

---

Vergaderjaar 2010–2011

---

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 186**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2011

Hierbij zend ik u de programmabrief langdurige zorg waarin ik mijn visie op de langdurige zorg beschrijf en een uitwerking geef van de maatregelen uit het Regeer- en Gedoogakkoord.

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

De bijlagen:

- Eindrapport Beleidsdoorlichting indicatiestelling AWBZ Periode 2003–2008
- Op weg naar een solide pgb
- Onderzoek naar noodgedwongen gebruik pgb's door tekorten in het zorgaanbod Zvw en Awbz
- Eindrapport Achtergronden en motieven bij wachten op een pgb
- De opmars van het pgb
- Contouren van het voorstel van wet tot wijziging van de WMO zijn ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt

## Inleiding

Dag in dag uit zetten vele zorgverleners, vrijwilligers en mantelzorgers zich met hart en ziel in voor de meest kwetsbaren in onze samenleving. Dat verdient waardering. Door hun inzet en betrokkenheid krijgen mensen die hulpbehoevend zijn de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Daar moeten zij op kunnen blijven vertrouwen.

In mijn brief «Vertrouwen in de zorg» van 27 januari jl.<sup>1</sup> heb ik op hoofdlijnen aangegeven waar de komende jaren mijn ambities liggen. Vertrouwen in de zorg is mijn motto. Het bieden van zorg en ondersteuning is mensenwerk. De basis voor goede zorg wordt gevormd door de vertrouwensband tussen zorgverleners, vrijwilligers, mantelzorgers en de cliënt. Ook op andere terreinen van de zorg speelt vertrouwen een rol. Zorgverleners moeten erop kunnen rekenen dat de overheid weloverwogen en eerlijke keuzes maakt. De overheid moet er op haar beurt op kunnen vertrouwen dat zorgverleners vanuit hun professionaliteit verantwoorde en goede zorg leveren die aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt en bij de ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers. In deze brief ga ik nadrukkelijk in op de versterking van het zorgpersoneel, zowel qua positie als qua omvang, die zal leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de cliënt. De toekomst van het zorgstelsel ligt bij het samenspel van cliënten en hun netwerk, zorgverleners, gemeenten, vrijwilligers, mantelzorgers en organisaties die zorg en ondersteuning bieden. Met de Rijksoverheid op gepaste afstand als uiteindelijk verantwoordelijke voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor iedereen die dat nodig heeft.

Zoals in bovengenoemde brief is aangekondigd, informeert het kabinet uw Kamer hierbij over de uitvoering van maatregelen uit het Regeer- en Gedoogakkoord. Ik heb uw Kamer deze brief ook toegezegd tijdens de begrotingsbehandeling 2011, het planningsoverleg met uw Kamer van 2 februari jl. en het AO AWBZ van 23 maart jl.

### *De huidige langdurige zorg*

De AWBZ voorziet in zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Het kan daarbij gaan om thuiszorg, maar ook om verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding in verzorgingshuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. Ook de zorg in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, indien het verblijf langer dan 365 dagen duurt, valt onder de AWBZ. In 2010 maakten ruim 600 000 mensen in onze samenleving gebruik van langdurige zorg. Meer dan de helft van dit aantal AWBZ-cliënten (ca. 340 000) ontvangt deze zorg thuis, hetzij in natura, hetzij via een pgb waarmee de cliënt zelf zorg inkoopt. Voor het overige deel (ca. 260 000) wordt de zorg intramuraal geleverd. In de langdurige zorg zijn circa 150 000 vrijwilligers actief. De totale zorgkosten bedroegen in 2010 ruim € 23 mld.

Sinds haar ontstaan in 1968 is de AWBZ uitgebreid en verbeterd. Maar de langdurige zorg is ook in zijn aard en omvang veranderd door een geheel van aanvullende regelgeving. Dit heeft geleid tot toegenomen zorggebruik, stijgende kosten en een omvangrijke bureaucratie. Ook heeft het geleid tot een stelsel dat teveel aanbod- oftewel instellinggericht is en weinig cliëntvolgend. Het beroep op AWBZ-zorg is – in sommige gevallen – nodeloos toegenomen. Noch de samenleving, noch de cliënt zelf is hierbij gebaat. Ook dreigt een tekort aan zorgpersoneel. In 2010 werkten er 1,3 mln. werknemers in de zorg- en welzijnssector. Volgens prognoses van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn er de

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 2.

komende 15 tot 20 jaar, bij ongewijzigd beleid, alleen al in de zorgsector minimaal 400 000 extra zorgverleners nodig. En dat terwijl de beroepsbevolking de komende decennia alleen maar krimpt.

De afgelopen jaren zijn meerdere rapporten verschenen die concluderen dat er maatregelen nodig zijn om de AWBZ toekomstbestendig te maken. Ik denk daarbij aan het rapport Brede Heroverweging Langdurige zorg (2010), het rapport van de Sociaal-Economische Raad (SER) Langdurige zorg verzekerd (2008) en het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) Beter zonder AWBZ? (2007). Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het Centraal Planbureau (CPB) hebben adviezen uitgebracht over de toekomst van de AWBZ. Daarnaast zijn door het zorgveld zelf, onder andere door de brancheorganisatie ActiZ en de gezamenlijke cliëntenorganisaties, analyses opgesteld die aangeven dat de AWBZ onvoldoende gebruik maakt van de eigen kracht van mensen en hun omgeving.

#### *De toekomst van de langdurige zorg: beter en betaalbaar*

Het eindperspectief dat ik voor ogen heb, is een AWBZ van hoge kwaliteit voor de meest kwetsbaren in onze samenleving met een langdurige zorgvraag. De zorgbehoefte van de cliënt moet, meer dan nu het geval is, centraal komen te staan. Uitgangspunt is dat cliënten de zorg ontvangen die zij nodig hebben, in een instelling als de zorgbehoefte daarom vraagt, thuis als dat kan.

Om goede zorg voor mensen die daarvan afhankelijk zijn te kunnen blijven garanderen, bevat het Regeer- en Gedoogakkoord een uitgebalanceerd pakket aan maatregelen, die zorgen voor een omslag in de langdurige zorg. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de ouderenzorg, ook gezien de forse toename van het aantal ouderen en dementerenden door onder andere de vergrijzing. Het kabinet slaagt erin om, in een tijd van bezuinigingen, middelen te reserveren voor een jaarlijkse groei in de langdurige zorg van 2,5% maar daarenboven structureel jaarlijks € 852 mln. extra uit te trekken om fors te investeren in extra personeel en opleidingen en zo de kwaliteit van de (ouderen)zorg verder te verbeteren. Ook wordt de zorg anders en beter georganiseerd. Er worden stappen gezet richting een stelsel dat meer cliëntgericht in plaats van aanbodgericht is. Daarbij wordt de regelgeving waar mogelijk vereenvoudigd of afgeschaft en krijgen cliënten in instellingen via de Beginselenwet zorginstellingen een sterkere positie. Om de positie van de cliënt verder te verstevigen wil ik stappen zetten richting een meer cliëntvolgende bekostiging. Ik zal de komende tijd, in samenspraak met de zogenaamde coalitie Eigen Regie (gezamenlijke cliëntenorganisaties, BTN, ActiZ en MEE Nederland), bekijken hoe ik cliëntvolgende bekostiging, gegeven de budgettaire kaders, vorm kan geven. Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt anders vormgegeven om de kwaliteit van de zorg beter te bewaken. Onderdelen van de AWBZ worden gedecentraliseerd naar gemeenten. Hierdoor kan de ondersteuning meer op maat worden geboden, dicht bij de cliënt en beter afgestemd op diens behoeften en lokale mogelijkheden. Met deze decentralisatie wordt een efficiencyvoordeel gerealiseerd dat bijdraagt aan een doelmatiger besteding van collectieve middelen en beheersing van de uitgavengroei. De zorgkantoren worden opgeheven en de uitvoering van de AWBZ wordt in handen gelegd van de verzekeraars. Op deze manier wordt de aansluiting tussen de langdurige zorg en de curatieve zorg beter geborgd. Tot slot zet het kabinet onomkeerbare stappen in het scheiden van wonen en zorg.

### *Voortvarend en verantwoord*

Het is van groot belang om de maatregelen die het kabinet neemt in goede samenspraak en samenwerking met de verschillende partijen uit het veld uit te voeren. Zorgaanbieders, koepelorganisaties, patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg en gemeenten, die de hervorming van langdurige zorg gestalte moeten geven, zullen nauw bij de uitwerking van de hervormingsagenda worden betrokken.

Ik zorg ervoor dat de groepen mensen die gevolgen ondervinden van de maatregelen op tijd en goed geïnformeerd worden. Ook zal ik gemeenten en aanbieders adequaat ondersteunen bij de uitvoering van de verschillende maatregelen.

De maatregelen op het terrein van de zorg en ondersteuning hangen samen met die op andere terreinen van het kabinetsbeleid zoals de sociale zekerheid, de jeugdzorg en het onderwijs. Het kabinet volgt de uitvoering van deze maatregelen nauwlettend. Hierbij zal specifieke aandacht uitgaan naar de effecten van deze maatregelen, juist ook in samenhang, voor kwetsbare groepen die met meerdere maatregelen te maken krijgen. In het onlangs gesloten Bestuursakkoord 2011–2015 is tussen Rijk en gemeenten afgesproken dat, indien een onvoorziene cumulatie van maatregelen een specifieke groep onbedoeld onevenredig treft, betrokken overheden met elkaar in overleg treden.

Door middel van motie van de leden van uw Kamer mevrouw Venrooy-van Ark en de heer Azmani<sup>1</sup> is verzocht om voorafgaand aan de onderhavige brief te komen met een beleidsvisie op onafhankelijke cliëntondersteuning. Deze visie wordt, gegeven de strekking van de motie, verbreed naar de doelgroepen van de AWBZ, de Wajong, de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en nog deze maand separaat aan uw Kamer aangeboden.

### *Leeswijzer*

Deze brief is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 worden de maatregelen beschreven die het kabinet treft om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. Hoofdstuk 2 gaat over de keuzes die het kabinet maakt om de organisatie van de langdurige zorg op orde te brengen. In hoofdstuk 3 ga ik in op het persoonsgebonden budget (pgb). Hoofdstuk 4 bevat de planning van de maatregelen.

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 30 597 nr. 172.

## **1 Betere kwaliteit en goede zorg waarderen**

In het Regeer- en Gedoogakkoord zijn kwaliteitsbevorderende maatregelen voor de langdurige zorg aangekondigd. Het kabinet trekt structureel € 852 mln. per jaar extra uit voor meer zorgpersoneel en opleidingen in de langdurige zorg. Dit extra bedrag komt bovenop de middelen die het kabinet beschikbaar stelt voor de reguliere groei. De kwaliteitsverbetering omvat meer. Er wordt een Kwaliteitsinstituut opgericht, het toezicht door de IGZ wordt verbeterd en de rechten van cliënten worden versterkt. Ook worden overhead en regeldruk teruggedrongen, de schaalgrootte van instellingen geoptimaliseerd en maatregelen genomen om ouderen mishandeling tegen te gaan. Voorts wordt de huidige wijze van financiering per handeling in de AWBZ veranderd in financiering op resultaat. In dit hoofdstuk beschrijf ik deze maatregelen.

### **1.1 Extra personeel en opleidingen**

Goede zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Voor het leveren van goede zorg is het essentieel dat er voldoende en goed opgeleid personeel beschikbaar is. Om dit te bewerkstelligen wordt vanaf 2012 structureel jaarlijks € 852 mln. extra beschikbaar gesteld. Met dit bedrag krijgen instellingen meer financiële armslag en kunnen er 12 000 extra medewerkers worden aangenomen en opgeleid.

Van de extra middelen zet ik € 636 mln. in voor het verhogen van de ZZP-tarieven en € 142 mln. voor het verhogen van de contracteerruimte. Hiermee ontstaat er bij instellingen financiële ruimte om extra personeel te kunnen opleiden en aannemen. Ik vind het van groot belang dat deze extra middelen doelmatig worden besteed en ook daadwerkelijk leiden tot meer handen aan het bed. Om hier zorg voor te dragen is mijn ambitie dat er op korte termijn een bestuurlijk convenant wordt afgesloten dat leidend is bij de zorginkoop. Bij dit convenant zullen zowel de zorgverzekeraars, de werkgevers in de zorg, als de beroepsverenigingen worden betrokken. In dit convenant worden afspraken vastgelegd over de kwantitatieve doelstellingen, de 12 000 extra medewerkers, maar ook over de gewenste kwaliteit van de opleidingen en het personeel.

In de arbeidsmarktbrief die ik kort na het zomerreces aan uw Kamer zal verzenden zal ik nader ingaan op de uitwerking van dit convenant, de tussentijdse doelen en het meten van de resultaten. Dit heb ik ook aangegeven in mijn brief van 12 april jl.<sup>1</sup> die ik aan uw Kamer heb gestuurd naar aanleiding van de motie-Voortman.

Een specifiek deel van de extra middelen ter hoogte van € 74 mln. zet ik in ten behoeve van het stagefonds. Het stagefonds leidt tot extra zorgpersoneel. Ook is goede begeleiding van stagiaires noodzakelijk voor de kwaliteit van de opleiding en voor een goede aansluiting tussen opleiding en praktijk. Het stagefonds, dat in 2008 van start is gegaan, heeft aangetoond hier een belangrijke bijdrage aan te leveren.

Met de inzet van € 852 mln. wordt een forse impuls gegeven aan de kwaliteit van de langdurige zorg.

### **1.2 Versterken rechten cliënt**

Om de positie van de cliënt te versterken, is in juni 2010 het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz) ingediend. Deze wet, die volgens de planning in de tweede helft van 2012 in werking zal treden, versterkt de positie van de cliënt in de individuele relatie met de zorgaanbieder. Cliënten krijgen

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 29 282 nr. 122.

recht op keuze-informatie, recht op informatie over incidenten en kunnen de naleving van hun rechten gemakkelijker afdwingen via een betere klachtenregeling en – zo nodig – bij een onafhankelijke geschilleninstantie die een bindend advies geeft. Ook cliëntenraden krijgen met de Wcz meer bevoegdheden. De zorgaanbieder moet de cliëntenraad alle middelen ter beschikking stellen die redelijkerwijs nodig zijn om de taken goed uit te kunnen voeren.

Met de Beginselenwet zorginstellingen krijgt de dialoog die tussen cliënt en zorgverlener plaats hoort te vinden, een wettelijke verankering. Door middel van mijn brief van 17 januari jl.<sup>1</sup> heb ik uw Kamer de houtskoolschets van de Beginselenwet toegezonden. In die brief, en in de antwoorden op de vragen die naar aanleiding van deze houtskoolschets zijn gesteld, is aangegeven dat in een zorgplan over acht onderwerpen afspraken moeten worden gemaakt. De naleving van deze afspraken kan door de cliënt worden afgedwongen. Een externe klachtencommissie is hierbij behulpzaam. Het wetsvoorstel is thans voorgelegd aan de Raad van State, waarna het bij uw Kamer zal worden ingediend. De wet biedt cliënten de mogelijkheid om ernstige klachten over persoonlijke verzorging en bejegening direct bij de IGZ te melden. De IGZ zal bij zeer ernstige individuele klachten op het gebied van verzorging en bejegening onmiddellijk optreden.

Ook indirect wil ik de stem van de cliënt meer laten doorklinken. Cliënten en zorgverleners maken samen de zorg. Daarom moet het perspectief van de wederkerigheid tussen de zorgverlener en de cliënt leidend zijn. Van belang is dat de zorgverlener de ruimte krijgt om de cliënt bij te staan op de manier die volgens cliënt en professional het meest passend is. Medewerkers moeten daarom zoveel mogelijk ruimte krijgen om naar eigen inzicht te handelen. Zij verdienen dat er beter naar hen geluisterd wordt. Zij staan het dichtste bij de zorg en hebben vanuit hun positie veelal het beste zicht op het welzijn van de cliënt. Ook wil ik dat cliënten en professionals meer invloed hebben op belangrijke beleidsbeslissingen van zorginstellingen en dat hun mening direct gehoord wordt. Een belangrijk instrument dat hiertoe bijdraagt is de Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraad (VAR) die binnen een instelling de Raad van Bestuur of de directie gevraagd of ongevraagd adviseert over de kwaliteit van de zorg.

### **1.3 Governance**

Om goede zorg te kunnen leveren is het essentieel dat zorginstellingen goed bestuurd worden en dat een instelling beschikt over permanente informatie over de kwaliteit van de instelling. Een externe klachtencommissie is daarbij behulpzaam. Raden van Bestuur zijn verantwoordelijk voor het functioneren van hun instelling. De Raad van Toezicht heeft als taak toezicht te houden op de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in een zorginstelling. De Raad van Toezicht heeft daarom ook de verantwoordelijkheid om de Raad van Bestuur erop aan te spreken als deze niet goed functioneert. Zorgaanbieders zijn bezig om het bestuur in de langdurige zorg verder te professionaliseren. Goede voorbeelden hiervan zijn de Zorgbrede Governancecode en de modelregeling klokkenluiden van de Brancheorganisaties Zorg, de tweezijdige leveringsvoorwaarden van ActiZ en de Toolkit Toezicht Zorg van het nationaal register commissarissen en toezichthouders. Ik zal samen met hun inbreng een kader voor bestuurlijke verantwoordelijkheid in de zorg vastleggen.

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 604, nr. 1.

De cliëntenraad houdt de mogelijkheid om via de Ondernemingskamer een onderzoek in te laten stellen naar eventueel wanbeleid van hun zorginstelling. De Zorgbrede Governancecode 2010, die is opgesteld door de zorgsector zelf, biedt zorgaanbieders regels voor goed bestuur en toezicht. Op grond van de Wet toelating zorginstellingen en de Kwaliteitswet zorginstellingen hebben de IGZ en ik de mogelijkheid om in te grijpen wanneer de kwaliteit van zorg in gevaar komt, bijvoorbeeld door het instellen van verscherpt toezicht.

Voorkomen is ook hier beter dan genezen. Om deze reden tref ik met de Wcz tevens maatregelen die het bestuur en het toezicht van een instelling versterken. In de Wcz wordt bijvoorbeeld vastgelegd dat één bestuurder expliciet aanspreekpunt is voor de kwaliteit. Verder is in de Wcz bepaald dat als er ernstige structurele tekortkomingen zijn in de kwaliteit van zorg of in de naleving van de rechten van cliënten op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy, er sprake is van een gevaarsituatie die als ultimatum remedium aanleiding kan geven tot een bevel en tot stopzetting van de zorgverlening.

Cliënten zijn gebaat bij instellingen die qua schaalgrootte aansluiten bij de menselijke maat. Een optimale schaalgrootte van zorginstellingen zorgt voor meer efficiency, lagere kosten, meer integraliteit, hogere klanttevredenheid en betere zorg. Het kabinet wil dan ook bevorderen dat de schaalgrootte van zorginstellingen optimaliseert en het ontstaan van zorggiganten – die tot gevolg hebben dat de menselijke maat van de zorg uit het oog wordt verloren – wordt teruggedrongen. Daartoe wordt van zorgaanbieders vanaf 2013 verlangd om een voorgenomen fusie, voorafgaand aan het indienen van een fusievoorstel bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), te laten toetsen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Instellingen zullen daarvoor een fusie-effect-rapportage moeten opstellen die onder meer inzichtelijk maakt of de fusieplannen goed zijn doordacht, wat de gevolgen van de fusie zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg en hoe de fusierende partijen de direct belanghebbenden bij de instellingen – zoals cliëntenraden en het personeel – bij de uitwerking van de fusie hebben betrokken.

#### **1.4 Anders vormgeven toezicht inspectie**

Ik wil dat de IGZ snel reageert op misstanden. De IGZ zal, overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord, minder papieren verantwoording vragen en meer inspectie op de werkvloer uitvoeren, ook via onaangekondigde bezoeken waarbij bijvoorbeeld mystery guests ingezet kunnen worden. Méér, krachtig en ander toezicht vraagt van inspecteurs een combinatie van «techniek» en alertheid («pluis – niet pluis gevoel»). De IGZ gebruikt de extra financiële middelen die zijn toegezegd in het Regeer- en Gedoogakkoord om extra inspecteurs en programma- en toezichtmedewerkers in te zetten. Zij zullen snel en gericht in actie komen bij incidenten of bij het herkennen van structurele tekortkomingen bij instellingen. Bij haar toezicht hanteert de IGZ het principe van *high trust, high penalty*. De inspectie vertrouwt erop dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor veiligheid en kwaliteit waarmaken, maar bij geconstateerde onregelmatigheden volgen sancties. De IGZ heeft hiervoor een scala aan instrumenten, variërend van licht tot zwaar.

Op het gebied van goed bestuur heeft de IGZ onlangs een «Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid» vastgesteld. Hierin maakt de IGZ transparant hoe zij dit toezicht zal uitvoeren. Dit toezichtkader wordt aan uw Kamer toegezonden.



In aanvulling op de in de vorige paragraaf genoemde voorgenomen fusietoets zal de IGZ de bevoegdheid krijgen om zorgaanbieders vanwege kwaliteitsargumenten op te splitsen. Deze bevoegdheid is uitdrukkelijk bedoeld als ultimum remedium, om toe te passen als de gebruikelijke middelen ontoereikend zijn gebleken. Dat wil zeggen dat tot het opleggen van wijzigingen in de ondernemingsstructuur slechts kan worden overgegaan bij overtreding van de kwaliteits- en veiligheidsnormen, waarbij deze overtreding rechtstreeks voortvloeit uit de structuur van de zorgaanbieder en waarbij een gerede kans bestaat op voortdurende of herhaling van die overtreding. Verder zullen dergelijke structurele maatregelen alleen worden opgelegd wanneer er niet een even effectieve corrigerende maatregel bestaat die minder belastend is voor de zorgaanbieder. Mijn streven is dat de IGZ in 2013 over de opsplitsingsbevoegdheid beschikt.

### **1.5 Goede zorg waarderen, normen en goede voorbeelden**

Conform de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Zoals ik in mijn brief «Vertrouwen in de zorg» heb aangegeven, vind ik dat goede zorg het verdient om onder de aandacht te worden gebracht. Ik wil instellingen ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. Om dit te realiseren wordt voortgebouwd op diverse lopende programma's ter stimulering van kwaliteitsverbetering, verhoging van arbeidsproductiviteit en efficiency, zoals Zorg voor Beter, Transitieprogramma in de Langdurige Zorg, het Nationaal Programma Ouderenzorg, In voor Zorg en Welzijn nieuwe stijl.

Eind 2009 is het «In Voor Zorg»-programma van start gegaan. Via dit programma worden de innovaties van professionals uit het veld verzameld en verspreid. Dat gebeurt op drie manieren. Allereerst worden de innovaties die al zijn ontwikkeld in bijvoorbeeld het Transitieprogramma Langdurige Zorg en Zorg voor Beter, verzameld. Hieraan worden de innovaties die in het veld zelf zijn ontstaan toegevoegd en op een toegankelijke manier gepresenteerd. De tweede manier is dat «In Voor Zorg» professionals bij elkaar brengt door middel van bijeenkomsten, congressen en online. Er worden goede voorbeelden in beeld gebracht, professionals kunnen bij elkaar te rade gaan en ze kunnen hun innovaties met elkaar delen. Veel innovaties, ervaringen en andere informatie zijn al te vinden op de website [www.invoorzorg.nl](http://www.invoorzorg.nl). De derde manier is dat zorgaanbieders ondersteund worden bij de invoering van door henzelf gekozen innovaties. Zij krijgen onder meer kennis en «hands on»-hulp aangeboden. De belangstelling hiervoor is groot. Al ruim 130 zorgorganisaties – vooral uit de ouderenzorg – hebben aangegeven geholpen te willen worden bij de invoering van innovaties. Meer ruimte voor de professional, kleinschaligheid, minder interne bureaucratie en het daadwerkelijk centraal stellen van de cliënt komen vaak terug als doelstelling van de gekozen innovaties. Deze doelstellingen sluiten aan bij de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van dit kabinet en het concept buurtzorg.

Om de kwaliteit van zorginstellingen te verbeteren zal het veld ondersteund worden bij het opstellen van normen en het uitwisselen van goede voorbeelden.

Normen die zich bewezen hebben, bijvoorbeeld via Zorg voor Beter, worden breed ingevoerd. Hierbij staan de belangen en eigen regie van de cliënt centraal en zal sprake moeten zijn van een balans tussen de bewezen effectiviteit van de norm en de wens van de cliënt. Daarnaast wil ik verzorgenden en verpleegkundigen stimuleren om hun eigen kwaliteitsnormen en richtlijnen te ontwikkelen, omdat hun professionele inzichten

nog onvoldoende zijn geëxpliciteerd. Specialisten ouderengeneeskunde hebben hier de afgelopen tijd ook al een forse slag in gemaakt, wat hun positie richting andere professionals en bestuurders heeft versterkt. Het in oprichting zijnde Kwaliteitsinstituut krijgt hierbij een stimulerende rol. Dit instituut krijgt ook een rol bij het verspreiden van kennis, innovaties en goede voorbeelden die de kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van de zorg helpen vergroten, bijvoorbeeld ten aanzien van doorliggen en ondervoeding. Binnenkort informeren de Minister en ik u nader over de vormgeving van het Kwaliteitsinstituut.

Specifiek ten aanzien van een goed voorbeeld in de dementiezorg en ter uitvoering van de motie van het lid Agemakan ik het volgende melden. Het Europese «Joint Programming Initiative on Neurodegenerative Diseases, especially Alzheimer's Disease» heeft een eerste ronde opengesteld waarin gemeenschappelijke onderzoeksvoorstellen met betrekking tot Alzheimer kunnen worden ingediend. Deze eerste ronde richt zich op onderzoek naar (de harmonisatie van) het gebruik van biomarkers. Biomarkers zijn «meetbare» veranderingen in het lichaam die kunnen helpen bij een betere diagnose van in dit geval dementie.

### **1.6 Ouderen in veilige handen**

Zoals in het Regeer- en Gedoogakkoord opgenomen, zet dit kabinet in op extra maatregelen om ouderenmishandeling tegen te gaan. Op 30 maart 2011<sup>1</sup> heb ik uw Kamer het actieplan «Ouderen in veilige handen» doen toekomen. In het Actieplan heb ik tien concrete acties uitgewerkt om ouderenmishandeling te bestrijden. Met deze acties wil ik het geweld zo vroeg mogelijk stoppen. Ik zet in op preventie, signalering, melden en verbetering van de ondersteuning van slachtoffers. Ook zet ik, samen met de minister van Veiligheid en Justitie, in op een krachtige aanpak van de plegers. De looptijd van het plan is van 2011 tot en met 2014. Voor de uitvoering stel ik structureel € 10 miljoen per jaar beschikbaar.

Het Actieplan begint met het doorbreken van het taboe en het verbeteren van (algemene) preventie en vroegtijdige opsporing. Ook richt het plan zich op het tegengaan van ouderenmishandeling door professionals en vrijwilligers. Daarnaast zet het plan in op de ketenaanpak van ouderenmishandeling door het verbeteren van het melden van ouderenmishandeling, het versterken van de hulp en ondersteuning van de slachtoffers, het verbeteren van de ondersteuning bij ontspoorde mantelzorg én een strengere aanpak van de plegers (actiepoint 10).

Met het plan hebben de aangekondigde maatregelen uit het regeerakkoord, te weten een verplichte verklaring omtrent gedrag voor betaald zorgpersoneel, een richtlijn ouderenmishandeling, een meldplicht voor ouderenmishandeling en voortzetting van het project «stop ouderenmishandeling» een solide plaats gekregen.

### **1.7 Minder overhead en regels**

Conform de rijksbrede doelstelling uit het Regeer- en Gedoogakkoord, streeft het kabinet ernaar de administratieve lasten voor bedrijven met 5% per jaar te laten dalen en nieuwe regeldruk van wet- en regelgeving te voorkomen. Zo kunnen zorgverleners meer tijd besteden aan de zorg en wordt het gevoel weggenomen dat zij in hun handelen beperkt worden door onnodige regelgeving. Ik wil namelijk dat zorgverleners hun vak terugkrijgen zonder overbodige administratieve belasting. De rijksbrede doelstelling moet tevens leiden tot minder overhead. Ook wil ik dat vrijwilligers in hun werk niet belemmerd worden door regels. Het lid van uw Kamer mevrouw Uitslag (CDA) heeft tijdens de begrotingsbehandeling 2011 een motie<sup>2</sup> ingediend om belemmerende wetgeving voor vrijwil-

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 29 389, nr. 30.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 45.

ligers in zorginstellingen weg te nemen. Ik breng momenteel in beeld om welke belemmeringen het gaat. Rond de zomer informeer ik uw Kamer hierover in mijn beleidsbrief over vrijwilligerswerk en mantelzorg. In die brief ga ik tevens in op het aantrekken en behouden van vrijwilligers voor de zorg.

Om de regeldruk verantwoord te verminderen ben ik allereerst bezig met een experiment waarbij ik aanbieders in de langdurige zorg oproep om mij regels te melden die kwaliteits- of doelmatigheidsverbetering in de weg staan en die leiden tot onnodige bureaucratie in de zorg. Aan de hand hiervan wordt kritisch naar deze regels gekeken. In dit experiment worden voor een periode van 2 jaar de administratieve lasten waar mogelijk verminderd, indien blijkt dat de regelgeving leidt tot onnodige bureaucratie. Daarbij geldt het uitgangspunt van high trust high penalty: een grote mate van vertrouwen, maar stevig ingrijpen als het mis gaat. Met de deelnemers aan het experiment wordt vooraf vastgesteld wat een passende penalty is. Na de experimenteerperiode wordt geëvalueerd. Indien op basis van het experiment blijkt dat de administratieve lastendruk kan worden verlicht en het systeem van high trust, high penalty goed werkt, zal een landelijke uitrol plaatsvinden. De selectie van instellingen vindt op dit moment plaats. Hierbij betrek ik ook instellingen die uitsluitend zorg leveren die met pgb's gefinancierd wordt.

Daarnaast zet ik Regelhulp in om de administratieve lasten te beperken. Regelhulp is samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en uitvoeringsorganisaties ontwikkeld. Cliënten kunnen zelfstandig of met hulp van hun omgeving gebruik maken van de informatie van de website [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl). Ook de consulent of intaker kan hiervan gebruik maken. Stap voor stap brengt Regelhulp de situatie in kaart om te komen van zorgvraag tot mogelijke oplossingen. Hier wordt informatie over onder andere de AWBZ, de Wmo, Wajong en WSW gebundeld, aangevuld met informatie over oplossingen of voorzieningen in de eigen omgeving. Het klantperspectief en de toegeleiding naar de juiste organisatie(s) staan hierbij voorop. Regelhulp wordt uitgebreid met informatie over de Jeugdzorg en andere informatie die van belang is om goed mee te kunnen doen in de samenleving. Dit instrument dient als gids in de complexiteit van regelgeving.

In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren voor eigen verzekerden en dat gemeenten verantwoordelijk worden voor ondermeer begeleiding. Een belangrijke bron van administratieve lasten zijn de verschillende formats die zorgkantoren en gemeenten hanteren voor op elkaar lijkende informatie-aanvragen aan zorgaanbieders. Ik span me ervoor in om partijen afspraken te laten maken om de administratieve lasten zo veel mogelijk te beperken.

### **1.8 Vereenvoudiging indicatiestelling**

De huidige wijze van indicatiestelling voor AWBZ-zorg gaat te veel gepaard met administratieve lasten. Door de vereenvoudiging van de indicatiestelling ontstaat een goede balans tussen zorgverlening en administratie en krijgt de professional meer ruimte. In het oordeel van de professional heb ik vertrouwen.

De rol van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als onafhankelijke indicatiesteller blijft bestaan. Het CIZ heeft het afgelopen jaar een forse slag gemaakt met de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling. Ik verwijs in dat verband naar de brief aan uw Kamer van 5 november 2009<sup>1</sup> Bouwen aan Vertrouwen.

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2009–2010, 30 597, nr. 116.

Zo is het aantal standaardindicaties uitgebreid<sup>1</sup>. Deze vereenvoudiging zet ik door en zal ik tevens intensiveren.

Ook is met ingang van 2010 het zogenaamde taakmandaat gestart. Alle zorgaanbieders kunnen hiermee voor bepaalde cliëntgroepen onder voorwaarden zelf aan CIZ een advies over herindicaties afgeven. Het gaat daarbij om cliënten die al in zorg zijn en van wie al een zorgdossier bestaat. Dit betreft ongeveer 80% van het totaal aantal indicaties per jaar. Het CIZ toetst deze aanvragen steekproefsgewijs vooraf.

Een indicatiebesluit voor AWBZ-zorg kende tot voor kort een maximale geldigheidstermijn van vijf jaar. Per 18 april 2011 kan een cliënt met een stabiele zorgvraag een indicatiebesluit krijgen met een geldigheidstermijn van maximaal vijftien jaar. Mocht er een zorginhoudelijke noodzaak zijn om een indicatiebesluit te wijzigen, bijvoorbeeld omdat op enig moment andere of zwaardere zorg nodig is, dan kan de cliënt, eventueel in afstemming met de zorgaanbieder, zich bij het CIZ melden.

Een vereenvoudiging van de indicatiestelling wordt eveneens bereikt doordat aanvragen voor verblijf voor mensen van tachtig jaar en ouder, die met zorg en ondersteuning niet meer thuis kunnen wonen, alleen nog maar door het CIZ behoeven te worden geregistreerd. Dit geldt voor zowel de eerste aanvraag voor langdurig verblijf als voor de vervolgaanvraag bij wijziging van de zorgzwaarte. Een uitzondering hierop is de op herstel gerichte behandeling (ZZP VV 9). Hiervoor blijven de bestaande procedures gelden.

De AWBZ zorgaanbieders krijgen vanaf 1 oktober 2011 de mogelijkheid om voor deze categorie cliënten op basis van zorginhoudelijke argumenten en aan de hand van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ objectief te bepalen of langdurig verblijf geïndiceerd moet worden en welk zorgarrangement daarbij hoort. Die gegevens worden door de zorgaanbieder bij het CIZ aangeleverd via de digitale aanmeldfunctionaliteit. Het CIZ zet die melding automatisch om in een formeel indicatiebesluit. Het CIZ zal zo nodig steekproefsgewijs achteraf controleren en monitoren hoe de ontwikkeling van de indicatiestelling voor deze groep cliënten verloopt en welke zorgarrangementen worden geïndiceerd. In overleg met het CIZ wordt op dit moment gewerkt aan het opstellen van een handhavingskader voor het CIZ, zodat invulling wordt gegeven aan het principe van high trust, high penalty.

Ook voor de sector zintuiglijk gehandicapten wordt de indicatiestelling vereenvoudigd. In deze sector heeft veel behandeling het karakter van kortdurende revalidatie. Door (vertegenwoordigers van)aanbieders is aangedrongen op het indicatievrij maken van deze zorg in de AWBZ. Ik ben hieraan tegemoet gekomen doordat ik de functie behandeling met ingang van 18 april jl. indicatievrij heb gemaakt voor toegelaten aanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zorg voor zintuiglijk gehandicapten.

De afgelopen tijd (2003–2008) is er ook een slag gemaakt in het centraliseren en uniformeren van de indicatiestelling AWBZ. Uit het in 2010 door Research voor Beleid uitgevoerde onderzoek «Beleidsdoorlichting indicatiestelling AWBZ» blijkt dat er meer en beter is geïndiceerd. Indirect heeft dit bijgedragen aan het bedoeld gebruik van de AWBZ. De resultaten van de beleidsdoorlichting ondersteunen de uitwerking zoals opgenomen in de eerdergenoemde brief Bouwen aan vertrouwen, waar het gaat om verdere mandatering en vereenvoudiging van de indicatiestelling, kostenreductie, vermindering van administratieve lasten en een meer integrale beoordeling.

---

<sup>1</sup> Bij een standaardindicatie gaat het om een situatie die leidt tot dezelfde indicatie zonder dat een volledig onderzoek noodzakelijk is. De zorgaanbieder kan een aanvraag voor een dergelijke standaardindicatie digitaal en snel bij het CIZ aanvragen. De zorg kan direct worden ingezet en het formele indicatiebesluit van het CIZ volgt binnen veertien dagen. Steekproefsgewijs worden de indicaties achteraf door het CIZ getoetst.

In paragraaf 3.2 over de fraudegevoeligheid van de pgb-regeling ga ik in op de indicatiestelling door het CIZ in het kader van het pgb.

### **1.9 Plan extreme zorgwaarte**

Ik vind het belangrijk dat binnen de langdurige zorg recht wordt gedaan aan de bijzondere zorgvragen van cliënten, zowel voor de cliënten die kiezen voor zorg in natura als het pgb. Inmiddels is een werkgroep aan de slag om invulling te geven aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Wolberts (PvdA) c.s.<sup>1</sup>. In de motie is gevraagd om een plan van aanpak dat ertoe leidt dat extreme zorgwaarte of het hebben van meerdere grondslagen meegewogen wordt bij de indicatiestelling van cliënten die zorg met verblijf nodig hebben.

De werkgroep bestaat uit de NZa, het CVZ, het CIZ, het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en het ministerie van VWS. Deze werkgroep bekijkt voor iedere huidige toeslag op de ZZP-bekostiging of deze in de aanspraken moet worden vastgelegd en of het CIZ hiervoor een indicatie moet afgeven. Ik wil de toegang tot de ondersteuning en kennis van het CCE voor cliënten (en hun mantelzorgers) met een extreme zorgbehoefte die niet past in de ZZP's, versterken. Deze werkgroep bekijkt hoe dit te realiseren is voor zowel cliënten die kiezen voor zorg in natura als voor cliënten die kiezen voor een pgb. Daarnaast zal deze werkgroep de aanbevelingen uit de huidige evaluaties van de beleidsregel extreme zorgwaarte van de NZa en CCE uitwerken. Dit najaar informeer ik uw Kamer over mijn standpunt met betrekking tot extreme zorgwaarte. Aanvullend bekijkt de NZa jaarlijks op basis van het onderhoudsprogramma ZZP's of het nodig is om de bestaande ZZP's te verfijnen.

### **1.10 Resultaatfinanciering**

De afgelopen jaren hebben zowel zorgaanbieders als beleidsmakers een majeure inzet gepleegd om een op de individuele cliënt gerichte zorgzwaartefinanciering in te voeren. Zorgzwaartefinanciering met zorgzwaartepakketten (ZZP's) als kostendrager, heeft alleen betrekking op de intramurale AWBZ-zorg. De ZZP's zijn gebaseerd op de zorgbehoefte van vergelijkbare cliënten en daarmee een uitwerking van de aanspraken in de indicatiestelling. Ik ben voornemens om, in lijn met de bekostigingsbrief<sup>2</sup> die mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer heeft gestuurd, te onderzoeken of zorgzwaartepakketten ook in de extramurale zorg (EZP's) geïntroduceerd kunnen worden. Omdat de voorgenomen decentralisatie van begeleiding, de beperking van de doelgroep van de AWBZ en het scheiden van wonen en zorg leiden tot verschuivingen in AWBZ-aanspraken, zal deze invoering niet eerder dan op 1 januari 2014 kunnen plaatsvinden. Het pgb verschilt van een EZP in die zin dat de cliënt met een pgb een geldbedrag ontvangt waarmee hij of zij zelf bepaalt bij wie en wanneer hij zijn zorg inkoop. Budgethouders leggen verantwoording af over hun uitgaven en houden een administratie bij. Bij zorg in natura, zoals de zorg die geleverd wordt op basis van ZZP's en EZP's, wordt de zorg geleverd door een instelling die een contract heeft met het zorgkantoor. De betaling en administratie wordt verzorgd door het zorgkantoor en de zorginstelling. Vanaf 2013 worden de taken van de zorgkantoren overgenomen door de zorgverzekeraars.

De ZZP's zijn beschreven in AWBZ-functies en (gemiddeld) aantal uren. Het aantal te leveren uur zorg zegt echter niets over de inhoud van het zorgproces en over het resultaat van de geleverde zorg. Een logische vervolgstap in het cliëntgericht maken van de AWBZ is dat de financiering gekoppeld wordt aan het resultaat van de zorg voor de cliënt. Het huidige financieringssysteem bevat nog te weinig prikkels om te innoveren omdat

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 48.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2009–2010, 30 597, nr. 134.

de input en niet het resultaat centraal staat. Resultaatfinanciering prikkelt aanbieders echter om maatwerk te leveren en biedt de ruimte om daar nieuwe wegen voor te vinden.

Ik wil bij de ontwikkeling van het systeem van resultaatfinanciering een aantal principes hanteren. Zo wil ik uitgaan van mogelijkheden van mensen in plaats van hun beperkingen. Ook zal het geld de cliënt moeten volgen en moeten kwaliteit en financiering gekoppeld worden. Tevredenheid van cliënten en van medewerkers zijn belangrijke indicatoren voor kwaliteit.

Op dit moment werk ik, op basis van bovengenoemde uitgangspunten, aan een model voor resultaatfinanciering. De voornaamste uitdaging hierbij is het definiëren van resultaatgebieden die aansluiten bij de daadwerkelijke zorgverlening. Het heeft bovendien de voorkeur om de resultaatfinanciering zo vorm te geven dat aansluiting met de curatieve zorg en met welzijn wordt bevorderd. Mijn voornemen is om uw Kamer in de tweede helft van dit jaar nader te informeren.

## **2 Organisatie van de zorg op orde maken**

In hoofdstuk 1 van deze brief zijn de maatregelen geschetst die het kabinet treft om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren, de regeldruk te verlagen en de bureaucratie in de zorg te verminderen. In het onderhavige hoofdstuk zijn de maatregelen uitgewerkt die direct betrekking hebben op het gebouw van de AWBZ, te weten de aanspraken, de doelgroep, de functies en de uitvoering. Het gaat om de decentralisatie van de extramurale begeleiding naar gemeenten, de maatregel die ziet op de beperking van doelgroep en de overheveling van de jeugd-lvg en de jeugd-ggz naar een wettelijk kader voor jeugd. Vervolgens komt aan de orde het scheiden van wonen en zorg waarmee de mogelijkheden van cliënten voor de keuze van de eigen woonsituatie worden vergroot. Ook ga ik in dit hoofdstuk in op de verbetering van de uitvoering van de AWBZ door de overheveling hiervan van zorgkantoren naar zorgverzekeraars.

De maatregelen zijn nodig om de AWBZ toekomstbestendig te maken en goede zorg te behouden voor degenen die dit echt nodig hebben. In de afgelopen 10 jaar zijn de uitgaven aan de AWBZ-zorg met 66% gestegen, van ruim € 14 mld. in 2000 naar ruim € 23 mld. in 2010. Iedereen die in Nederland inkomen geniet betaalt momenteel, los van het eventuele gebruik van AWBZ-zorg, maximaal € 330 per maand. De premieopbrengsten dekken slechts 70% van de totale AWBZ-uitgaven. De rest wordt gedekt uit eigen bijdragen (5%) en rijksbijdragen (25%)<sup>1</sup>.

### **2.1 Decentralisatie extramurale begeleiding naar gemeenten**

Het kabinet kiest ervoor de extramurale begeleiding, die nu nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ, dichterbij de cliënt te organiseren. Daarom wordt de extramurale begeleiding onder de werking van de Wmo gebracht.

Op grond van gegevens van het CIZ hebben op peildatum 1 januari 2010 circa 180 000 mensen een uitstaand recht op extramurale AWBZ-begeleiding. Het gaat daarbij om mensen met een verstandelijke, lichamelijke- of zintuiglijke beperking, ouderen met somatische of psychogeriatrische problematiek, volwassenen met psychiatrische problematiek en om jeugdigen met psychiatrische problematiek in combinatie met opvoed- en opgroei problemen.

---

<sup>1</sup> VWS-begroting 2011.

Per 1 januari 2013 geldt dat mensen die vanaf dat moment voor het eerst begeleiding nodig hebben een beroep kunnen doen op de Wmo als zij niet zelfredzaam zijn. Dat geldt ook voor kinderen onder de 18 jaar die in 2013 voor het eerst extramurale begeleiding nodig hebben. In 2013 is sprake van een overgangssituatie. Het overgangsrecht is van belang voor mensen die al over een indicatie voor extramurale begeleiding, vervoer en/of kortdurend verblijf beschikken. Het overgangsrecht voor deze groep wordt geregeld in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Vanaf 2014 zal iedereen die begeleiding nodig heeft een beroep moeten doen op de Wmo.

De begeleiding voor mensen die niet zelf de regie kunnen voeren met een indicatie voor verblijf, de zogenaamde intramurale begeleiding, blijft overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord en vanwege de verwevenheid met de intramurale setting, onder de AWBZ vallen. Dit geldt ook voor mensen die gebruik maken van het Volledig Pakket Thuis (VPT).

De decentralisatie van extramurale begeleiding past bij de taak die gemeenten hebben in de Wmo: het bevorderen, faciliteren en doen behouden van de zelfredzaamheid van de burger en zijn deelname aan het maatschappelijke verkeer en het compenseren van beperkingen die de burger daarin ondervindt. De gemeente is in staat ondersteuning op maat te bieden, dichtbij, bijvoorbeeld in de eigen wijk of buurt, daar waar de burger niet zelfstandig of met hulp van de eigen omgeving kan participeren. De gemeente zal daarbij verbindingen leggen met andere gemeentelijke domeinen, zoals het beleid op het gebied van de schuldhulpverlening, de woningaanpassingen, re-integratie en bijstand of het woonbeleid.

De onderbrenging van extramurale begeleiding in de Wmo brengt met zich mee dat de ondersteuning die gemeenten gaan bieden, qua aard, omvang en aanbieder, kan afwijken van de begeleiding die de cliënt gewend was te ontvangen vanuit de AWBZ. Juist omdat de gemeente de burger kent en, daar waar mogelijk naast professionele ondersteuning, vrijwilligers en leerlingen via maatschappelijke stages in kan zetten voor ondersteuning is de gemeente in staat om maatwerk te leveren. Ook kunnen zij burgers aanspreken op het meer inzetten van hun eigen kracht of hun netwerk bij de ondersteuning.

De Wmo kent de compensatieplicht. Dit betekent dat de gemeente ondersteuning moet bieden om de beperkingen die burgers ervaren in de deelname aan de samenleving, te compenseren. Hoe de gemeente de ondersteuning vormgeeft, is aan de gemeente. Wel moeten gemeenten over de uitvoering van hun taken en de keuzen die zij daarbij maken verantwoording afleggen aan hun burgers. De inbreng van direct betrokkenen is in artikel 11 en 12 van de Wmo geregeld.

Om helderheid te geven over en waarborgen te bieden voor welke resultaten de gemeente ten aanzien van de individuele burger verantwoordelijk wordt, zal ik de compensatieplicht in de Wmo aanpassen. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) kan zich in deze wijziging vinden. In de bijlage treft u de contouren voor de wetswijziging Wmo inclusief de gewijzigde compensatieplicht. In de compensatieplicht (artikel 4) is een onderdeel toegevoegd dat gemeenten voorzieningen moeten treffen die de burger in staat stelt om dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en het persoonlijk leven te structureren en daarover regie te voeren. Op grond hiervan kan bijvoorbeeld ondersteuning en hulp worden geboden bij (praktische) taken en activiteiten zoals zinvolle dagbesteding. Te denken valt aan het optillen en verplaatsen van dagelijks noodzakelijke voorwerpen, of het beheer van huishoudgeld en de

thuisadministratie. Ten tweede is dit onderdeel gericht op het compenseren en actief herstellen van het beperkte of afwezige regelvermogen van de burger. Het gaat dan bijvoorbeeld om het regelen van zaken op het gebied van wonen, onderwijs, werk en inkomen, hulp bij het initiëren van het op- of bijstellen van dag- of weekplanning, het inzicht geven in (mogelijke) gevolgen van besluiten en hulp bij het zich aan regels en afspraken houden. Ten derde is het in voorkomende gevallen nodig om toezicht te bewerkstelligen, bijvoorbeeld op gedrag ten gevolge van een stoornis bij bijvoorbeeld valgevaar of complicaties bij een ziekte.

Het concept wetsontwerp dat de Wmo op deze punten wijzigt ligt thans voor bij de Raad van State. Ik streef er naar het wetgevingstraject voor wijziging van de Wmo begin 2012 af te ronden, zodat gemeenten voldoende voorbereidingstijd hebben en de gevolgen voor de cliënt en de zorgaanbieders tijdig duidelijk zijn.

Voor cliënten, gemeenten en zorgaanbieders verandert het «speelveld». Het is aan de zorgaanbieders en welzijnsorganisaties om een passend ondersteuningsaanbod te creëren dat aansluit bij de resultaten die de gemeente op grond van de Wmo voor haar burgers wil bereiken en dat aansluit bij de ondersteuningsvraag van de cliënt. Aanbieders worden daardoor aangesproken op creativiteit, innovatie en doelmatigheid.

Gemeenten krijgen vaak te maken met voor hen nieuwe aanbieders en directe verantwoordelijkheid voor cliënten met matige en ernstige beperkingen. In het Bestuursakkoord is met de VNG afgesproken dat vóór deze zomer gezamenlijk wordt onderzocht voor welke cliëntgroepen nadere maatregelen moeten worden getroffen binnen de Wmo zodat gemeenten hen adequaat kunnen ondersteunen. Daarbij betrek ik ook het kortdurend verblijf.

In verband met de decentralisatie wordt vanaf 2013 ook de verantwoordelijkheid voor het vervoer van en naar begeleiding buitenshuis verlegd van de AWBZ naar gemeenten. Parallel daaraan voer ik op dit moment een verkenning uit naar de toekomst van het sociaalrecreatief bovenregionaal taxivervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking (bekend onder de naam Valys). Decentralisatie hiervan naar gemeenten is een reële optie omdat dan het instrumentarium van gemeenten wordt aangevuld om burgers integraal maatwerk te bieden. Daarnaast verken ik ook andere opties zoals een rol voor provincies of behoud van een landelijke regeling. Bij de verkenning is het beoogde doel, het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer, leidend.

Het gemeentelijke takenpakket wordt met de decentralisatie van de begeleiding naar de gemeenten uitgebreid. Deze taakuitbreiding leidt tot een toevoeging van middelen aan het gemeentefonds die in overeenstemming is met de taakuitbreiding. Over de afspraken rondom de decentralisatie van begeleiding tussen het Rijk en gemeenten bent u geïnformeerd via het Bestuursakkoord.

Om cliënten, gemeenten, aanbieders en cliënten- en patiëntenorganisaties tijdig te informeren en voor te bereiden op de decentralisatie van de extramurale begeleiding en om aanbieders te inspireren nieuwe ondersteuningsvormen te ontwikkelen en verbindingen te leggen met andere domeinen, richt ik een zorgvuldig implementatietraject in. Daarbij werk ik nauw samen met de VNG. Medewerkers van mijn departement vormen samen met medewerkers van de VNG het zogenaamde Transitie-bureau (T-bureau). Het T-bureau ondersteunt gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties in de voorbereiding van de decentralisatie. Dit gebeurt in samenspraak met betrokken partijen zoals patiënten- en cliëntenorgani-



saties, de huidige AWBZ-aanbieders en welzijnsorganisaties. Het T-bureau zal voorzien in het verstrekken van goede voorbeelden en zal informatie leveren aan relevante partijen om de communicatie met cliënten vorm te geven. Ook zal in overleg met gemeenten, cliëntorganisaties en aanbieders invulling gegeven worden aan eventuele nadere maatregelen die nodig zijn voor bepaalde cliëntgroepen. Het voorkomen van onnodige administratieve lasten voor cliënten, aanbieders en gemeenten staat ook op de agenda van het T-bureau. Het T-bureau maakt daarbij gebruik van de kennis en ervaring van het stimuleringsprogramma Welzijn nieuwe stijl, het project de Kanteling en de conclusies van de eerste evaluatie Wmo<sup>1</sup>.

## **2.2 Beperking doelgroep AWBZ**

In Nederland hebben, anders dan in veel van de ons omringende landen, niet alleen licht verstandelijk gehandicapten met een IQ tussen 50 en 70, maar ook zwakbegaafden, met een IQ tussen de 70 en 85, recht op AWBZ-zorg (grondslag verstandelijke handicap) als er daarnaast sprake is van meervoudige problematiek. Tot meervoudige problematiek worden gerekend: ernstige beperkingen in de sociale redzaamheid en leer- en of gedragsproblemen als gevolg van verminderd cognitief functioneren. Deze groep zwakbegaafden is een sterk groeiende groep binnen de gehandicaptenzorg.

In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat het IQ-criterium voor recht op AWBZ-zorg per 2012 gelijkgesteld wordt aan het criterium dat in veel van de ons omringende landen wordt gehanteerd, namelijk een IQ lager dan 70. Op basis van inhoudelijke overwegingen en omwille van een zorgvuldige voorbereiding heeft het kabinet besloten om nader onderzoek te doen naar de wijze waarop deze maatregel het beste vorm kan krijgen en daarom de implementatie daarvan met één jaar uit te stellen.

Bij de voorgenomen IQ-maatregel gaat het om mensen die kwetsbaar zijn. De groep cliënten met een IQ tussen 70 en 85 kent vaak verschillende problemen, die niet alleen gerelateerd zijn aan het IQ. Het ontbreekt mensen uit deze groep vaak aan sociale vaardigheden, ze zijn makkelijk beïnvloedbaar of niet in staat te voldoen aan de eisen die de maatschappij aan hen stelt. De problemen doen zich veelal voor op meerdere terreinen, zoals op het gebied van wonen, werk, onderwijs en inkomen. Bovendien is er vaak sprake van bijkomende gedrags- of psychiatrische problematiek. Een deel van de groep die het betreft ontvangt intramurale zorg.

Ik heb het CVZ gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar de in het Regeer- en Gedoogakkoord opgenomen IQ-maatregel. Op 21 april jl. heeft het CVZ mij de uitvoeringstoets doen toekomen. Het CVZ concludeert dat de betrouwbaarheid van IQ-testen beperkt is. Bovendien zegt de beoordeling van het intellectuele vermogen, aldus het CVZ, weinig tot niets over de ernst van de problemen en de aanwezige ondersteuningsbehoefte. Volgens het CVZ is het meer bepalend voor de hulpvraag of er sprake is van chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en of gedragsproblemen en wat de ernst daarvan is. Het CVZ heeft in de uitvoeringstoets ook aandacht besteed aan de sterke groei van de vraag naar zorg vanuit deze doelgroep.

De conclusies van het CVZ worden gedeeld door professionals, vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en wetenschappers die deelnamen aan twee daartoe georganiseerde expertmeetings.

---

<sup>1</sup> Over de resultaten van het stimuleringsprogramma Welzijn Nieuwe Stijl en de kabinetsreactie op de eerste evaluatie van de Wmo ontvangt de Tweede Kamer een afzonderlijke brief.

Het kabinet heeft besloten een nadere verkenning uit te voeren om te bezien hoe de beperking van de AWBZ-doelgroep is uit te voeren in het licht van de hierboven genoemde inzichten. Bij de nadere verkenning van

de invulling van de maatregel zal onverkort worden uitgegaan van de besparing zoals die is opgenomen in het Regeer- en Gedoogakkoord. Voor de cliënten die tot deze groep behoren geldt dat, daar waar mogelijk, de ondersteuning dichtbij geregeld moet worden met behulp van het eigen sociale netwerk. Ik zie hier zo nodig een belangrijke rol weggelegd voor gemeenten en de jeugdzorg.

Om de aangekondigde verkenning uit te voeren, is nodig de maatregel met 1 jaar uit te stellen tot 1 januari 2013. Die tijd gebruik ik om te bezien hoe de toestroom naar intramurale zorg kan worden beperkt en uitbreiding van intramurale capaciteit voor deze groep cliënten voorkomen kan worden. Het jaar uitstel is bovendien van belang om gemeenten, zowel in het kader van de uitbreiding van de Wmo met begeleiding als de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW), en jeugdzorg in staat te stellen zich goed voor te bereiden op de ondersteuningsvragen van deze groep.

Tijdens de begrotingsbehandeling sprak uw Kamer de zorg uit voor mensen met een IQ hoger dan 70 en meervoudige problematiek. De leden van uw Kamer mevrouw Wolbert (PvdA) en mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) hebben een motie ingediend<sup>1</sup> waarin de regering wordt verzocht begeleiding te garanderen voor mensen met een IQ hoger dan 70 en meervoudige problematiek. Deze motie is aangehouden omdat is toegezegd schriftelijk te reageren op de zorgen van uw Kamer. Met deze brief geef ik deze schriftelijke reactie, inhoudende dat de maatregel vooralsnog met een jaar wordt uitgesteld. Over de invulling van de maatregel per 2013 zal ik uw Kamer nader informeren. Daarbij zal ik te zijner tijd tevens inhoudelijk ingaan op bovenstaande motie.

De opbrengst voor 2012, te weten € 20 miljoen, zal, gelet op het jaar uitstel, gezocht worden in het totale budgettaire kader van de AWBZ. De beperking van de AWBZ-doelgroep zal, overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord leiden tot structureel circa € 250 miljoen minder AWBZ-uitgaven.

### **2.3 Overheveling AWBZ gefinancierde jeugd-Lvg zorg en jeugd-ggz**

Het kabinet heeft ervoor gekozen om, in lijn met het Regeer- en Gedoogakkoord, te komen tot één financieringssysteem voor het stelsel van jeugdzorg. Het doel hiervan is om alle taken op het gebied van jeugdzorg te bundelen in één wettelijk kader, waardoor de zorg voor jongeren en hun ouders integraal tot stand kan komen. Gefaseerd gaan alle taken op het gebied van de jeugdzorg over naar gemeenten. Het betreft de jeugd-ggz (zowel AWBZ als Zvw), de provinciale jeugdzorg, de gesloten jeugdzorg, jeugdreclassering, jeugdbescherming en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Deze gefaseerde overheveling is in lijn met het advies van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg<sup>2</sup>. Het wettelijk kader wordt vanaf 2014 gefaseerd van kracht. Conform de bestuurlijke afspraken met de VNG wordt op dat moment de extramurale jeugd-lvg-zorg en jeugd-ggz uit de AWBZ overgeheveld. De decentralisatie van begeleiding voor jeugdigen van de AWBZ naar de Wmo, is dan al afgerond. De overheveling van de intramurale jeugd-lvg-zorg vindt uiterlijk plaats op 1 januari 2016.

De middelen die momenteel zijn gemoeid met de taken op het gebied van jeugdzorg (inclusief de middelen die provincies vanuit hun algemene middelen inzetten voor jeugdzorg (€ 90 mln.)), verminderd met een structurele efficiencykorting van € 300 mln., worden, overeenkomstig de afspraken in het Bestuursakkoord 2011–2015, overgeheveld naar

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 34.

<sup>2</sup> «Jeugdzorg dichterbij», TK, vergaderjaar 2009–2010, 32 296, nr. 7.

gemeenten. Door de bundeling van taken en de herijking van het recht op zorg zijn gemeenten in staat maatwerk te leveren en kan het stelsel van zorg voor jeugdigen doelmatiger en doeltreffender worden vormgegeven.

Ik informeer uw Kamer nog voor de zomer over de aanpak van het decentraliseren van de jeugdzorg.

## **2.4 Het scheiden van wonen en zorg**

Overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord, worden in de langdurige zorg wonen en zorg gescheiden. Bewoners van instellingen krijgen hierdoor meer keuzevrijheid en zorginstellingen zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van cliënten door meerdere huisvestingsvarianten aan te bieden. Mensen met een zorgvraag die ervoor kiezen zelfstandig thuis te blijven wonen worden beter gefaciliteerd. Het kabinet zet daartoe in op betere basiszorg dicht bij huis. Zeker bij ouderen en mensen met een meervoudige zorgvraag is de behoefte aan ondersteuning dichtbij huis groot. Het gaat om afstemming en samenwerking tussen de wijkverpleegkundige, de thuiszorg, de huisarts, mantelzorg, de apotheek, de gemeente, maar ook om het ziekenhuis en overige zorgverleners. De wijkverpleegkundige kan een schakel vormen tussen de cliënt, familie, mantelzorg en de verschillende professionals. Over zorg in de buurt en de verbetering daarvan zullen de minister en ik uw Kamer na de zomer een brief sturen. In overleg met de minister van BZK zal ik bezien hoe de woningcorporaties en gemeenten deze beweging zo goed mogelijk kunnen faciliteren. Nagegaan wordt of een vervolg op het programma «Beter thuis in de buurt» daaraan kan bijdragen.

Het kabinet heeft besloten onomkeerbare stappen te zetten om in intramurale voorzieningen zorg en wonen te scheiden en de daartoe benodigde wijziging van wet- en regelgeving onverwijld voor te bereiden. De contracteerplicht vervalt per 1 januari 2012. Door deze afschaffing krijgen zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) vrijheid om alleen zorgaanbieders te contracteren die naar hun oordeel huisvesting bieden die tegemoet komt aan de wens van de cliënt. Ook introduceert dit kabinet, nadat daarover jarenlang onzekerheid heeft bestaan, een systeem van normatieve bekostiging van kapitaallasten en wordt de nacalculatie van kapitaallasten losgelaten. Deze stappen zijn noodzakelijk om scheiden van wonen en zorg door te kunnen voeren. In het onderstaande ga ik hierop nader in.

### *Normatieve bekostiging van de huisvesting*

In 2009 is het zogenaamde bouwregime afgeschaft. Zorgaanbieders hadden toestemming van de overheid nodig voor bouw en renovatie van instellingen. Deze procedure leverde veel bureaucratie op. Aan de goedkeuring door de overheid was een risicoloze vergoeding van alle kapitaallasten verbonden. Momenteel worden de kapitaallasten op basis van nacalculatie volledig vergoed, ook als gebouwen inmiddels niet langer in gebruik zijn.

Door middel van de invoering van normatieve bekostiging van kapitaallasten via een opslag op de ZZP-tarieven, wordt een einde gemaakt aan de vergoeding van dergelijke leegstand van (delen van) gebouwen. Deze normatieve bekostiging wordt in de periode 2012 tot en met 2017 stapsgewijs ingevoerd om ervoor te zorgen dat zorginstellingen geleidelijk aan over kunnen stappen van risicoloze op risicovolle bekostiging. Met de normatieve bekostiging wordt de vergoeding van de kapitaallasten gekoppeld aan de bezetting. Deze wijze van bekostiging is tevens van belang voor de bepaling van de waarde van individuele woonruimten en

alle overige ruimten in zorginstellingen. Voor de aan de individuele cliënt toe te delen woonruimte gaan cliënten huur betalen. De aan de zorg gekoppelde ruimten (zoals de behandelruimte van de fysiotherapeut) blijven vanuit de AWBZ bekostigd worden. In het huidige systeem van nacalculatie is een dergelijke uitsplitsing niet mogelijk.

#### *Scheiden wonen en zorg implementeren*

Voor cliënten met beperkingen die intramuraal verblijven leidt de scheiding van wonen en zorg tot meer keuzevrijheid en kwaliteitsverbetering. Het kabinet heeft bij het doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg een aantal randvoorwaarden geformuleerd. Zo moeten de eigen bijdragen worden verlaagd. Cliënten gaan namelijk zelf hun woonlasten betalen. Ook moeten cliënten in aanmerking kunnen komen voor huurtoeslag als hun inkomenspositie daar aanleiding toe geeft. Bovendien mag een eventuele partner van de cliënt die nog zelfstandig woont, geen negatieve financiële gevolgen ondervinden van het feit dat de cliënt ook woonlasten moet betalen. Ook moeten er voldoende eenpersoonskamers beschikbaar zijn.

Om aan deze randvoorwaarde te voldoen is het nodig een aantal zaken uit te werken. Ik zal bepalen hoeveel van deze cliënten zelfstandig wonende partners hebben en hoe hun inkomenspositie is. Aan de hand daarvan is te beoordelen of van financiële compensatie sprake moet zijn. Om de omvang van de vraag naar huurtoeslag te kunnen bepalen moet bovendien in kaart worden gebracht wat de huurwaarde is van woonruimten in intramurale instellingen. Met de minister van BZK wordt nagegaan of de huurbeschermings- en huurprijsregelgeving, zoals die in de huursector gelden, in de huidige vorm is toe te passen op het wonen van cliënten bij een zorgaanbieder. De consequenties voor cliënten en zorgaanbieders in financieel opzicht, maar ook in de sfeer van de administratieve belasting kunnen dan in kaart worden gebracht. In aanvulling hierop heb ik uw Kamer tijdens het Algemeen Overleg op 19 mei jl. toegezegd na te gaan of er mogelijkheden kunnen worden gecreëerd voor cliënten in een instelling om zich te verzekeren tegen de kosten van aanvullende diensten, die niet uit de AWBZ worden gedekt.

Zoals hiervoor uiteengezet is moet voor verantwoorde invoering van het scheiden van wonen en zorg nog een aantal zaken worden uitgewerkt. Ik streef ernaar om per 1 januari 2014 te starten met het scheiden van wonen en zorg voor de lichtere ZZP's. Ik denk daarbij in ieder geval aan de ZZP's VV 1 en 2. Waar mogelijk zal deze scheiding op dat moment ook voor bijvoorbeeld de ZZP's VV 3 en 4 worden doorgevoerd. Via de weg van geleidelijkheid zal in de jaren daarna het scheiden van wonen en zorg over de hele linie, ook voor de hogere ZZP's, worden doorgevoerd. Het overgangsregime van de normatieve bekostiging van kapitaallasten (NHC's), dat er voor zorgt dat instellingen eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun vastgoed, wordt intact gelaten.

#### *Pilots*

Tijdens het AO AWBZ van 23 maart jl. heb ik aangegeven in deze brief ook in te gaan op de suggestie om het scheiden van wonen en zorg vorm te geven in pilots, hetgeen ik hierbij doe. In de afgelopen jaren zijn de mogelijkheden om thuis te blijven wonen toegenomen. Met behulp van een pgb of door het omzetten van het ZZP in extramurale functies of het VPT zijn veel cliënten in staat gebleken om ook met zware beperkingen de zorg thuis te regelen. Ook de woningmarkt speelt steeds meer in op de behoefte van mensen met een beperking om zelfstandig te wonen, al dan niet in groepsverband. U wordt hierover binnenkort door de Minister van

BZK geïnformeerd middels het rapport «Monitor investeren voor de toekomst 2009». Hieruit blijkt dat 26% van de totale woningvoorraad geschikt is voor bewoning door ouderen/mensen met een beperking (nultredenwoningen en verzorgd wonen). Binnenkort ontvangt u van de minister van BZK ook de Woonvisie waarin de toekomstige beleidsontwikkelingen staan verwoord. Ik zie deze ontwikkelingen als pilots en zie daarom geen noodzaak om pilotregio's of pilotinstellingen aan te wijzen.

### *Financiën*

De in het Regeer- en Gedoogakkoord genoemde besparingen van € 100 mln. in 2015 en € 300 mln. structureel door de scheiding van wonen en zorg worden gerealiseerd door het pakket aan gefaseerde maatregelen. De introductie van de normatieve huisvestingscomponent op 1 januari 2012 leidt vanaf 2016 tot structureel lagere uitgaven voor kapitaallasten. De besparing van € 100 miljoen in 2015 wordt taakstellend meegenomen in het invoeringstraject van het scheiden van wonen en zorg. Zoals in het Bestuursakkoord 2011–2015 is aangegeven brengen het Rijk en de VNG de gevolgen van het scheiden van wonen en zorg voor gemeenten in kaart en komen tot overeenstemming over de wijze waarop het scheiden van wonen en zorg concreet wordt vormgegeven en over de compensatie van gemeenten voor eventuele (financiële) gevolgen. Tezamen met het ministerie van BZK worden ook de gevolgen voor het beroep op de huurtoeslag in kaart gebracht om uiteindelijk overeenstemming te bereiken over compensatie op de begroting van het ministerie van BZK vanwege de uitgavenstijging bij de huurtoeslag.

### **2.5 Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden**

Zorgverzekeraars zijn formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor hun verzekerden. Zij hebben thans echter vrijwel al hun AWBZ-taken gemandateerd aan regionale zorgkantoren. Het zorgkantoor heeft volmacht om namens alle zorgverzekeraars in de betreffende regio werkzaam te zijn. De zorgkantoren hebben in de regio een financiële contracteerruimte, waarbinnen zij zorg inkopen bij zorgaanbieders.

In het Regeer- en Gedoogakkoord is opgenomen dat de taken van de zorgkantoren en de risico's worden overgenomen door de zorgverzekeraars. De AWBZ zal per 1 januari 2013 worden uitgevoerd door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden en past bij de omslag die het kabinet wil maken naar een meer cliëntgerichte zorg met een goede prijs-kwaliteit-verhouding.

Van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden wordt een aantal belangrijke voordelen verwacht, zoals vergroting van de keuzevrijheid voor verzekerden en cliënten, een grotere klantgerichtheid, verbetering van kwaliteit en meer kostenefficiëntie. Ook de afschaffing van de contracteerplicht per 1 januari 2012 draagt hieraan bij. De verzekeraar wordt voor de cliënt hét aanspreekpunt voor de zorg in den brede (voor Zvw én AWBZ). De verzekeraar vervult op cliëntniveau een rol in de bemiddeling tussen zorgbehoefte en aanbod van zorg. Daarnaast krijgen cliënten meer invloed doordat verzekeraars rechtstreeks aanspreekbaar zijn én doordat verzekerden de mogelijkheid hebben jaarlijks te wisselen van zorgverzekeraar («stemmen met de voeten»). Ook is de verwachting dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop een betere zorginhoudelijke samenhang tussen de cure (Zvw) en de care (AWBZ) kunnen realiseren. Dit is bij uitstek van belang voor cliënten die zowel Zvw- als AWBZ-zorg nodig hebben zoals ouderen en chronisch zieken. Bij complexe zorgvragen is goede afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders essentieel om de kwaliteit van de zorg te borgen.

Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen bij de afstemming tussen de verschillende aanbieders, ongeacht of deze via de Zvw of AWBZ bekostigd worden.

Met het oog op de benodigde ketenzorg voor cliënten is een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten belangrijk. Vanuit goede voorbeelden (ketenzorg dementie, begeleiding, woonservice gebieden en gezondheidsbevordering) hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VNG een leidraad voor gemeenten en verzekeraars ontwikkeld (toolkit) die handvatten biedt voor een goede samenwerking.

Om zorgverzekeraars daadwerkelijk de mogelijkheid te geven te sturen op doelmatigheid en kwaliteit wordt de contracteerplicht die momenteel geldt voor zorgkantoren met ingang van 2012 afgeschaft. Door deze afschaffing krijgen zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) meer vrijheid om die aanbieders te contracteren die naar hun oordeel de meest gewenste kwaliteit tegen de gunstigste prijs leveren. Dit draagt bij aan de beoogde doelmatige uitvoering van de AWBZ.

De overdracht van taken aan de zorgverzekeraars als zodanig verandert niets aan de aanspraak op AWBZ-verstrekkingen. Zorgaanbieders blijven gehouden om verantwoorde zorg te leveren. Ook de huidige (wettelijke) zorgplicht blijft bestaan. Dit geldt ook voor de onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ, dat het publieke karakter van de AWBZ waarborgt.

De betrokkenheid van cliënten bij de uitvoering van de AWBZ is belangrijk. Daarom wil ik in het wetsvoorstel dat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars regelt, vastleggen dat de statuten van een AWBZ-verzekering waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid van verzekeraars. Zo hebben zorgverzekeraars de intentie om de zorginkoop samen met cliëntenorganisaties vorm te geven.

Over de voorbereiding op en de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden in 2013 zal ik concrete afspraken maken met ZN. Zorg zijn mensen en dat is ook het uitgangspunt van zorgkantoren en zorgverzekeraars en leidend in de afspraken die ik met hen maak. De afspraken zullen daarom in ieder geval gaan over het betrekken van cliënttevredenheid en goed werkgeverschap (medewerkertevredenheid) in de zorginkoop. Ook het beperken van de administratieve lasten is daarbij een aandachtspunt. Op dit moment worden tevens criteria ontwikkeld om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van de geboden dienst.

Met de overdracht van de uitvoering van de AWBZ van zorgkantoren naar verzekeraars per 2013 is het uitgangspunt van het kabinet dat de zorgverzekeraars de inkoop van zorg zelf ter hand nemen. Denkbaar is dat zorgverzekeraars tijdelijk (gedeelten van) de AWBZ, binnen de mededingingsrechtelijke kaders, op basis van het representatiemodel zullen inkopen, bijvoorbeeld vanwege de beperkte doelgroep of de complexiteit van de zorg. Hierbij kan worden gedacht aan de zorg voor zintuiglijk gehandicapten, ernstig meervoudig gehandicapte kinderen of Korsakov-patiënten.

Bij deze overdracht van de uitvoering van de AWBZ van zorgkantoren naar verzekeraars zijn in principe twee modellen denkbaar. De budgettaire contracteerruimte, die thans wordt verdeeld over de zorgkantoren, wordt verdeeld over de zorgverzekeraars zodra hier een adequaat verdeelmodel voor beschikbaar is. Een deel van de contracteerruimte zal gereserveerd worden ten behoeve van de zogeheten knelpuntenprocedure<sup>1</sup>. Ik denk daarbij aan een grotere reservering voor de knelpuntenprocedure dan in

<sup>1</sup> Verzekeraars kunnen een knelpuntenprocedure starten bij de NZa indien zij van mening zijn dat het toegekende budget niet toereikend is om aan een toegenomen vraag naar zorg te voldoen. VWS bepaalt op basis van een advies van de NZa of het budget van de betreffende verzekeraar al dan niet wordt opgehoogd.

het huidige systeem, om extra behoedzaamheid in de budgettering in te bouwen. Op deze wijze blijven de budgettaire grenzen gegarandeerd en is het risico op budgetoverschrijding optimaal beperkt. Het kabinet werkt dit model uit en beziet in hoeverre prikkels kunnen worden geïntroduceerd om de uitvoering van de AWBZ zo doelmatig mogelijk vorm te geven. Het model dat hierop kan volgen heeft als uitgangspunt dat verzekeraars uiteindelijk waar mogelijk risicodragend worden voor de uitvoering van de AWBZ. Dit model vergt in aanvulling op de ontwikkeling van het hiervoor genoemde verdeelmodel ook de ontwikkeling van een zogeheten risicovereveningssysteem<sup>1</sup>. Dit vraagt om een zorgvuldige voorbereiding. Een volgend kabinet zal daarom de beslissing over een eventuele risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars nemen.

Ik bereid thans een wetsvoorstel voor waarin de bovenstaande uitgangspunten, inclusief de optie om te komen tot risicodragende uitvoering, nader worden uitgewerkt en de huidige contracteerruimte niet langer naar zorgkantoren maar naar zorgverzekeraars wordt verdeeld.

Voor de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren hebben zorgverzekeraars voor de periode 2009–2011 opdracht van mijn ambtsvoorganger gekregen. Omdat de huidige opdracht aan de zorgkantoren eind 2011 afloopt, zal in aanloop naar de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden in 2013 worden voorzien in een overgangstraject. De zorgverzekeraars zullen daartoe voor het jaar 2012 mandaat en volmacht aan elkaar verlenen. Dit mandaat vervalt in principe op 1 januari 2013. De zorgverzekeraars zullen in nauwe samenwerking met de zorgkantoren de voorbereidingen moeten treffen voor de omslag naar uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden in 2013.

### **3 Naar een solide en wettelijk verankerd pgb**

In dit hoofdstuk geef ik mijn visie op het pgb. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Wolbert (PvdA) c.s.<sup>2</sup>. Verder ga ik in op de maatregelen die zijn gericht op een solide pgb-regeling, de aanpak van fraude en het wettelijk verankeren van het recht op een pgb.

#### **3.1 Het pgb**

Momenteel maken bijna 130 000 mensen gebruik van een pgb. De pgb-regeling biedt de cliënt zelf de regie en zeggenschap over de inkoop van zorg. De pgb-uitgaven zijn de afgelopen jaren fors gestegen en deze groei is niet vol te houden. De toegang tot de pgb wordt daarom beperkt om het instrument solide te maken en te kunnen behouden voor cliënten met een verblijfsindicatie en dus voor mensen met een levenslange en levensbrede zorgvraag. Ik vind dit verantwoord omdat in de extramurale zorg de afgelopen jaren zorgvernieuwingen tot stand zijn gekomen die hebben geleid tot meer keuzevrijheid voor cliënten, een van de doelen van het pgb. In de intramurale zorg is dit nog minder het geval. Verder zal de fraude met het pgb worden voorkomen en bestreden en het recht op pgb wordt, overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord, wettelijk verankerd. Dit zal per 1 januari 2014 het geval zijn. Daarmee worden pgb en zorg in natura gelijkwaardige alternatieven en krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een extra impuls om de vraag van de cliënt nog meer als uitgangspunt te nemen.

De zorg geleverd via een pgb moet net als de zorg in natura goede zorg zijn. Als deze zorg bedrijfsmatig danwel beroepsmatig wordt geleverd moet deze voldoen aan wettelijke eisen<sup>3</sup>. Het is daarom niet nodig om criteria voor verantwoorde zorg met verblijf in de pgb-regeling op te

---

<sup>1</sup> Het beoogde risicovereveningssysteem compenseert verzekeraars vooraf voor kostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen tussen hun verzekerdenportefeuille.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 500, nr. 35.

<sup>3</sup> Het gaat hierbij om de Kwaliteitswet zorginstellingen, die wordt vervangen door Wet cliëntenrechten zorg, die momenteel in de Tweede Kamer voorligt ter behandeling. Volgens beide wetten maakt het niet uit of de zorg via een pgb of via zorg in natura wordt geleverd en is ook het toezicht op deze zorg door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gewaarborgd.

nemen. In de motie van het voormalig lid van uw Kamer de heer De Vries (CDA) c.s.<sup>1</sup> is hierom gevraagd. Ik blijf initiatieven ondersteunen die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, bijvoorbeeld via vergelijkende keuze-informatie of keurmerken. Verder ga ik niet, omdat ik, los van de praktische bezwaren met betrekking tot het vormgeven van het gewenste toezicht en de handhaving, daarmee in het privé-domein van de cliënt treedt. Besluit een budgethouder zijn zorg in te kopen bij iemand die niet bedrijfs- of beroepsmatig werkzaam is in de zorg, dan prevaleert diens eigen keuze en verantwoordelijkheid.

### 3.2 Solide pgb en aanpak fraude

De huidige praktijk laat zien dat er aanleiding is om kanttekeningen bij het pgb te plaatsen. Op basis van bijgesloten onderzoeken en cijfers over ontwikkelingen in het pgb-gebruik trek ik de volgende conclusies<sup>2</sup>:

1. de regeling is in de huidige vorm financieel niet meer houdbaar, mede vanwege de aanzuigende werking en monetarisering van de informele zorg;
2. eigen regie is niet altijd de drijfveer om voor een pgb te kiezen, waardoor verantwoorde zorg niet altijd is gegarandeerd;
3. de regeling is fraudegevoelig en leidt tot discutabele pgb-uitgaven op basis van de functie begeleiding.

Deze conclusies zijn niet nieuw. Ze zijn al eerder aan de orde gekomen in mijn brief van 30 november 2010<sup>3</sup> en in de antwoorden op vragen van uw Kamer over het pgb<sup>4</sup>.

Gelet op de genoemde problemen met de pgb-regeling neem ik per 1 januari 2012 onderstaande maatregelen gericht op een solide pgb-regeling en de aanpak van fraude. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Uitslag (CDA) c.s.<sup>5</sup>

#### *Een solide pgb-regeling*

Een van de grootste uitdagingen is de betaalbaarheid van de zorg. Sinds 2002 zijn de pgb-uitgaven gemiddeld jaarlijks met 23% gestegen (van € 414 mln. naar € 2,2 mld. in 2010), terwijl de uitgaven voor de zorg in natura in dezelfde periode met gemiddeld jaarlijks 4% zijn gestegen. Deze groei van de pgb-uitgaven is de komende jaren niet vol te houden. Het opheffen van het verschil tussen de beschikbare pgb-middelen en de benodigde pgb-middelen bij ongewijzigd beleid voor de komende jaren is een belangrijke financiële opgave van dit kabinet. Dit verschil is geraamd op € 864 mln. in 2015. Dit is circa 30% van de beschikbare middelen voor pgb's in 2015. Hierin is geen rekening gehouden met de geplande decentralisatie van de functie begeleiding naar de gemeenten. Ik vind dat de pgb-regeling ook zonder deze decentralisatie beheersbaar moet zijn en tot gepaste groei moet zijn teruggebracht.

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2009–2010, 30 597, nr. 142.

<sup>2</sup> Het gaat om de volgende onderzoeken:

– «Op weg naar een solide pgb» van het ITS, januari 2011;

– «Onderzoek naar het noodgedwongen gebruik pgb's door tekorten in het zorgaanbod Zwv en AWBZ» van Partners in jeugdbeleid, februari 2011;

– «De opmars van het pgb» van het SCP, mei 2011;

– «Achtergronden en motieven bij het wachten op een pgb» van Research voor Beleid, december 2010.

<sup>3</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 756, nr. 41.

<sup>4</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 756, nr. 42.

<sup>5</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 45.

Ik moet constateren dat de pgb-regeling ertoe heeft geleid dat een geheel nieuwe groep zorgvragers zich tot de AWBZ heeft gewend die dit anders (nog) niet zou hebben gedaan. De groei van het pgb heeft niet geleid tot een verlaging van de groei bij de zorg in natura. Dit zet de betaalbaarheid van de langdurige zorg onder druk. We hebben in Nederland een toegankelijke AWBZ en een aantrekkelijke pgb-regeling, die mantelzorgers verleidt om hun zorg vanuit collectieve middelen te financieren. Deze ontwikkeling staat haaks op mijn streven de langdurige zorg toekomstbestendig te maken door mensen aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheden en hun sociale omgeving optimaal te benutten.



Om de pgb-uitgaven in lijn te brengen met de groei in de AWBZ zal per 1 januari 2012 de toegang tot het pgb worden beperkt tot personen met een verblijfsindicatie. Dit leidt vanaf 2015 tot een structurele netto besparing van € 900 mln. ten opzichte van ongewijzigd beleid. Het pgb biedt een volwaardig alternatief voor intramurale zorg en stimuleert creatieve oplossingen. Deze vernieuwing wil ik ook in de zorg in natura bereiken voor personen met een levenslange en levensbrede zorgvraag, ondermeer door het scheiden van wonen en zorg. De pgb zzp-tarieven voor alle budgethouders met een verblijfsindicatie worden per 1 januari 2012 met 5% verhoogd. Als basis voor deze verhoging neem ik de pgb zzp-tarieven van 2010 (minus de algemene tariefkorting van 3%) en niet de pgb zzp-tarieven die per 1 januari 2011 zijn ingevoerd voor budgethouders met een verblijfsindicatie die thuis blijven wonen. Hiermee komen ook voor (toekomstige) budgethouders met een verblijfsindicatie, net als bij de zorg in natura, meer financiële middelen ter beschikking. Met deze maatregel geef ik invulling aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) c.s.<sup>1</sup> over de toekomstige financiering van pgb-gefinancierde wooninitiatieven. Ik ga ervan uit dat de bestaanszekerheid van deze wooninitiatieven hiermee is verzekerd.

Beperking van de toegang tot het pgb tot cliënten met een verblijfsindicatie per 1 januari 2012 betekent dat de keuzemogelijkheid voor een pgb voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie per die datum komt te vervallen. Momenteel heeft 90% van het totaal aantal budgethouders een extramurale indicatie (circa 117 000 personen). Zij behouden tot 1 januari 2014 hun recht op een pgb, ook bij een eventuele herindicatie. Een deel van deze groep zal in de aanloop naar 2014 uitstromen. Budgethouders met een indicatie voor begeleiding behouden (ook na herindicatie) hun pgb tot de decentralisatie naar gemeenten.

Naar verwachting zullen 40 000 tot 45 000 budgethouders met een extramurale indicatie voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging vanaf 1 januari 2014 zijn aangewezen op zorg in natura. Voor degene voor wie hun recht op een pgb komt te vervallen, bezie ik of ik MEE een rol kan geven bij de ondersteuning van deze groep.

Ik ben me bewust van de impact van deze maatregelen voor cliënten en aanbieders van zorg in natura. In de extramurale zorg zijn afgelopen jaren zorgvernieuwingen gerealiseerd. Goede voorbeelden daarvan zijn Buurtzorg Nederland en de innovaties in het kader van In voor Zorg. Dit proces is nog niet afgerond, maar wel zo ver gevorderd dat ik het verantwoord vind om deze maatregelen te nemen. In samenspraak met zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) zal ik dit vernieuwingsproces waar nodig verder stimuleren. Voor jeugdigen met psychiatrische problematiek met een AWBZ-indicatie voor begeleiding (op dit moment 30 000 budgethouders) is nog onvoldoende AWBZ-zorg beschikbaar. Ik ben in gesprek met zorgkantoren om samen met de zorgaanbieders hiervoor AWBZ-zorg te ontwikkelen. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Dijkstra (D66) c.s.<sup>2</sup>. Cliënten met een AWBZ-indicatie hebben en houden recht op AWBZ-zorg, waarvoor de zorgkantoren zorgplicht hebben. De zorgkantoren dienen bij hun zorginkoop in 2012 met deze nieuwe cliëntgroepen rekening te houden. Aan deze maatregel is een overheveling van een deel van de huidige pgb-middelen naar de zorg in natura verbonden.

Voor de zorgondernemingen (bijvoorbeeld zorgboerderijen) en ZZP-ers die nu zorg bieden betaald vanuit een pgb bekijk ik welke barrières zij ervaren om een toelating voor zorg in natura aan te vragen en om contractafspraken met een zorgkantoor te maken. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Leijten (SP) c.s.<sup>3</sup> Daarnaast bezie ik of deze voorzieningen zijn onder te brengen in het

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 500, nr. 74.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 49.

<sup>3</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 53.

experiment regelarme instellingen zodat voor deze cliëntgroepen zorg in natura beschikbaar komt.

### *De aanpak van fraude*

Regelmatig word ik geconfronteerd met pgb-fraude en ontvang ik signalen over mogelijke fraude. Dat doet afbreuk aan het imago van het pgb. Uit deze signalen is op te maken dat vooral budgethouders die niet goed in staat zijn de regie over hun zorgvraag en budget te voeren, slachtoffer kunnen worden van malafide bemiddelaars. Om fraude met pgb's te voorkomen is in de afgelopen tijd al een aantal maatregelen getroffen. Met bovenstaande maatregelen beperk ik het beroep op het pgb en daarmee ook de mogelijkheid om te frauderen. Maar er is meer nodig. In het onderstaande ga ik nader in op de maatregelen die ik aanvullend tref. Deze maatregelen komen voort uit een ambtelijk advies, waarbij alle bij de pgb-betrokken partijen zijn geraadpleegd.

#### *1. Preventie (het voorkomen van fraude)*

Goede voorlichting over de rechten en plichten die samenhangen met een pgb en over de aanwezige zorg in natura in de regio die past bij het indicatiebesluit van de cliënt is essentieel. Ik zal de zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) vragen om deze voorlichting vorm te geven door alle personen die kiezen voor een pgb of die bij hun keuze voor zorg in natura nog geen voorkeur voor een zorgaanbieder hebben aangegeven, actief en persoonlijk te benaderen. Hiermee geef ik invulling aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) c.s.<sup>1</sup>. Ik wil ook dat zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) alle beginnende budgethouders actief gaan ondersteunen bij het eerste gebruik, zodat eventuele problemen met het pgb zo snel mogelijk aan het licht komen. Daarnaast wil ik dat de cliënt die kiest voor een pgb eerst een zorgplan opstelt op basis waarvan het zorgkantoor (vanaf 2013 zorgverzekeraar) een pgb verstrekt. Met deze maatregelen wil ik bereiken dat eigen regie meer nadrukkelijk de drijfveer wordt van personen om voor een pgb te kiezen.

Uit de analyse van de fraude-zaken is naar voren gekomen dat er cliëntengroepen zijn (bijvoorbeeld cliënten een psychiatrische grondslag) waarbij het voor het CIZ zonder direct contact niet altijd eenvoudig is om een goede diagnose te stellen en de aard en omvang van de beperkingen te bepalen. Om dit te ondervangen wordt door het CIZ de werkinstructie die momenteel geldt voor budgethouders die gebruik maken van een bemiddelingsbureau, voor betreffende cliëntengroepen uitgebreid. Op grond van deze instructie wordt aan de hand van een risicoanalyse bepaald of cliënten door het CIZ moeten worden gezien.

#### *2. Het opsporen van fraude*

Om de zorgkantoren beter in staat te stellen de besteding van het budget te controleren, stel ik vanaf 1 januari 2012 een aparte betaalrekening voor het pgb verplicht en mogen betalingen aan zorgverleners uitsluitend bancair plaatsvinden. Eventuele contante betalingen zijn alleen nog mogelijk uit het verantwoordingsvrije bedrag. Deze maatregel zie ik als een mogelijke tussenstap op weg naar een andere uitvoeringsstructuur. Bij de invoering van de wettelijke verankering van het pgb op 1 januari 2014 overweeg ik het rechtstreeks uitbetaalde pgb te vervangen door een trekkingsrecht. Dit betekent dat budgetten niet meer op de rekening van de budgethouder worden gestort, maar dat het budget wordt ondergebracht bij bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Dit biedt mogelijkheden voor controles vooraf en leidt tot een afname van de administratieve lasten voor de budgethouder omdat de noodzaak tot verantwoorden vervalft. De cliënt behoudt de regie op de zorginkoop.

---

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 44.

### *3. Aanpak van bemiddelingsbureaus*

De fraudeaanpak richt zich ook op bemiddelingsbureaus, waar in de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Uitslag (CDA) c.s.<sup>1</sup> om is verzocht. Vanaf 1 januari 2012 is het voor nieuwe budgethouders niet meer mogelijk om hun pgb-middelen in te zetten voor bemiddelingsbureaus. Ik vind het verantwoord om deze stap te zetten, omdat voldoende instrumenten beschikbaar zijn die de functies van zorgbemiddelingsbureaus kunnen overnemen en waar budgethouders gebruik van kunnen maken. Ik denk hierbij aan het elektronisch beheren van het pgb en de keuze-informatie over zorgaanbieders. Bestaande budgethouders behouden de mogelijkheid om de kosten voor bemiddeling nog wel uit het pgb te betalen, maar dan wel alleen voor bemiddeling door bureaus die zijn gecertificeerd. Als sluitstuk van de aanpak wil ik dat betrokken partijen hun gegevens beter delen, waardoor malafide bureaus sneller zijn op te sporen.

#### *Aanpak fraude bij zorg in natura*

Maatregelen om pgb-fraude te bestrijden zijn onderdeel van een breder programma om zorgfraude te voorkomen, op te sporen en aan te pakken. Hierin werken onder regie van het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en zorgkantoren, verenigd in Zorgverzekeraars Nederland, het Verbond van Verzekeraars (VvV), de NZa, DNB, de IGZ, het OM, de SIOD, de FIOD en het ministerie van Veiligheid en Justitie samen. In het werkprogramma 2010–2012 is voorzien in het maken een fraude risico-analyse voor de AWBZ zorg in natura. Zodra de uitkomsten van de risicoanalyse bekend zijn, zal ik uw Kamer hierover informeren. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Venrooy-van Ark (VVD) c.s.<sup>2</sup> om ook onderzoek te doen naar fraude en oneigenlijk gebruik in de AWBZ zorg in natura.

### **3.3 Wettelijke verankering**

Het pgb is nu nog geregeld in een subsidieregeling met een subsidieplafond. Bij het wettelijk verankeren van het pgb op 1 januari 2014 zullen de middelen onderdeel vormen van de AWBZ-contracteerruimte. Het wetsvoorstel voor de wettelijke verankering van het pgb wordt in 2011 voorbereid, zodat het begin 2012 kan worden voorgelegd aan de Raad van State. Medio volgend jaar zal ik het wetsvoorstel aan uw Kamer aanbieden. Met dat wetsvoorstel kom ik tegemoet aan de wens van uw Kamer om het pgb wettelijk te verankeren, waar in de motie van het lid van uw Kamer mevrouw van Miltenburg (VVD) c.s.<sup>3</sup> en de motie van het lid van uw Kamer mevrouw Venrooy-van Ark (VVD)c.s.<sup>4</sup> om is gevraagd.

Ik zal in overleg met betrokken partijen uitwerken hoe de pgb-middelen in de AWBZ-contracteerruimte worden ondergebracht. Ook zal ik met deze partijen bezien hoe de inrichting van het zorginkoopproces door de zorgverzekeraars kan plaatsvinden. De zorgverzekeraar zal zorg in natura vooraf inkopen en budget reserveren voor pgb-toekenningen gedurende het jaar. Deze activiteiten moeten begin 2013 zijn afgerond, zodat de resultaten zijn mee te nemen in de kaders zorginkoop 2014 die in mei 2013 bekend worden gemaakt.

Een belangrijk aandachtspunt bij de wettelijke verankering is dat uitgesloten moet worden dat het pgb zonder voorbehoud beschikbaar komt voor alle zorgbehoefte mensen met een Nederlands paspoort die in het buitenland wonen. Dit sluit aan bij het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland<sup>5</sup>. Hierin is aangekondigd dat de Regeling subsidies AWBZ wordt aangepast. De pgb wordt ingetrokken als het verblijf in het buitenland de toegestane duur overschrijdt.

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 46.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 43.

<sup>3</sup> TK, vergaderjaar 2009–2010, 32 123, nr. 147.

<sup>4</sup> TK, vergaderjaar 2010–2011, 32 500, nr. 75.

<sup>5</sup> TK, vergaderjaar 2009–2010, 32 154, nr. 2.

## 4 De planning

In bovenstaande hoofdstukken zijn maatregelen genoemd die nodig zijn om de AWBZ terug te brengen tot de kern en de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. De te nemen maatregelen staan niet op zichzelf, maar kennen een grote mate van samenhang. De implementatietrajecten voor de afzonderlijke maatregelen kennen verschillende doorlooptijden. De planning van maatregelen is in onderstaande tabel weergegeven.

Inwerkingtreding	Maatregel
Vanaf 2011	Start voorbereiding en uitvoering plan «ouderen in veilige handen» (2011–2014)
1 januari 2012	Start solide maken pgb Scheiden wonen-zorg: introductie normatieve bekostiging kapitaallasten Start extra kwaliteitsimpuls: € 852 mln. structureel per jaar Andere vormgeving toezicht IGZ Start experimenten regelarme zorginstellingen
Tweede helft 2012	Inwerkingtreding Wet cliëntenrechten zorg
1 januari 2013	Inwerkingtreding Beginselenwet zorginstellingen Decentralisatie begeleiding van de AWBZ naar de Wmo voor nieuwe aanvragers Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars Maatregel beperking aanspraak AWBZ (IQ-maatregel) Overheveling revalidatiezorg naar Zvw IGZ beschikt over opsplitsingbevoegdheid Kwaliteitsinstituut ingesteld
1 januari 2014	Volledige decentralisatie begeleiding naar de Wmo Wettelijke verankering pgb Gefaseerde inwerkingtreding nieuwe wet op de jeugdzorg
1 januari 2016	Start scheiden wonen-zorg: zelf betalen voor verblijf bij zorgaanbieder Overheveling intramurale jeugdzorg van AWBZ naar gemeenten

### Tot slot

Met deze brief heeft het kabinet nadere invulling gegeven aan de maatregelen uit het Regeer- en Gedoogakkoord voor een betere en betaalbare zorg nu en later. Het kabinet realiseert zich dat het hervormingsproces veel vraagt van alle betrokken partijen. Het kabinet heeft echter het volste vertrouwen in de kracht van de burgers en de slagkracht van de bij de langdurige zorg betrokken instellingen, instanties, gemeenten, professionals, vrijwilligers en mantelzorgers om de stelselwijziging in gezamenlijkheid tot een goed einde te brengen.