeren voor die groepen waar het voordeel oplevert, dat wil zeggen meer keuzemogelijkheden. Dat zijn de mensen met somatische beperkingen en de lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Het financieel scheiden van wonen en zorg voor deze groep betekent de AWBZ-aanspraken zo wijzigen dat het wonen daar niet langer deel van uit hoeft te maken. Het kabinet streeft ernaar per 2010 deze maatregel in te voeren, tenzij uit nadere analyses blijkt dat dit voor specifieke groepen cliënten dan wel specifieke voorzieningen niet verantwoord is. Voorafgaand aan deze stap wil ik duidelijkheid over:
- de (inkomens-)consequenties voor genoemde doelgroepen. Hiertoe vindt op dit moment nader onderzoek plaats waarvan de resultaten naar verwachting dit najaar bekend zijn. In het najaar zal ik u hierover nader informeren.
  - gevolgen voor onder meer de zorginstellingen, de corporaties, de lokale overheid (met name in het kader van de Wmo) en de rijksoverheid (onder meer de gevolgen voor de huurtoeslag). Onderzoek hiernaar loopt.
  - De nadere bepaling bij wie en waar scheiden van wonen en zorg mogelijk en wenselijk is. Daarvoor wordt een uitvoeringstoets gevraagd aan het CVZ.

Deze onderzoeken – waarmee de financiële consequenties (waaronder het effect op de huurtoeslag) voor de (rijks)overheid en andere partijen in beeld worden gebracht – zijn nodig om op basis daarvan te besluiten hoe verder invulling zal worden gegeven aan het scheiden van wonen en zorg. Ook zal gekeken worden naar de consequenties voor de uitvoering, bijvoorbeeld voor de Belastingdienst (uitvoering huurtoeslag). In het najaar zal ik u nader informeren over de uitkomsten van genoemde onderzoeken en de verder te nemen stappen.

4. Scheiden van wonen en zorg en integrale ZZP's zijn zogenoemde «communicerende vaten» en bestaan naast elkaar. Naarmate scheiden wonen en zorg op een grotere groep mensen van toepassing is, zullen er minder mensen gebruik maken van integrale ZZP. Toch zal er, ondanks het stimuleren van scheiden wonen en zorg, altijd een groep cliënten blijven die een integraal ZZP nodig heeft en geen gebruik zal maken van een eigen woonomgeving.
- Het kabinet zal op korte termijn het tijdspad kenbaar maken voor het invoeren van een integraal tarief voor een ZZP. Ten aanzien van de invoering van integrale tarieven, staat voor mij voorop dat dit zorgvuldig moet gebeuren. Invoering van integrale tarieven betekent dat er in de tussentijd stappen moeten worden gezet richting een stabiel bekostigingssysteem op basis van zorgzwaartepakketten met genormeerde bedragen. Daarnaast moet er voldoende inzicht zijn in de herverdelingseffecten bij de instellingen.
- Hierdoor lijkt mij de invoering van integrale tarieven per 2011 reëel. Bij het opstellen van het tijdspad zal het kabinet met name kijken naar een zorgvuldige invoering van deze maatregel. Perspectief is dat zorgaanbieders op termijn volledig risicodragend worden voor hun investeringsbeslissingen.

## 5.3 Verbeteren kwaliteit van zorg en bevorderen innovatie

### 5.3.1 Uitgangspunten

Menselijke maat en respect voor het individu zijn uitgangspunten voor een fatsoenlijke samenleving. Dat geldt in zijn algemeenheid, maar zeker in de langdurige zorg waar mensen gezien hun kwetsbaarheid vaak afhankelijk zijn van anderen. Dit zijn niet zo maar abstracte waarden, maar fundamentele en concrete uitgangspunten om de zorg vorm en inhoud te geven in de relatie tussen cliënt en professional.

Menselijke maat betekent allereerst dat geredeneerd moet worden vanuit de belevingswereld van de cliënt zelf. Daarnaast gaat menselijke maat over bijvoorbeeld kleinschaligheid, het garanderen van privacy en het bieden van voldoende mogelijkheden om een eigen kamer te hebben. Maar het gaat ook om voldoende tijd en aandacht kunnen geven. Vaak heeft dat te maken met een goede organisatie en logistiek op de werkvloer. In de afgelopen jaren is er in toenemende mate sprake geweest van het «reguleren» van deze relatie. Daar zijn we in sommige opzichten in doorgeslagen, waardoor de verantwoordelijkheid voor het welslagen van die relatie niet meer tussen deze partijen lijkt te liggen, maar bij de regels.

Een verantwoorde invulling van de relatie tussen professional en cliënt dient ook op vertrouwen te zijn gebaseerd. Het is van belang om ondanks de afhankelijkheid die de zorgrelatie kenmerkt, te streven naar maximale autonomie van de zorgontvanger. Voor het beleid betekent dit: het verbeteren van de mogelijkheden om met de langdurige zorg aan te sluiten op verschillen in leefstijlen, culturele diversiteit en eigen identiteit. De stem van cliënten wil ik doorslaggevend(er) laten zijn bij bijvoorbeeld indicatoren voor verantwoorde zorg, maar ook in afrekenen op kwaliteit bij financiering.

### 5.3.2. Kwaliteit meten, verbeteren en borgen

De uitgangspunten van het kwaliteitsbeleid vertaal ik in vier hoofdthema's: transparantie van de kwaliteit, veiligheid in de langdurige zorg, cliëntgerichtheid en professionaliteit van de medewerker. Aanvullend op deze vier thema's zal ik de komende jaren werk maken van het belonen van kwaliteit. Een model om hieraan vorm te geven wordt nu door de NZa ontwikkeld in samenspraak met IGZ en het ministerie.

De opdracht voor de gezondheidszorg is om zo snel mogelijk betrouwbare, vergelijkbare kwaliteitsinformatie en inzicht in klantervaringen beschikbaar te stellen. In de verpleging, verzorging en thuiszorg hebben in 2007 en 2008 meetmomenten plaatsgevonden met behulp van de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. De meetresultaten worden binnenkort openbaar gemaakt. In de gehandicaptenzorg worden op dit moment in een pilot de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren getoetst in 30 instellingen voor de gehandicaptenzorg. Ook in de GGZ worden kwaliteitscriteria ontwikkeld.

Veiligheid is voor alle sectoren benoemd als het meest basale aspect van goede kwaliteit van zorg. Op 22 november 2007 is door het veld van de langdurige zorg en de GGZ een programma voor veilige zorg aan mij aangeboden. De plannen richten zich op borging van veiligheid op systeemniveau, verder onderzoek, borging in het onderwijs en op per sector gekozen inhoudelijke thema's.

<sup>1</sup> Brief van 23 mei 2008 over het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (Kamerstukken II 2007–2008, 31 476, nr. 1).

Zoals ik in paragraaf 5.1.1. heb aangegeven wordt de positie van cliënten in de zorg versterkt door een combinatie van instrumenten<sup>1</sup>.

In de brief «Zorg voor Ouderen»<sup>1</sup> heb ik gemeld de professionalisering van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden te stimuleren. Door professionals in de sector en deskundigen is aangegeven dat de dialoog daarbij van essentieel belang is. Voorwaarde is dat het primaire zorgproces daarbij centraal staat. In stellingen zijn hiervoor primair zelf verantwoordelijk. Ik heb een ondersteunende rol. Initiatieven die ik heb genomen om de professionaliteit te ondersteunen en bevorderen is de voortzetting van de voorstelling «zusters on tour» (200 voorstellingen) en het starten van het programma «een goed gesprek». Dit laatste initiatief zal op de werkvloer met verzorgenden, verpleegkundigen en helpenden aan de slag gaan om de dialoog tussen cliënt en zorgverlener te verbeteren.

### 5.3.3 Innovatie en arbeidsmarkt

De langdurige zorg staat, zoals gezegd, in de nabije toekomst voor grote uitdagingen. Door ondermeer een vergrijzende bevolking, snelle ontwikkeling van behandelmethoden en een toename van chronische ziekten en meervoudige aandoeningen, verandert de vraag naar zorg en neemt deze onverminderd toe. Om de mensen ook in de toekomst met voldoende persoonlijke aandacht kwalitatief goede zorg te kunnen bieden zal, bij gelijke omstandigheden en bij ongewijzigd beleid, ongeveer één op de vier mensen van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg moeten werken. Om deze uitdagingen aan te kunnen zijn ondermeer innovaties een krachtig instrument in preventie en zorg. Door het ministerie van VWS wordt daarom fors ingezet op het versterken van een innovatief klimaat in de zorg. Daartoe is in februari 2008 een afzonderlijke brief naar de Kamer gestuurd<sup>2</sup>. Bij het verder toekomstbestendig maken van de AWBZ moet er daarom met nadruk naar worden gekeken dat innovaties worden gestimuleerd en niet ontmoedigd.

Een belangrijk motor voor het innovatiebeleid in de zorg zal het op 23 april 2008 gelanceerde Zorginnovatieplatform (ZIP) worden. Daarin zitten vertegenwoordigers vanuit de zorg, de wetenschap en de overheid. De hoofdtaken van het ZIP zijn het op de agenda zetten van een innovatief klimaat in de zorg en legitimeren en opschalen van innovaties. Innovaties in de zorg blijven nu nog veel te vaak beperkt tot één of meerdere instellingen en zijn lastig te verbreden. Het ZIP zal op gebied van preventie, cure, maar zeker ook care, enkele innovaties benoemen en breed verspreiden, alsmede een verdiepingsslag maken in de analyse waarom in het huidige systeem innovaties zo lastig hun weg vinden naar een sectorbrede toepassing.

Zeker voor het behoud van kwaliteit en de broodnodige persoonlijke aandacht in de langdurige zorg voor kwetsbaren zullen innovatieve concepten steeds belangrijker worden. Een concreet voorbeeld zijn alarmmatjes. Dit zijn matjes die naast het bed liggen en die een signaal afgeven aan het personeel als bijv. dementerende ouderen 's nachts uit hun bed stappen en gaan wandelen. Denk ook aan relatief simpele innovaties op gebied van valpreventie, aan arbeidsbesparende technologie, aan concepten die mensen zelf weer de regie geven, maar ook aan innovatieve concepten voor een prettige werkomgeving en slimmere werkprocessen.

Het kabinet voelt zich in dit verband door de SER gesteund in de maatregelen zoals het kabinet deze heeft verwoord in de arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg. De inzet zal zich daarbij richten op innovatie in zorgproces, investeren in behoud van personeel en het vergroten van de instroom van personeel.

<sup>1</sup> Brief «Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan,» van 31 mei 2007, (Kamerstukken II 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146).

<sup>2</sup> Brief «Innovatie in zorg en preventie» van 7 februari 2008 (Kamerstukken II, 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).



In diverse regio's verwacht men een verdergaande verkrapping van de arbeidsmarkt. Daarom heb ik het initiatief genomen om, in samenwerking met SZW en OCW, in een zevental regio's proefprojecten te starten om lager opgeleiden toe te leiden naar de zorg en zittend personeel door te laten stromen naar een zorgfunctie op niveau 3 (verzorgende op MBO niveau). In drie van deze regio's regio Zuidwest Brabant (Transvorm), regio Twente Oost-Achterhoek (Zorgselect) en regio Flevoland (Axion) – zijn initiatieven genomen om met een regionale arbeidsmarktstrategie te anticiperen op de verwachte tekortsituatie. En daarmee deze te voorkómen. Dit doen zorgen welzijnsinstellingen samen met gemeenten, ROC's, CWI en UWV en in Flevoland ook met de provincie. Zo wordt in Flevoland onder het motto: «Handen aan de ploeg voor handen in de zorg» in de polder gewerkt aan in- en doorstroom trajecten, behoud van personeel, levensfase gericht personeelsbeleid, innovatie en efficiënter werken en diversiteitbeleid in de zorg. De ervaringen die met deze projecten worden opgedaan, komen eind 2008/begin 2009 beschikbaar. Momenteel is de uitvoering van het stagefonds in voorbereiding. Het is immers van groot belang dat er voldoende en kwalitatief goede stageplaatsen komen met als doel studenten geïnteresseerd te krijgen én te houden voor de zorg.

Het is de bedoeling dat in de zomer de regeling wordt gepubliceerd en het stagefonds dit najaar operationeel wordt, zodat de zorginstellingen een tegemoetkoming krijgen voor stageplaatsen gerealiseerd in het studiejaar 2007/2008.

*Het VWS programma «Zorg voor Beter»* richt zich op het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de cliënt en het vergroten van kennis bij de professional. Inmiddels hebben 350 instellingen meegedaan aan de verbetertrajecten. Ik heb Zorg voor Beter verlengd tot en met 2011. De komende jaren moeten vooral worden gebruikt om resultaten te borgen. Een concreet voorbeeld is instellingen die cliënten gezamenlijk aan een gedekte tafel laten eten en waarbij cliënten ook eventueel kunnen meehelpen bij het bereiden van het eten. Cliënten eten over het algemeen veel beter en hebben weer plezier in het eten.

De resultaten van de verbetertrajecten laten indrukwekkende resultaten zien. Instellingen tonen aan in staat te zijn om ondervoeding van bewoners met 6% te laten dalen en decubitus van 24% terug te brengen naar 4%. Meer recente resultaten laten zien dat het aantal valincidenten in een zorginstelling met eenderde afneemt wanneer een zorginstelling meer aandacht heeft voor valpreventie. Belangrijk is dat de resultaten niet een eenmalig effect hebben, maar worden verbreed en ingebed.

#### *5.3.4 Ketenzorg en eerstelijnszorg*

De toename van het aantal (para-)medische specialismen, van de cliënten met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) en van de cliënten die moeite hebben hun weg in de zorg te vinden, maakt het noodzakelijk meer samenhang in de zorg aan te brengen. Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende (onafhankelijke) zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntenproces centraal staat. In ketenzorg bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk (de zogenaamde zorgstraten) tot complexe zorg (netwerkgzorg).

Binnen de langdurige zorg leg ik in eerste instantie de aandacht op de ontwikkeling van samenhangende dementiezorg. De afgelopen jaren is hiermee in het Landelijk Dementie Programma (LDP) ervaring opgedaan. Voorop staat dat het zorgaanbod aansluit op de behoeften en wensen van de cliënt. Bij het vermoeden van dementie moet de professional over voldoende kennis beschikken om tijdig een diagnose te kunnen stellen.

Voldoende kennis over behandelingsmogelijkheden, ook in relatie tot eventuele multimorbiditeit, is een ander vereiste. De diagnose dementie en de met het vorderen van de ziekte toenemende behoefte aan zorg maakt voldoende begeleiding en ondersteuning van de cliënt en zijn naasten, bijvoorbeeld door een casemanager, noodzakelijk. Kwaliteit van de samenhangende dementiezorg moet gemeten kunnen worden, ook vanuit het oogpunt van de cliënt.

Nog voor de zomer ontvangt uw Kamer het plan «Zorg voor mensen met dementie». Dit plan bevat een nadere uitwerking van deze visie op samenhangende dementiezorg en concrete activiteiten om de visie te realiseren. Een onderdeel van dit plan is via de zorginkoop door zorgkantoren een gezamenlijk aanbod van samenhangende dementiezorg in de regio tot stand te brengen, dat aansluit bij de wensen van de cliënt. Bedoeling is dat binnenkort de bouwstenen voor een inkoopmodel dementie gereed zijn, waarmee tien koploperregio's aan de slag kunnen gaan.

De SER pleit voor een versterking van de eerste lijn. In de nota «Visie op de eerstelijns» van de minister van VWS staan de volgende thema's benoemd waarmee aan de slag is gegaan:

- Meer samenhang in de zorg
- Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop
- Meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid
- Betere organisatie van acute zorg.

Ook hier is samenhang in zorg, «samenhang over domeingrenzen» heen, belangrijk. Zoals het versterken van de geriatrische functie in de eerstelijns en het belang van de wijkverpleegkundige. Om dit soort initiatieven te versterken heb ik het Ouderenprogramma gestart. Dit programma is gericht op het creëren van meerwaarde voor mensen met meervoudige problematiek.

Ik realiseer mij dat samenwerking over de domeingrenzen van verschillende bekostigingssystemen van AWBZ, Zvw en Wmo heen soms moeilijk is te realiseren. Om die reden sta ik positief tegenover initiatieven waarin nieuwe mogelijkheden voor samenwerking en integrale zorg en ondersteuning worden gecreëerd. Momenteel bekijk ik de mogelijkheden hiervoor in de regio Friesland. Doelstelling van het experiment is om de systemen maximaal ten dienste te stellen van de cliënt. In het experiment wordt uitgegaan van wat de cliënt nog zelf kan. Vanuit dit vertrekpunt wordt de zorg of ondersteuning aangeboden. Binnen het experiment kunnen verschillende projecten opgestart worden.

Een voorbeeldproject waaraan partijen nu werken, is gericht op integrale cliëntondersteuning. De cliëntondersteuners van de gemeente, zorgaanbieders in de Wmo, zorgaanbieders in de AWBZ, woningbouwcorporaties, Welzijn en Mee werken in één structuur samen om te komen tot integrale cliëntondersteuning. Het maakt dan niet meer uit waar een klant zich meldt. De klant krijgt een integrale aanpak op alle terreinen en hoeft niet meer zelf langs verschillende loketten. De cliëntondersteuner zorgt voor afstemming.

Een ander «Fries» project betreft het multifunctioneel gebruik van ontmoetingsruimten in wijken en andere specifieke voorzieningen (steunpunt zorg) die van belang zijn voor het verlenen van zorg en ondersteuning aan mensen die daarmee langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Deze partijen maken daarmee gezamenlijke financiering van een lokale wijkinfrastructuur voor dienst- en zorgverlening mogelijk.

Deze en andere projecten vergen intensieve samenwerking tussen betrokken partijen. In aansluiting op de transitie-experimenten en het Zorginnovatieplatform ondersteun ik deze partijen bij deze samenwerking.

## 5.4 Bestendigen solidariteit en budgettaire houdbaarheid

### 5.4.1 Glasheldere polis

In ons land zijn we solidair met onze medeburgers die om welke reden dan ook langdurig zorg nodig hebben. Die solidariteit is op te brengen zo lang het gaat om geloofwaardige en onbetwistbare vormen van zorg, zorg voor de groepen zoals in hoofdstuk 4 is beschreven. De huidige formulering van de aanspraken blijkt te ruim en niet altijd helder te zijn. Onvoldoende duidelijk is wie, wanneer en waar recht op heeft. Daarnaast wordt door de breedte van de aanspraken ook niet altijd duidelijk wat met de ingezette middelen wordt bereikt. Dit werkt calculerend gedrag in de hand (maximaliseren van aanspraken) en leidt, zoals ook in eerder genoemde adviezen naar voren kwam, tot afwenteling op de AWBZ van verantwoordelijkheden die ook door anderen, gemeenten, onderwijsinstellingen, jeugdzorg, en door burgers zelf, gedragen kunnen worden.

In het kader van de Modernisering van de AWBZ zijn met ingang van 1 april 2003 de functiegerichte aanspraken ingevoerd met als doel ruimte te bieden voor innovatief aanbod aan zorg en ondersteuning. De invoering van de AWBZ-brede functies had onbedoeld tot gevolg dat meer mensen een beroep konden doen op de AWBZ. Het toenemend gebruik van de functie OB is in dit verband illustratief. OB werd aanvankelijk vooral aan gehandicapten geboden. Door de AWBZ-brede functies is het onderscheid in zorg naar diverse doelgroepen opgeheven waardoor ook andere cliëntgroepen, zoals bijvoorbeeld ouderen, een beroep zijn gaan doen op OB (de grondslag somatisch). Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp bij de administratie en bij het boodschappen doen en begeleiding bij bioscoopbezoek. Hoewel deze begeleiding op zichzelf genomen belangrijk is voor deze cliëntgroepen, is het de vraag of deze hulp via de AWBZ moet worden georganiseerd en betaald.

Voor mij heeft dit in het najaar van 2007 aanleiding gevormd om per 1 januari 2008 de ondersteunende begeleiding voor mensen met een lichamelijke beperking (de somatische grondslag) te laten vervallen. Voorop moet immers staan dat het bij de AWBZ om geloofwaardige en onbetwistbare zorg gaat. Ik wil niet alleen dat deze mensen de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Ik wil ook dat in de toekomst de kwaliteit van zorg kan worden gegarandeerd en dat de solidariteit met de langdurig zieken behouden blijft. Daarom is het nodig de reikwijdte van de aanspraken in het kader van de AWBZ zo te verhelderen en waar nodig in te perken, dat onbedoeld gebruik tot een minimum wordt beperkt. Niet duidelijk afbakenen zou die solidariteit kunnen ondermijnen. Daarvan zouden uiteindelijk de zwaksten in onze samenleving de dupe worden.

De afgelopen jaren zijn steeds meer mensen een beroep gaan doen op de AWBZ<sup>1</sup>.

Het aantal indicaties is de afgelopen jaren flink toegenomen. Het aantal afgegeven indicaties is in de periode 2005 t/m 2007 toegenomen met 24% (van 662 069 in 2005 tot 820 995 in 2007). De groei van het aantal zorg in natura indicaties (gemiddeld 9% per jaar) wordt vrijwel geheel verklaard door zorgvragers met OB algemeen (37% groei). Voor pgb (gemiddelde groei 38% per jaar) is dit ook de opvallendste groeier: het aantal (her)indicaties voor OB stijgt met 59% (CIZ 2007)<sup>2</sup>. Opvallend hierbij is dat de groei vooral wordt veroorzaakt door personen die al bekend zijn bij het CIZ. Bijvoorbeeld groepen die na een behandeling een pgb krijgen voor geïndiceerde OB. Van pgb-houders heeft inmiddels 76% een indicatie voor OB. Dit was in 2004 nog 62%<sup>3</sup>. Bij de zorg in natura vinden de meeste (her)indicaties van deze functie plaats<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Er is een vijftal onderzoeken uitgevoerd (door CIZ, ITS en PWC). Deze onderzoeken worden gelijktijdig met deze brief, door middel van een aparte brief aan uw Kamer gestuurd.

<sup>2</sup> CIZ, Pgb in ontwikkeling, een analyse naar de voorkeur voor pgb als leveringsvoorwaarde op basis van de indicatiegegevens over de jaren 2005 tot en met 2007. Ook in geld uitgedrukt is de groei aanzienlijk. Zo zijn de uitgaven voor extramurale zorg in de periode 2004–2006 gestegen met bijna 16% en voor het pgb met bijna 49%. Vooral het aandeel jeugd in de pgb-regeling groeit, namelijk van 16% in 2003 tot 27% in 2006 (Kamerstukken II 2007–2008, 26 631, nr. 232, p. 3).

<sup>3</sup> ITS, Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, beleidssamenvatting, p. 6.

<sup>4</sup> Bij herindicatie gaat het bijna altijd om een vermeerdering van het aantal klassen.

Het aantal indicaties voor pgb's is voor alle groepen budgethouders de afgelopen periode toegenomen. De stijging doet zich vooral voor bij mensen jonger dan 65. Zo blijkt uit cijfers van het CIZ en Bureau Jeugdzorg dat de stijging bij jongeren tot 18 jaar in de periode 2006–2007 ongeveer 21% is. Het aantal pgb's voor mensen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar nam in dezelfde periode met ongeveer 17% toe.

Van de pgb-houders is 42% onder de 18 jaar<sup>1</sup>. De gemiddelde leeftijd van jonge budgethouders met een psychiatrische aandoening is 11 jaar<sup>2</sup>. Bij de jeugd die gebruik maakt van het pgb, gaat het om twee keer zoveel jongens als meisjes. Het toenemende aantal diagnoses vind ik opvallend. Voor een deel zijn deze te verklaren door de toenemende kennis over deze (psychiatrische) aandoeningen, zowel bij leken als bij professionals<sup>3</sup>. Uit onderzoek van ITS blijkt dat nu vaker en eerder de diagnose ASS (autisme) wordt vastgesteld.

Het toenemende aantal diagnoses is iets waar ik mij, samen met de minister voor Jeugd en Gezin, zorgen over maak. Daarom is het kabinet voornemens om de Gezondheidsraad een advies te vragen over het toenemende aantal ASS-diagnoses. Het uitgangspunt is om te blijven streven naar vroege opsporing, effectieve behandeling en gerichte begeleiding. Tegelijkertijd is het van belang onnodig stigmatiseren en medicaliseren van kinderen en het te snel inzetten van zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

De stijging van het pgb duidt er op dat het pgb in een behoefte voorziet, onder andere omdat het flexibele hulp en zorg op maat biedt, iets wat de in natura zorg niet altijd kan bieden. Dit roept echter de vraag op of de AWBZ de juiste collectieve voorziening is voor deze zorgvraag die in natura kennelijk onvoldoende beantwoord kan worden. Daarnaast doet de vraag zich voor of alle zorg die met een pgb ingekocht kan worden ook daadwerkelijk collectief gefinancierd moet worden. Er moet goed gekeken worden voor wie een pgb wel en voor wie dit niet nodig is.

In dit kader wil ik ook de motie Van Miltenburg (Kamerstukken II 2007–2008, 26 631, nr. 245) betrekken. Deze motie verzoekt de regering conform de wijze waarop het begrip «gebruikelijke zorg» bij mantelzorg is geconcretiseerd, te bepalen wat de «gebruikelijke zorg» is die genoemde openbare instellingen<sup>4</sup> geacht worden te leveren aan kinderen met gedrags-, leer- en sociale problemen en dit vast te leggen in een indicatiedocument.

Het kabinet ziet hier een vergelijkbare ontwikkeling bij andere voorzieningen in het publieke domein waarop ook een steeds groter beroep wordt gedaan (o.a. Wajong). Burgers die jaren geleden nog geen gebruik maakten van voorzieningen onder de AWBZ, laten de huidige mogelijkheden niet onbenut en doen een beroep op zorg en ondersteuning. Inmiddels zijn de onderzoeken die ik heb uitgezet om de pgb-groei te verklaren, afgerond. Zo blijkt uit onderzoek van PWC dat bij de Bureaus Jeugdzorg in de meeste gevallen een DSM-IV classificatie voldoende is voor toegang tot de AWBZ. Daarnaast constateert PWC dat aanvragers mondiger zijn en dat zij vaker een beroep doen op een AWBZ-indicatie.

Gelet op deze ontwikkelingen is mijn inzet erop gericht om onbedoeld gebruik tot een minimum te beperken. Daarom stel ik voor om in het kader van de glasheldere polis de volgende stappen te nemen.

#### *5.4.1.1 Eerste stap*

Zoals gezegd is gemeld is de groei van de pgb's voor de functies OB en AB groot<sup>5</sup>. Recent onderzoek laat zien dat die groei zich doorzet. Het aandeel van de functie ondersteunende begeleiding neemt ook in 2007 steeds verder toe<sup>6</sup>. Op korte termijn en als eerste stap zie ik mij genoodzaakt hier in te grijpen. Er is namelijk sprake van veel «onbedoeld»

<sup>1</sup> ITS, Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, deel I Toekenningen en hoogte budgetten, p. 19, tabel I.2.

<sup>2</sup> Idem, deel II Onderzoek onder budgethouders en jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen, p. 138, tabel 8.1.

<sup>3</sup> ITS, Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, deel III, een kwalitatief onderzoek naar de problematiek van jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen, p. 187; zie ook deel II: Onderzoek onder budgethouders en jonge budgethouders met psychiatrische aandoeningen, p. 146.

<sup>4</sup> Zoals scholen, zorgaanbieders en welzijnsinstellingen.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2007–2008, 26 631, nr. 242.

<sup>6</sup> ITS, Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, p. 6.

gebruik van deze functies, niet alleen bij de pgb's maar ook bij zorg in natura. Dit komt door te ruime en deels niet heldere aanspraken. Ik wil het «onbedoelde» van het bedoelde gebruik scheiden.

Het kabinet kijkt daarbij goed naar mogelijke effecten in relatie tot de aanpalende domeinen van arbeidsparticipatie, gemeentelijke voorzieningen, jeugdzorg en onderwijs. Waar het kabinet van oordeel is dat onderdelen van AWBZ-aanspraken niet meer collectief gefinancierd moeten worden, is het uiteraard niet de bedoeling dat mensen daarvoor een beroep gaan doen op andere overheidsvoorzieningen. Dat zou immers leiden tot een verschuiving van het probleem in plaats van het oplossen ervan. In een aantal gevallen is het echter zo dat onbedoeld een beroep wordt gedaan op de AWBZ terwijl er andere voorzieningen bestaan waarop mensen beter een beroep kunnen doen. In die gevallen treedt bij de beperking van de AWBZ aanspraken mogelijk wel een bedoelde verschuiving op naar andere domeinen. Dit zal hierna steeds duidelijk worden weergegeven. Overigens voert het kabinet momenteel nog onderzoek uit om deze effecten van het aanscherpen van de AWBZ aanspraken op begeleiding in relatie tot andere voorzieningen scherp in beeld te krijgen. Per terrein zal bezien worden of een financiële oplossing noodzakelijk is. De resultaten van dit onderzoek gebruikt het kabinet bij de verdere voorbereiding van de maatregelen ten behoeve van de Rijksbegroting voor 2009. Hierbij zullen ook de uitkomsten van de commissie fundamentele herbezinning Wet sociale werkvoorziening worden betrokken.

De AWBZ-brede maatregelen die worden ingevoerd om de enorme groei te verminderen zijn de volgende:

1. De pakketmaatregel OB/AB

De huidige drie functies OB, AB en behandeling worden samengevoegd tot twee nieuwe functies: begeleiding en behandeling. Daartoe wordt in de eerste plaats een deel van de AB voortaan onder de functie behandeling geschaard. In de praktijk blijken namelijk activiteiten die onder de noemer van AB worden verleend (bijvoorbeeld speltherapie), onderdeel uit te maken van het integrale behandelplan. Op advies van het College voor zorgverzekeringen wil ik regelen dat deze activiteiten voortaan onder de functie behandeling komen te vallen.

In de tweede plaats wordt de nieuwe functie begeleiding waarin de overige delen van de OB en AB gedeeltelijk opgaan, beperkt. De huidige functies OB/AB kennen nu twee doelstellingen «zelfredzaamheid» en «participatie». In de nieuwe functie begeleiding zal alleen de eerste doelstelling, zelfredzaamheid, in stand worden gehouden. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om helpen bij communicatie, ondersteuning bij complexere taken en dagelijkse routine. De doelstelling «participatie» zal niet langer onder het AWBZ-regime worden voorzien. Voorbeelden hiervan zijn: begeleiden bij naar school gaan, vrijetijdsbesteding, uitstapjes en kerkgang. Deze maatregel betekent niet dat deze activiteiten niet belangrijk voor mensen kunnen zijn, maar wel dat het de vraag is of de begeleiding in de AWBZ thuishoort. Ik ben van mening dat er geen sprake is van langdurige en onverzekerbare zorg waarvoor de AWBZ is bedoeld.

De functie begeleiding die dan overblijft, blijft uitsluitend bestaan voor «zware» gevallen en wordt zowel in uren, als in dagdelen uitsluitend indiceerbaar voor mensen met beperkingen die zelfstandig willen (gaan of blijven) wonen (dus om een opname te voorkomen). Dit geldt dan dus ook voor jongeren met een ernstige invaliderende aandoening die begeleiding nodig hebben om naar school te kunnen gaan en voor mensen met ernstig regieverlies die bij het zelfstandig wonen begeleiding nodig hebben. Voorkomen moet worden dat verwaarlozing dreigt of dat er geen ander alternatief dan opname in een instelling mogelijk is. Op deze wijze blijft begeleiding voor de kwetsbaarste groepen

vergoed via de AWBZ. Voor hen kan begeleiding immers het verschil maken tussen een geïsoleerd en een menswaardig bestaan. En kan daarom aangemerkt worden als onbetwistbare en geloofwaardige zorg.

Deze maatregel wordt de komende periode nader uitgewerkt waarbij specifiek wordt gekeken naar de indicatieprocedures en beleidsregels. Omdat de participatiedoelstelling in het kader van de Wmo tot de verantwoordelijkheid van gemeenten behoort, wordt nagegaan welke gevolgen dit heeft voor gemeenten<sup>1</sup>. Ook de gevolgen voor andere partijen, bijvoorbeeld in het kader van de jeugdzorg, worden in beeld gebracht.

## 2. Eigen bijdrage bij begeleiding

Voor de functies in de AWBZ geldt een eigen bijdrage, behalve voor OB en AB. Voor de nieuwe functie begeleiding zal ook een eigen bijdrage ingevoerd worden. Immers, al te «lichtvaardig» gebruik wordt daarmee tegengegaan. Ik vind het ook belangrijk dat mensen die van de functie begeleiding gebruik maken, daarvoor, net als bij de andere extramurale functies, een eigen bijdrage betalen. Ik geef daarmee geen uitvoering aan de motie-Mosterd/Bakker (Kamerstukken II 2005/06, 30 131, nr. 76) waarin de regering wordt verzocht de eigen bijdrage voor de extramurale AWBZ-zorg op termijn op nul te stellen. Naast een besparingsmotief, waar de motie van uit gaat, zie ik dus juist andere motieven om wel een eigen bijdrage in te voeren. Het vragen van een eigen bijdrage heeft als effect dat mensen kritischer kijken naar hun gebruik van zorg. De komende periode benut ik om in kaart te brengen wat dit betekent voor de inkomensconsequenties voor de cliënten, daarbij rekening houdend met de geregelde anticumulatiebepalingen op grond van de AWBZ en de Wmo, wat de opbrengsten zijn en welke (uitvoerings)kosten hiermee gepaard gaan. Daarbij zal ik vanzelfsprekend de Tegemoetkomingsregeling chronisch zieken en gehandicapten (buitengewone uitgaven) betrekken. Op basis van de uitkomsten zal ik aansluitend uw Kamer berichten over de exacte invulling van de eigen bijdragen met ingang van 1 januari 2010.

## 3. Grondslag psychosociaal verdwijnt uit de AWBZ

Eind 2007 is de somatische grondslag binnen de functies OB en AB geschrapt. Mensen met een lichamelijke beperking kunnen geen aanspraak meer maken op deze functies. Vanaf 2008 geldt ook dat mensen met psychosociale problemen geen OB-algemeen (in uren) vergoed krijgen via de AWBZ (met een overgangstermijn van één jaar). Deze groep bestaat voor een groot gedeelte uit dak- en thuislozen. Gemeenten bieden deze groep in het kader van de Wmo ondersteuning.

Nu ga ik daarin een stap verder. Mensen met psychosociale problemen kunnen ook geen beroep meer doen op de andere AWBZ functies die nog voor hen open stonden, namelijk OB-dag (in dagdelen) en persoonlijke verzorging. De grondslag psychosociaal wordt per 1 januari 2009 uit alle AWBZ-aanspraken gehaald. Gemeenten zullen hiervoor worden gecompenseerd zodat ze de opvang en reïntegratie van dak- en thuislozen voortvarend kunnen blijven aanpakken.

## 4. Beperken gebruik AWBZ (waaronder pgb's) door jongeren met een licht verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek

Op korte termijn wil ik bezien welke extra maatregelen nodig zijn om het gebruik van pgb's door jongeren met een licht verstandelijke handicap en/of psychiatrische problematiek te beperken. In overleg met de Minister voor Jeugd en Gezin wil ik verhelderen wanneer een jongere met een licht verstandelijke beperking beter af is in de AWBZ, en in welke situaties via de jeugdzorg een betere oplossing mogelijk is.

---

<sup>1</sup> Gelet op artikel 2 van de Financiële Verhoudingswet zal hierbij een inzicht worden gegeven in de extra kosten die gemeenten door het besluit zullen maken en over de wijze waarop zij deze kunnen financieren. De Ministeries van VWS, BZK en Financiën zullen hierover op korte termijn met de VNG in overleg treden.

Om dit onderscheid beter te kunnen maken streef ik ernaar met ingang van 1 januari 2009 bij de indicatiestelling gebruik te gaan maken van het protocol Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG) dat op dit moment wordt ontwikkeld. In het verlengde hiervan heb ik met de Minister voor Jeugd en Gezin afspraken gemaakt over uniformering van de indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg en het voorkomen van ongewenste instroom vanuit in zowel de AWBZ als in de jeugdzorg.

In financiële zin is het zo dat per saldo de komende jaren nog steeds veel geïnvesteerd wordt in de AWBZ. Vanaf 2008 is 340 miljoen euro structureel geïntensiveerd in de AWBZ, onder meer voor extra handen aan het bed in verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast wordt vanaf 2009 extra geld (42 miljoen euro in 2009 en 72 miljoen euro vanaf 2010) uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoge zorgzwaarte. Bovendien trekt het kabinet gedurende de kabinetsperiode in totaal circa 2,5 miljard euro uit voor de volumegroei van de AWBZ zorg, inclusief de pgb's. Deze ruimte in het budgettaire kader zorg voor de groei van de AWBZ-uitgaven is gebaseerd op ramingen van het Centraal Planbureau. Met de hiervoor beschreven maatregelen wordt de groei in de uitgaven gedempt met 55 miljoen euro in 2009 oplopend tot 800 miljoen euro in 2010.

#### *Samenhang met de Wmo*

De Wmo heeft participatie als belangrijkste doelstelling: iedereen moet kunnen meedoen in de samenleving en voor burgers die dit niet of niet helemaal zelfstandig kunnen bieden gemeenten ondersteuning in het kader van de Wmo. Het SER-rapport geeft aan dat participatiegerichte AWBZ-activiteiten zoals onderdelen van de AWBZ-functies OB en AB aansluiten bij de participatiedoelstelling van de Wmo. Het onderbrengen van deze onderdelen van de functies OB en AB onder de gemeentelijke regierol versterkt de mogelijkheden van gemeenten om regie te voeren en samenhangende en sluitende arrangementen aan te bieden.

Met de hierboven genoemde maatregelen OB/AB en overhevelen van de grondslag psychosociaal wordt hiermee een eerste stap gezet. Van belang is wel dat de positie van cliënten voldoende gewaarborgd is. Ook is belangrijk dat gemeenten voldoende voorbereidingstijd krijgen om dit op een goede wijze in het gemeentelijke Wmo-beleid te laten landen. Ook moeten gemeenten over de middelen kunnen beschikken om hun beleid op een verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren. Daarvoor is het van belang een goed onderscheid te kunnen maken tussen welke onderdelen tot de doelstelling zelfredzaamheid (zorg) behoren en wat tot participatie behoort. De ervaring met de uitvoering van de maatregel schrappen grondslag psychosociaal voor OB-algemeen leert dat ook van belang is dat er een goed beeld bestaat van de omvang en de doelgroep van het gebruik.

In de derde Voortgangsrapportage Wmo (brief van 2 juni 2008, kenmerk DMO/WMO-2 849 535) zet ik in grove penseelstreken een breed richtinggevend kader neer. Ik laat zien op welke innoverende manier partners op het lokale niveau met elkaar opnieuw vorm geven aan hun onderlinge relaties. Niet alleen de relatie tussen de burger en de gemeente, maar ook de relatie tussen de gemeenten en de instellingen die actief zijn op het gebied van de participatie. De Wmo is een interessante mogelijkheid om koppelingen te maken tussen verschillende participatie vraagstukken.

#### *AWBZ-zorg in het buitenland*

Tot slot is het van belang de vergoedingsregeling voor AWBZ-zorg in het buitenland te verhelderen. Ik heb de Tweede Kamer daarover geïnformeerd in de brief van 18 september 2007 (kenmerk DZ-CB-U-2779666). Uitgangspunt van mijn beleid is dat *intramurale zorg* als

uitgangspunt slechts kan worden ingeroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders binnen het grondgebied van lidstaten binnen de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland. Zorginstellingen buiten het EER-gebied kunnen niet meer worden gecontracteerd. De gecontracteerde zorgaanbieders in andere EER-landen dan Nederland moeten voldoen aan dezelfde voorwaarden als de zorgaanbieders in Nederland. De AWBZ wordt hiervoor aangepast. Er gelden enkele uitzonderingen. Bijvoorbeeld voor mensen die voor hun werk in het buitenland wonen en mensen die tijdens vakantie aangewezen raken op AWBZ-zorg. Voor *extramurale zorg* binnen de EER geldt niet de voorwaarde dat deze bij een gecontracteerde zorgaanbieder moet worden ingeroepen. Buiten de EER kan extramurale zorg slechts worden ingeroepen met overeenkomstige toepassing van de hiervoor genoemde uitzonderingsbepalingen voor intramurale zorg. Dit houdt in dat buiten de EER vakantie zorg beperkt wordt tot vier weken. Op dit moment wordt wetgeving die dit mogelijk moet maken voorbereid.

#### *Tweede stap*

Ik realiseer mij dat er – naast de hiervoor beschreven maatregelen – nog meer nodig is. Uitgangspunt is een AWBZ met eenduidige voorwaarden. Burgers moeten precies weten waar zij recht op hebben (helder verwoord recht). Helder moet zijn hoe de collectieve middelen van de AWBZ worden ingezet. Dit maakt een duidelijker positionering van de AWBZ mogelijk ten opzichte van aanpalende domeinen van (curatieve) zorg, gemeentelijke voorzieningen, arbeidsparticipatie, jeugdzorg en onderwijs. Daardoor kan bovendien een keuze voor een eventuele overheveling op langere termijn beter beargumenteerd worden. Ik zal hiertoe – in lijn van het bovenstaande – nader onderzoek instellen. Ik doe dit om de AWBZ terug te brengen tot waar deze wet oorspronkelijk voor bedoeld is: zorg voor de meest kwetsbaren. Ik realiseer me dat dit maatschappelijke vraagstukken met zich meebrengt zoals wat de consequenties zullen zijn voor de hiervoor genoemde aanpalende domeinen van collectieve voorzieningen. Op de samenhang met het gemeentelijk domein ga ik hierna afzonderlijk in. In het onderzoek zal ik ook de aanspraken meenemen die nu betrekking hebben op de collectieve preventie.

#### *Samenhang met de Wmo*

Voor eventuele verdere stappen in relatie tot de Wmo neem ik het advies van de SER over om nader onderzoek te verrichten om te bepalen welke specifieke onderdelen zich verder lenen voor overheveling naar de Wmo en onder welke voorwaarden dit verantwoord kan<sup>1</sup>. Ik denk daarbij aan op welzijn gerichte elementen, zoals onderdelen van de nieuwe functie begeleiding. Daarbij gaat de aandacht tevens uit naar de gebruikers van deze onderdelen. Ik zal dit onderzoek, waarbij ik de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) zal betrekken, zo snel mogelijk starten. Vooruitlopend op verdere overhevelingen naar de Wmo wil het kabinet nog in deze kabinetsperiode binnen (pilot)projecten nagaan wat de effecten zijn voor burgers en gemeenten. Ik ben daarnaast van mening dat de leervoorwaarden van de invoering van de Wmo een belangrijke rol spelen bij een zorgvuldige afweging. De Wmo is anderhalf jaar geleden ingevoerd en wordt geëvalueerd. Hierbij wordt specifiek aandacht besteed aan de positie van de cliënt. De resultaten van deze evaluatie komen eind 2009 beschikbaar. Op basis van deze evaluatie, de resultaten uit de (pilot)projecten en het onderzoek dat ik samen met de VNG zal uitvoeren, zal de besluitvorming worden voorbereid.

Vanuit het Ministerie van BZK start binnenkort een programma Krachtig Bestuur wat gericht is op het versterken van de kwaliteit van gemeenten<sup>2</sup>. Hiervan kunnen gemeenten gebruik maken.

Ook de cliëntondersteuning wordt in dit onderzoek betrokken. De ervaringen met de aangepaste subsidievoorwaarden voor MEE-organisaties

<sup>1</sup> In het rapport «Vertrouwen en verantwoordelijkheid, voorstellen voor decentralisatie en bestuurskracht» van 4 juni 2008 van de Interbestuurlijke Taakgroep Gemeenten (Commissie d'Hondt) worden voorstellen gedaan om vanuit de decentralisatie-optiek tot versterking van de rol van gemeenten te komen. Hierin wordt aangegeven, dat de rol van gemeenten en de Wmo als participatiewet versterkt kan worden door de overdracht van een aantal onderdelen die nu nog vanuit de AWBZ worden bekostigd. Als eerste wordt gedacht aan onderdelen van de ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en de MEE-gelden. Leerpunten uit de evaluatie van de Wmo kunnen hierbij betrokken worden. Ook adviseert de Taakgroep om, net als bij de invoering van de Wmo, met pilots verdere overdrachten voor te bereiden.

<sup>2</sup> Uit recent onderzoek naar de klanttevredenheid over de individuele Wmo-voorzieningen in meer dan 200 gemeenten komt naar voren dat de meeste cliënten zijn tevreden over de Wmo. Er lijkt geen verband tussen de mate van tevredenheid en de grootte van een gemeente. Kleine gemeenten bij de uitvoering van de Wmo-taken vaak samen met andere gemeenten in de regio.



waarbij samenwerkingsafspraken met gemeenten gemaakt moeten worden, worden hierbij meegenomen. Deze afspraken tussen gemeenten en MEE-organisaties worden nog dit jaar geëvalueerd. Daarnaast is in het bestuursakkoord van juni 2007 met de VNG afgesproken dat bij de definitieve besluitvorming over de overheveling van de MEE-middelen, de actuele stand van zaken rond de uitvoering van de Wmo, in het bijzonder de gevolgen van de overheveling en de aanbesteding van de huishoudelijke hulp, nadrukkelijk zullen worden meegewogen. De evaluatie van de Wmo die voorzien is eind 2009 is hiervoor van belang. Dan is ook meer zicht op de uitwerking van de samenwerkingsafspraken in de praktijk. Zodra de resultaten van de evaluatie van de Wmo beschikbaar zijn neemt het kabinet een definitief besluit.

#### *5.4.2 Overhevelen van kortdurende zorg naar Zvw*

Ik deel de visie van de SER dat er delen van de zorg die nu uit hoofde van de AWBZ worden geleverd, in de (nabije) toekomst uit hoofde van de Zvw kunnen worden geleverd. Dit heeft een meerwaarde voor zowel de cliënt als de professional. Immers, de zorgketen gaat één geheel vormen (verkorting ligdagen, minder «verkeerde» bedden problematiek, ketenzorg). Een voorbeeld is de reactiveringszorg (nu bekostigd uit de AWBZ) die nodig is na een heupoperatie (betaald ten laste van de Zvw). Het betreft dan bijvoorbeeld revalidatie in een verpleeghuis. Door deze onderdelen vanuit verschillende systemen bij elkaar te brengen is er veel winst te behalen in termen van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid. Waar het gaat om de vraag welke zorg er kan worden overgeheveld naar de Zvw, legt de SER de cesuur bij *kortdurende en op herstelgerichte zorg*. Ik zie echter aanleiding om de grenzen van de naar de Zvw over te hevelen zorg ruimer in te vullen. Immers, ook onder de Zvw wordt chronische of langdurige zorg geleverd die niet noodzakelijk tot herstel leidt (chronische fysiotherapie, langdurig of zelfs levenslang medicijngebruik, dialyses, diabeteszorg, enz.).

Om een stap te zetten in de richting van de overheveling naar de Zvw, wil ik materieel gezien nauw aansluiten bij het voorstel van de SER. Ik ben dan ook voornemens te beginnen met de overheveling van de reactiveringszorg. Hieronder versta ik de zorg die vaak volgt op een ziekenhuisopname, die is gericht op herstel en vaak kortdurend van karakter is. Ik zal starten met het overhevelen van de reactiveringszorg per 2010. Parallel onderzoekt het kabinet of en hoe overheveling van andere onderdelen van de AWBZ aanspraken mogelijk is. Overigens komt bij de uitwerking nog een aantal technische aspecten kijken. Ook moet een precisering van de over te hevelen zorg voor verschillende cliëntgroepen plaatsvinden. Ik wil bij de voorbereiding en invoering van deze maatregel goed kijken naar de gevolgen van deze overheveling voor het systeem van de ex ante risicoverevening en de lasten voor werkgevers en werknemers.

De SER geeft daarnaast aan dat het zogeheten «verlengd verblijf» (na 365 dagen) in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of instelling voor geestelijk gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld zou kunnen worden naar de Zvw. De raad is van oordeel dat de zorgverlening in deze situaties in feite een onderdeel is van de zorgketen die is gericht op het terugkeren naar een situatie vóór het intreden van de somatische of psychische aandoening. Voor de cliënt heeft de overheveling van deze zorg als voordeel dat de zorgketen één geheel gaat vormen. Ik wil de scheiding AWBZ-cure zoals deze nu bestaat ten aanzien van de GGZ in dit licht nader bezien.

## **5.5 Verminderen van bureaucratie door kwaliteit en eenvoud van de uitvoering**

### *5.5.1 Naar eenvoud in de AWBZ-uitvoering*

Goede zorg wordt in de eerste plaats vorm gegeven in de relatie tussen cliënt en de zorgverlener. Hiervoor zijn regels en protocollen noodzakelijk om de rechtzekerheid van zowel de cliënt als van de professional te waarborgen. De lasten die daarmee gemoeid zijn zullen we op de koop toe moeten nemen. Maar er zijn wel grenzen. De verhoudingen zijn zoek. Het lijkt erop dat we door het woud van instituties en regels de primaire relatie uit het oog zijn verloren. Cliënten zien door de bomen het bos niet meer, zorgverleners besteden een belangrijk deel van hun tijd aan zaken (bureaucratie, administratieve lasten) waarvoor ze niet voor het beroep hebben gekozen. Processen duren soms erg lang. Dit moet en kan anders.

28 augustus 2007 heb ik u een plan van aanpak toegezonden, waarin belangrijke stappen worden aangekondigd op weg naar een vereenvoudigde uitvoering van de AWBZ. Het gaat hierbij om activiteiten gericht op de zorginstellingen, de professional werkzaam in de zorg en de burger. Voor de burger is vooral van belang te komen tot verbetering van de informatievoorziening en een simpeler indicatiestellingproces. Op dit onderwerp wil ik in paragraaf 5.5.2. afzonderlijk ingaan. Voor de zorginstelling en de professional is vooral van belang dat een samenhangende veranderagenda wordt aangeboden in het kader van de AWBZ en dat deze tijdig aan de betrokkenen wordt gecommuniceerd. Mijn inzet is om, bij het veranderingsproces dat ik in deze brief heb geschetst, alle instanties die bijdragen aan de AWBZ zorgverlening intensief te betrekken zodat zij zich tijdig kunnen voorbereiden.

Daarnaast is het verminderen van de registratiedruk een belangrijke opgave. Hierbij zie ik goede mogelijkheden door het eenduidig gebruik van indicatoren als onderdeel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg en het gebruik van het elektronisch cliëntendossier (ECD). Ook de vereenvoudiging van de verantwoording kan hieraan bijdragen door het centraal stellen van het jaardocument maatschappelijk verantwoording en de verdere ontwikkeling en verbetering van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Ook wordt gewerkt aan de vereenvoudiging van de bekostiging door introductie van de zorgzwaartepakketten. Het kost uiteraard wel tijd om de zorgzwaarte van mensen in kaart te brengen, maar uiteindelijk zal de bureaucratie verminderen en de zorg beter toegesneden zijn op de cliënt. Tot slot wordt ingezet op het afschaffen van het bouwregime.

### *5.5.2 Indiciestelling verbeteren*

Een goede, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling is cruciaal om de toegang tot de aanspraken volgens de uitgangspunten van de glasheldere polis te realiseren (zie paragraaf 5.4). Daartoe zal de indicatiestelling in aansluiting op de glasheldere polis worden verbeterd. Mijn beleid is er op gericht om het proces van indicatiestelling AWBZ eenduidig in te richten en vergaand te vereenvoudigen. De Tweede Kamer is daarover bij brief van 29 mei 2007 (Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 145) geïnformeerd. Een aantal van de daarin genoemde voorgenomen maatregelen wordt vanaf najaar 2007 in pilots getest. De Tweede Kamer is daarover bij brief van 12 oktober 2007 (Kamerstukken II 2007/08, 26 631, nr. 227) op de hoogte gesteld. In lijn met de toezegging zal de Tweede Kamer in het tweede kwartaal van 2008 over de uitkomsten en het daaraan te verbinden (beleids)standpunt worden geïnformeerd. Het betreft dan met name de volgende pilots:

- invoering van de bestaande aanpak van transferpunten uit de ziekenhuizen bij grote(re) gezondheidscentra
- meer ruimte voor maatwerk (door CIZ) in complexe situaties (bijv. meervoudig gehandicapten) door minder belasting rondom vervolgindicaties (flexibilisering werkprocessen)
- uitvoering van experimenten met indicatiestelling door huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Een aantal andere pilots, waaronder die van de zelfindicatie, de ontwikkeling van risico- en cliëntprofielen en de methodiek zoals ontwikkeld door de zorgaanbieder Arduin, zal later in dit jaar worden opgestart. Op grond van de pilots zal verder beleid in gang worden gezet.

De SER adviseert om de indicatiestelling en de positie van het CIZ als indicatieorgaan te voorzien van een stevige wettelijke en publieke verankering. Ik ben het daarmee eens. Door dit in de wet te verankeren wil ik bewerkstelligen dat de aansturing en het toezicht op de uitvoering (bijvoorbeeld via systemen van benchmarking) beter mogelijk wordt. Dit mag niet leiden tot meer bureaucratie. Integendeel! De indicatiestelling moet juist eenvoudiger, simpeler en slimmer worden vormgegeven. Ik wil waarborgen dat de relatief eenvoudige indicaties zo dicht mogelijk bij de cliënt, de zorgaanbieder en/of de zorgprofessional worden afgedaan. Daarbij wil ik op basis van de pilots toe naar een methode waarbij het vertrouwen centraal staat met een strenge steekproefsgewijze controle achteraf. De meer gespecialiseerde en complexe indicatieaanvragen kunnen dan door het CIZ afgehandeld worden.

Door de overheveling van kortdurende zorg naar de Zvw (zie paragraaf 5.4.2) zal het aantal indicaties dat het CIZ afgeeft ook substantieel verminderen.

### *5.5.3 Uitvoering door zorgkantoren verbeteren*

De maatregelen in deze brief zijn er, kort gezegd, op gericht de huidige aanpak in de AWBZ om te bouwen naar een wijze van uitvoering, waarbij niet de zorginstelling maar de cliënt centraal komt te staan. De uitvoerders van de AWBZ hebben een belangrijke rol om dit ambitieuze programma uit te voeren. Gelet hierop wil ik hierna eerst ingaan op de positie van zorgkantoren als uitvoerders van de AWBZ. Daarna wordt uitgewerkt welke afspraken er nodig zijn met de sector om de veranderingen te realiseren.

Ik wil voor de korte termijn de aanwijzing van zorgkantoren verlengen en daaraan scherpe, op resultaten gerichte afspraken verbinden. In aansluiting op de *Agenda voor langdurige zorg* en de voorstellen van de SER verwacht ik van zorgkantoren dat zij zich de komende jaren hard maken voor de volgende aspecten:

- Versterken positie cliënt: het laten aansluiten van zorg en financiering bij de wensen en behoeften van cliënten
- Keuzevrijheid en diversiteit in wonen: via inkoopbeleid bijdragen aan meer keuzemogelijkheden voor cliënten op het vlak van huisvesting
- Kwaliteit van zorg en innovatie: bevorderen van ketenzorg over grenzen van cure en care, kleinschalig wonen en innovatieve projecten (dementiezorg)
- Bestendigen solidariteit: het maken van de omslag naar cliëntgerichte uitvoering als voorwaarde voor toekomstige overhevelingen van zorg
- Verminderen bureaucratie door eenvoud in uitvoering: helder inkoop- en contracteerbeleid, uniformeren en minimaliseren informatie-uitvraag

Bij het laatste punt is erg belangrijk dat zorgkantoren eenduidige eisen stellen aan zorginstellingen op het gebied van verantwoording en

informatievoorziening. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kwaliteitseisen bij de zorginkoop. Zorgkantoren moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de normen voor verantwoorde zorg zodat instellingen niet onnodig worden geconfronteerd met verschillende kwaliteitssystemen. Een ander voorbeeld betreft de invoering van zorgzwaartepakketten. Ook in dat traject is van belang dat zorgkantoren uniforme eisen stellen en onnodige administratieve lasten voorkomen.

Het vorige kabinet heeft veranderingen aangekondigd in de uitvoeringsstructuur. In plaats van de regionale zorgkantoren zouden per 2009 in principe de zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren. Achtergrond van deze stap is dat aldus een directe klantrelatie met de eigen zorgverzekeraar ontstaat en dat de aansluiting tussen cure en care (ketenzorg) beter mogelijk wordt. Vorig jaar heb ik aangegeven dat ik deze stap alleen wil zetten als deze ook past in het perspectief voor de langere termijn. Om die reden heb ik de SER verzocht zich over de wenselijkheid van deze stap uit te spreken in de context van zijn advies over de AWBZ op de korte en lange termijn.

De SER verwacht dat op termijn voor grote cliëntgroepen er veel winst is te behalen in termen van kwaliteit, samenhang van zorg en doelmatigheid als de uitvoering van de AWBZ en de Zvw in één hand komen<sup>1</sup>. De SER is echter van oordeel dat nu nog niet wordt voldaan aan de voorwaarden om een dergelijke stap te zetten. Om die reden adviseert de SER dat gezamenlijke verzekeraars de komende jaren de verantwoordelijkheid nemen voor de uitvoering van de door de SER voorgestelde publieke veranderagenda.

Ik ben met de SER van mening dat de zorgverzekeraars de volle verantwoordelijkheid moeten nemen voor de uitvoering van de AWBZ. Het accent ligt daarbij op het realiseren van de omslag naar cliëntgerichte zorg en niet op het doorvoeren van systeemveranderingen op de korte termijn. Het voorstel van de SER is de AWBZ op termijn te laten uitvoeren door zorgverzekeraars voor eigen klanten. Het kabinet neemt hierover nu nog geen definitief besluit omdat het kabinet 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. De maatregelen in paragraaf 5 van deze brief en die ook zijn voorgesteld door de SER, zijn mede hierop gericht. Zoals ik hiervoor heb aangegeven zullen vooralsnog de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren. Hun opdracht voor de komende periode is de hiervoor genoemde maatregelen die ik randvoorwaardelijk acht voor een AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars, uit te voeren. Aan de hand van de ervaringen bij de invoering van de maatregelen wil ik over twee jaar bezien of aan de voorwaarden is voldaan om een verandering in de uitvoering door te voeren. Bij deze afweging zal het kabinet het advies van de SER om (delen van) de AWBZ door zorgverzekeraars te laten uitvoeren, als vertrekpunt nemen. Hierbij speelt ook een rol dat tegen die tijd delen van de AWBZ-zorg naar de Zvw zijn overgeheveld (zie paragraaf 5.4.2).

<sup>1</sup> De SER beschrijft in paragraaf 6.3. van zijn rapport drie opties voor de zorg voor ouderen en chronische zieken voor de langere termijn: (a) uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars voor hun eigen cliënten, (b) een afzonderlijke care verzekering die wordt uitgevoerd door privaatrechterlijke zorgverzekeraars en (c) overheveling van delen van de AWBZ zorg naar de Zvw.

Ik ben in overleg met verzekeraars over de wijze waarop de uitvoering de komende jaren gestalte krijgt. Ook zal ik de cliëntenorganisaties hierbij betrekken. Om ervoor te zorgen dat verzekeraars tijdig duidelijkheid hebben ben ik voornemens hierover uiterlijk in augustus 2008 een besluit te nemen. Deze aanwijzing zal in principe voor een periode van drie jaar

gelden. Het streven is deze procedure in augustus van dit jaar af te ronden.

## **6. Tot slot**

Samenvattend constateer ik dat de nodige maatregelen in gang zijn gezet om de werking van de langdurige zorg te verbeteren. Ik stel nu geen grote stelselwijziging voor, maar de beleidsvoornemens in deze brief vormen wel een forse veranderagenda voor verbetering van de AWBZ. Hiermee sluit ik nauw aan op het door de SER geformuleerde advies. Ik realiseer me dat de totale veranderagenda een groot beroep doet op de sector en verwacht dat de in gang gezette maatregelen en beleidsontwikkelingen bruikbare resultaten opleveren voor het nader invullen van het lange termijn perspectief ten aanzien van een geloofwaardige en onbetwistbare AWBZ. Ik acht deze agenda nodig om de langdurige zorg toegankelijk, van een kwalitatief hoog niveau en betaalbaar te houden. De AWBZ is bedoeld voor mensen met ernstige beperkingen of aandoeningen, zoals dementerenden in een verder gevorderd stadium van het ziekteproces en verstandelijk gehandicapten. De beperkingen van deze groep mensen kunnen niet worden weggenomen. Wel is het met goede zorg mogelijk hen zo optimaal mogelijk te laten functioneren. Dit is een verantwoordelijkheid van de samenleving als geheel. De overheid heeft hierbij een bijzondere rol. Met de beleidsvoornemens in deze brief geeft het kabinet daar invulling aan zodat de mensen die het echt nodig hebben, zeker van zorg zijn nu en straks.

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