

Vergaderjaar 2011–2012

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 218

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2011

Met mijn programmabrief van 1 juni jl.¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over één van de grootste hervormingen van de AWBZ sinds haar ontstaan in 1968. Het kabinet treft deze kabinetsperiode, overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord, tal van maatregelen om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren, de zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen van de cliënt en de medewerkers meer zeggenschap en ruimte te geven, bijvoorbeeld door de regels in de zorg te verminderen. Ook worden de uitgaven beheerst, zodat de AWBZ behouden blijft voor hen die deze zorg het meest nodig hebben.

De AWBZ bestrijkt vele terreinen van zorg en wordt gebruikt door mensen met uiteenlopende zorgbehoeften. De hervorming van de AWBZ is complex van aard, omvangrijk en raakt aan de zekerheden van mensen. Mensen ontlenen veelal hun eigenwaarde aan de regie die ze kunnen voeren over het eigen leven. Het kabinet heeft begrip voor het protest en de reacties die de pgb-maatregelen hebben opgeroepen. Het pgb is echter geen synoniem voor eigen regie. Het kabinet streeft er naar om de regie over leven en zorg zoveel mogelijk bij de cliënt te laten en neemt maatregelen om de positie van de cliënt in het zorgsysteem te versterken. Dit geldt zowel voor cliënten die in een in een instelling verblijven, als voor cliënten die gebruik maken van extramurale zorg en zowel voor mensen die zorg in natura genieten als een pgb.

Het hervormingsprogramma wordt uitgevoerd via meerdere lijnen. De eerste is om de kwaliteit van de langdurige zorg te vergroten. Het kabinet investeert € 852 mln. per jaar in 12 000 extra zorgmedewerkers en in opleidingen. Er wordt een Kwaliteitsinstituut opgericht, het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt verbeterd en de rechten van cliënten worden versterkt. Regels worden teruggedrongen, de schaalgrootte van instellingen wordt geoptimaliseerd en oudermishandeling wordt tegengegaan. Tevens werk ik toe naar financiering van zorg op basis van resultaat voor de cliënt.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 186.

De hervorming van de langdurige zorg is – zoals gezegd – ook gericht op het beschikbaar houden hiervan voor de meest kwetsbaren in onze samenleving. Voor nu, voor onze kinderen en onze kindskinderen. Daarom heeft het kabinet heldere keuzes gemaakt. Deze keuzes zijn nodig om de AWBZ toekomstbestendig te maken en de onderlinge solidariteit, waarop de langdurige zorg is gebouwd, zeker te stellen. Zonder deze maatregelen komt de zorg onder druk te staan en stijgen de lasten voor zowel AWBZ-gebruikers als voor hen die geen gebruik maken van de AWBZ, onverantwoord.

Om de zorg dichterbij de burger te organiseren, decentraliseer ik de functie begeleiding naar gemeenten en maak ik het persoonsgebonden budget (pgb), dat ik per 2014 wettelijk veranker, solide. Ook heeft dit kabinet ervoor gekozen cliënten meer mogelijkheden te bieden voor de keuze van hun eigen woonsituatie, door wonen en zorg in de AWBZ te scheiden. De uitvoering van de AWBZ komt, ondermeer in het belang van een meer cliëntgerichte dienstverlening, in handen van zorgverzekeraars.

Over dit brede hervormingsprogramma hebben wij van gedachten gewisseld tijdens een Algemeen Overleg op 23 juni jl. (kamerstuk 30 597, nr. 201). In dat overleg heb ik toegezegd elk half jaar te rapporteren over de relevante ontwikkelingen binnen het programma. Deze eerste rapportage, die een overzicht bevat van de stappen die tot nu toe zijn gezet, doe ik uw Kamer hierbij toekomen. Het scheiden van wonen en zorg en de maatregel beperking doelgroep AWBZ maken, gegeven de fase van beleidsvoorbereiding van beide maatregelen, geen deel uit van deze voortgangsrapportage. Over de nadere uitwerking van deze maatregelen informeer ik uw Kamer in het voorjaar van 2012, bij gelegenheid van de tweede voortgangsrapportage.

Zoals uit de rapportage blijkt, ligt de uitvoering van het programma op schema en is goede voortgang geboekt op de verschillende deeltrajecten.

Met deze rapportage kom ik tevens toezeggingen na die ik heb gedaan tijdens het Algemeen Overleg van 28 september jl. (kamerstuk 30 597, nr. 217) over de Wmo en thuiszorg. Met mijn brief van 27 september jl.¹ heb ik toegezegd uw Kamer voor de begrotingsbehandeling te informeren over de stand van zaken rond de overgang van ADL-assistentie naar de AWBZ per 1 januari 2012 en de concrete vormgeving daarvan. Met deze brief kom ik ook deze toezegging na.

1 Betere kwaliteit en goede zorg waarderen

1.1 Extra personeel en opleidingen

Om goede zorg te kunnen leveren, is het essentieel dat er voldoende en goed opgeleid personeel beschikbaar is. Het kabinet investeert dan ook in meer zorgpersoneel.

Op 5 september jl. heb ik samen met veldpartijen het convenant «Investeringen Langdurige Zorg 2011 -2015» gesloten. Het doel van dit convenant is een kwaliteitsimpuls, door medewerkers in het primaire zorgproces te scholen en extra medewerkers op te leiden en aan te nemen. Het convenant dient uitdrukkelijk te worden gezien in het licht van het bredere arbeidsmarktbeleid. In mijn brief aan uw Kamer van 11 oktober jl.² ben ik hierop nader ingegaan.

Momenteel worden door partijen de voorbereidingen getroffen voor de uitvoering van het convenant. De extra middelen voor 12 000 extra medewerkers in de zorg, komen per 1 januari 2012 beschikbaar. De uitdaging waar de sector voor staat is de doelstelling van 12 000 extra medewerkers, aangenomen of in opleiding, per ultimo 2013 te realiseren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 212.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 282 en 32 620, nr. 128.

De afspraken die ik hierover met de sector heb gemaakt, geven mij het vertrouwen dat de sector hierin zal slagen.

De realisatie van de doelstelling zal ik monitoren. Voor de nulmeting ga ik uit van het moment waarop de middelen beschikbaar komen, te weten 1 januari 2012. Voor het bepalen van de nulmeting sluit ik aan bij het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

1.2 Versterken rechten cliënt

Goede zorg ontstaat in de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Daarom heb ik in de programmabrief aangegeven de positie van de cliënt in de individuele relatie met de zorgaanbieder te zullen versterken met de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Voorts zal ik de dialoog die tussen cliënt en zorgverlener plaats hoort te vinden, wettelijk verankeren in de Beginselenwet zorginstellingen. Met deze wetten bevorder ik dat zorgaanbieders daadwerkelijk luisteren naar de cliënt en de zorg organiseren rondom die cliënt. Ik waarborg dat cliënten ondermeer een afdwingbaar recht op goede zorg en op keuze-informatie krijgen. Cliëntenraden krijgen meer inspraak met het oog op de kwaliteit en cliëntgerichtheid van de zorg. De eigen regie door de cliënt wordt neergelegd in afspraken in het zorgplan voor de cliënt. Ook komt er een meer effectieve en laagdrempelige klachtenregeling die zorgaanbieders stimuleert om al in een vroeg stadium van het zorgproces goed naar de cliënt te luisteren. De nota naar aanleiding van het verslag Wcz is bij brief van 14 juli jl.¹ aangeboden aan uw Kamer. Uw Kamer heeft laten weten een rondetafelgesprek met experts te willen organiseren en hierover verslag uit te brengen. Ik streef ernaar het wetsvoorstel Beginselenwet zorginstellingen, waarover advies van de Raad van State is ontvangen, af te ronden en begin december aan uw Kamer te doen toekomen.

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. Kernvraag bij het governance vraagstuk luidt: wat moet een bestuurder kunnen, om de zorg te mogen besturen?

Samen met de minister neem ik een aantal maatregelen om het bestuur in zorginstellingen verder te verbeteren. In de programmabrief heb ik aangegeven te bevorderen dat de schaalgrootte van zorginstellingen optimaliseert. Het cliëntperspectief en de keuzemogelijkheid van cliënten zijn daarbij leidend. Met de brief van 14 juni jl.² hebben de minister en ik uw Kamer geïnformeerd over fusies in de zorgsector en de mogelijkheid om een instelling uit kwaliteitsoverwegingen te kunnen opsplitsen. Op 5 oktober jl. is deze brief besproken in een Algemeen Overleg. Op basis hiervan ronden wij het voorstel voor wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg af. Het streven is dit wetsvoorstel eind dit jaar aan te bieden aan de Koningin ten behoeve van de advisering door de Raad van State. Wij streven ernaar dit wetsvoorstel in het voorjaar van 2012 aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

Goed bestuur is een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. Om instellingen hierbij te faciliteren is over goed bestuur een aantal bijeenkomsten met cliënten, medewerkers, bestuurders en toezicht-houders in de zorg georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten is gesproken over de wijze waarop kwaliteit en effectiviteit van het bestuur en toezicht in de zorg verbeterd kan worden. Van belang hierbij is hoe bestuurders en toezichthouders op de hoogte zijn van wat er speelt op de werkvloer en hoe medewerkers kunnen bijdragen aan beter bestuur. Het

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 282 en 32 402, nr. 7.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 282 en 32 620, nr. 15.

doel van deze bijeenkomsten is vooral bewustzijn creëren over het belang van goed bestuur van instellingen in de langdurige zorg. De serie bijeenkomsten is nog niet afgerond. Wel kan alvast een aantal algemene conclusies worden getrokken. Alle partijen zijn het erover eens dat de cliënt en zorgverlener meer centraal moeten staan. Dit vergt een cultuuromslag. Essentieel is een open en veilige cultuur binnen de instelling. Medewerkers en cliënten moeten zich vrij voelen om fouten te melden en moeten zich verbonden voelen met de instelling. Daarnaast is het van belang dat toezichthouders en bestuurders elkaars rol respecteren, op elkaar vertrouwen en tevens kritisch naar elkaar zijn. Het is hiervoor noodzakelijk dat toezichthouders worden aangesteld met de juiste attitude, affiniteit en betrokkenheid en dat voldoende tijd kan worden besteed aan de taak als toezichthouder. Ook kennis van de zorg is essentieel en moet zichtbaar zijn in de samenstelling van de Raad van Toezicht. Ten slotte zijn medewerker- en cliënttevredenheidonderzoeken en ziekteverzuim naar voren gekomen als belangrijke graadmeters voor de kwaliteit van de zorg en daarmee essentieel als input voor de Raad van Toezicht.

1.4 Goede zorg waarderen, normen en goede voorbeelden

Het in oprichting zijnde Kwaliteitsinstituut bundelt de expertise van bestaande organisaties die zich bezighouden met de kwaliteit in de zorg. Alle medewerkers in de zorg, van specialist tot verzorgende, worden hierbij betrokken. Op 11 oktober jl. heeft een Algemeen Overleg plaatsgevonden over het Kwaliteitsinstituut in oprichting, waarbij ook is ingegaan op de taken van het instituut op het terrein van de langdurige zorg. Het kwaliteitsinstituut biedt de langdurige zorg een podium om de eigen professionaliteit verder te ontwikkelen. Het is de bedoeling dat de nieuwe organisatie per 1 januari 2013 operationeel wordt. Het daartoe strekkende wetsvoorstel zal naar verwachting in het voorjaar van 2012 aan uw Kamer worden aangeboden.

Aandacht voor en betrokkenheid van de cliënt en meer ruimte en tijd voor de professional zijn belangrijke waarden in het hervormingsprogramma. Het «In Voor Zorg!» programma helpt professionals en instellingen om hieraan invulling te geven. Het aantal zorgaanbieders dat zich heeft gemeld voor ondersteuning bij de invoering van innovaties is inmiddels toegenomen tot ongeveer 230. Het is de verwachting dat in het najaar van 2011 de eerste zorgaanbieders hun implementatietraject afronden. Daarna kunnen de behaalde resultaten gedeeld worden met zorgaanbieders die zich aansluiten. Om het rendement van «In Voor Zorg» in de praktijk te vergroten, zal ik dit programma breder inzetten, zoals bij de flexibilisering van het extramurale zorgaanbod in het kader van de pgb-maatregelen. Ook zal nadrukkelijk de verbinding met het Kwaliteitsinstituut worden gezocht.

1.5 Ouderen in veilige handen

Het taboe rond ouderenmishandeling moet worden doorbroken en ouderenmishandeling moet zoveel mogelijk worden voorkomen en tegengegaan. In het Regeer- en Gedoogakkoord is daartoe een aantal maatregelen opgenomen. Ik heb die maatregelen uitgewerkt in het actieplan «Ouderen in veilige handen» dat ik uw Kamer bij brief van 30 maart jl.¹ heb doen toekomen. In dit Actieplan heb ik tien concrete acties uitgewerkt om ouderenmishandeling te bestrijden. In de programmaprief ben ik hierop nader ingegaan. Binnenkort stuur ik uw Kamer een brief waarin ik uitgebreid in ga op de stand van zaken van het Actieplan.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 389, nr. 30.

Bij de uitwerking van het actieplan zijn de ouderenbonden betrokken, ondermeer bij de ontwikkeling van de toolkit «vrijwilligers en ouderenmishandeling» en bij de ontwikkeling van instrumenten voor gemeenten om ouderenmishandeling tegen te gaan. Ook worden ouderen betrokken bij de voorlichtingscampagne rond het actieplan.

Op deze plaats informeer ik uw Kamer tevens breder over de wijze waarop ouderen worden betrokken bij de overige relevante trajecten en hoe de positie van ouderen in de langdurige zorg wordt versterkt. Dit naar aanleiding van mijn toezegging tijdens het dertigledendebat van 29 juni jl. over de toekomst van patiëntenorganisaties. Hiermee geef ik tevens een reactie op het verzoek van de vaste commissie van uw Kamer van 12 oktober jl.¹.

Het kabinet werkt aan de verbetering van de positie van ouderen die afhankelijk zijn van langdurige zorg. Met de eerder genoemde Beginse-lenwet zorginstellingen geeft het kabinet concrete rechten aan bewoners van zorginstellingen, waaronder ouderen, gericht op de regie over het eigen leven. In de programma's «In voor zorg» en «De zichtbare schakel» worden zorginstellingen gesteund in hun streven om de zorgorganisatie zo aan te passen dat de relatie tussen de cliënt en de zorgprofessional weer centraal komt te staan. In het Nationaal Programma Ouderenzorg lopen 75 projecten voor betere zorg aan ouderen met complexe problematiek. Op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau zijn ouderen bij dit programma betrokken.

Op lokaal niveau worden ouderenorganisaties ook betrokken in het kader van de Wet maatschappelijke ontwikkeling (Wmo) en de decentralisatie van begeleiding per 2013.

Op 14 oktober jl.² hebben de minister en ik uw Kamer per brief geïnformeerd over de noodzakelijke versterking van zorg en ondersteuning in de buurt voor ondermeer kwetsbare ouderen. Over de inhoud van deze brief is overleg gevoerd met de NPCF en de CG-raad.

In mijn brief over informele zorg en dienstverlening, die ik uw Kamer voor het einde van het jaar zal doen toekomen, ga ik nader in op ouderen als vrijwilliger of mantelzorger. Tevens ontvangt u een brief over de positie van mantelzorgers. Dit is overeenkomstig de toezegging van de Minister President tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen.

1.6 Anders vormgeven toezicht

Het Kabinet heeft ervoor gekozen om het toezicht door de IGZ te intensiveren en aan te scherpen.

Vertrouwen in de zorg kan niet zonder toezicht. Toezicht op zorginstellingen moet uitwijzen of vertrouwen daadwerkelijk kan worden gegeven of dat er moet worden ingegrepen. Dat kan op basis van eigen inspectieonderzoek of op basis van signalen van bijvoorbeeld cliënten of hun vertegenwoordigers. Voorbeeld hiervan is het meldpunt onterechte betalingen van de NZa. Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen zich, desgewenst anoniem, melden als een zorgaanbieder producten of diensten bij de cliënt in rekening brengt die tot de AWBZ-aanspraak behoren. De NZa onderzoekt vervolgens of er sprake is van een overtreding van de wet. Indien dit het geval is legt de NZa een sanctie op en wordt de naam van de overtreder bekend gemaakt. Ook als de NZa in de media signalen ontvangt van eventuele onterechte betalingen beschouwt men dat als een melding.

Er worden vanaf november van dit jaar bij de IGZ 50 extra medewerkers ingezet voor het toezicht op de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij hebben tot taak doortastend te reageren op incidenten en structurele tekortkomingen bij instellingen. Ernstige klachten van bewoners en hun familie

¹ Kenmerk 2011Z19679/2011D49747.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 32 620, nr. 27.

over o.a. bejegening worden onderzocht. Daarnaast heb ik vanaf 15 juni jl. het Meldpunt ouderenmishandeling in de zorg geopend. Bij dit meldpunt kan men terecht bij vermoedens van ouderenmishandeling door zorgmedewerkers. Hiermee kan de IGZ sneller reageren op misstanden en meldingen in samenspraak met de melder en de betreffende instelling onderzoeken. De zorginstelling wordt vervolgens gestimuleerd tot een betere aanpak om ouderenmishandeling te voorkomen en om eventueel aangifte te doen tegen de vermoedelijke plegers. In het uiterste geval kan de inspectie een tuchtzaak aanspannen.

Ik breid de komende jaren het IGZ-toezicht op de zorginstellingen in de ouderenzorg verder uit. Zo zullen veel meer onaangekondigde bezoeken worden afgelegd. In 2013 zal de helft van het aantal bezoeken in de ouderenzorg onaangekondigd plaatsvinden. Alle 465 zorgaanbieders en zorgconcerns in de ouderenzorg worden vóór december 2012 één of meerdere malen bezocht. Ik geef ook aandacht aan de bestuurlijke kant. Zo spreekt de inspectie met de Raad van Bestuur over de geleverde zorg. Bovendien wil ik de afstand tussen beleid enerzijds en cliënten en medewerkers anderzijds overbruggen. Tijdens de inspectiebezoeken wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan cliënten, de cliëntenraad en medewerkers. De inspecteur spreekt bij ieder bezoek met de cliëntenraad, en daar waar dat mogelijk is, met cliënten. Bovendien spreekt de inspecteur medewerkers op de werkvloer. Bij aangekondigde bezoeken worden onverwachte elementen ingevoerd, zoals een niet aangekondigde rondgang.

Sinds oktober van dit jaar zet de inspectie om te beginnen twee mystery guests in. Op basis van de signalen die zij krijgen bij hun bezoek aan een instelling wordt beoordeeld of een nader inspectieonderzoek nodig is. Hierbij zijn bejegening, hygiëne en welbevinden (thuis voelen) van bewoners belangrijke aandachtspunten.

Ook bij de IGZ kijk ik naar het voorkomen van onnodige toezichtlasten zodat het toezicht met zo min mogelijke lasten gepaard gaat, zonder daarbij afbreuk te doen aan de kwaliteit ervan. De IGZ evalueert ook de bestaande vormen van toezicht op het punt van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Het gaat bijvoorbeeld om de meldingen van medicatie- of valincidenten. In de volgende paragraaf ga ik nader in op de vermindering van overhead en regels.

1.7 Minder overhead en regels

Het kabinet streeft naar vermindering van de administratieve lasten en verlichting van de regeldruk. Ook voor de zorg is dit essentieel. Verplegenden en verzorgenden zijn teveel tijd kwijt aan administratie. Zij moeten hun vak weer terugkrijgen.

Op 6 juli jl.¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het experiment regelarme zorginstellingen. Met dit experiment beoog ik het aantal regels in de zorg te verminderen en overbodige administratieve belasting van de zorg weg te nemen. Relevant in dit verband is tevens het plan van aanpak ter vermindering van de regeldruk «Meer tijd voor de Cliënt», dat uw Kamer met eerdergenoemde brief van 6 september jl. over het Convenant Investerings Langdurige Zorg 2011–2015 is toegezonden. Dit plan bevat diverse maatregelen. Het gaat ondermeer om het experiment regelarme zorginstellingen, de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR), standaardisering van inkoopvoorwaarden en standaardisering van de uitvraag door zorgkantoren. Ook hoort hierbij kwantificering van opbrengsten, waarover ik uw Kamer in de volgende voortgangsrapportage nader zal informeren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 515 en 31 765, nr. 50.

De minister van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (ELI) en de minister van BZK hebben onlangs hun voortgangsrapportages van het programma regeldruk bedrijven 2011–2015 (ELI) en het programma regeldruk 2011 (BZK) naar uw Kamer gestuurd. Daarin zijn alle maatregelen genoemd die wij nemen om de regeldruk te verminderen. Dit betreft zowel maatregelen die zorgen voor een afname van de administratieve lasten als ook maatregelen die bij de instellingen zorgen voor minder inhoudelijke nalevingskosten. In deze regeldrukrapportage is aangegeven dat de door dit kabinet beoogde reductie op het terrein van de inhoudelijke nalevingskosten ad € 200 mln. bijna geheel wordt gerealiseerd met maatregelen op het terrein van de langdurige zorg.

Het experiment regelarme zorginstellingen kent twee onderdelen. Ik heb zorgaanbieders in de langdurige zorg gevraagd mij regels te melden die hinderen in het realiseren van kwaliteit en doelmatigheid. Ook heb ik zorgaanbieders uitgenodigd voorstellen te doen voor een experiment waar met minder of zonder belemmeringen gewerkt kan worden.

In totaal zijn circa 680 meldingen gedaan van regels die in de ogen van de zorgaanbieders aangepakt moeten worden. Deze meldingen zal ik zo spoedig mogelijk van een reactie voorzien. Ook zijn ongeveer 120 voorstellen gedaan voor een regelarm experiment. Tezamen met het CIZ, het CVZ, de NZa en de IGZ zie ik momenteel welke experimenten met ingang van 1 januari 2012 kunnen worden gestart. Ik zal uw Kamer hierover zo spoedig mogelijk nader informeren.

1.8 Vereenvoudiging indicatiestelling

Mijn beleid met betrekking tot de indicatiestelling in de AWBZ is gebaseerd op het geven van vertrouwen aan de zorgaanbieder. Daardoor kan tegelijkertijd het aantal administratieve handelingen worden gereduceerd, hetgeen bijdraagt aan het realiseren van de doelstelling uit het Regeer- en Gedoogakkoord.

Tijdens de behandeling van de begroting 2011 heb ik toegezegd uw Kamer te informeren over de verdere vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling. Deze toezegging kom ik hierbij na.

1.8.1 Standaardindicatieprotocollen

Vanaf oktober 2010 is het aantal standaardindicaties verder uitgebreid. Deze indicaties kunnen door zorgaanbieders digitaal en snel bij het CIZ worden aangevraagd¹. De zorg kan direct worden ingezet en het formele indicatiebesluit van het CIZ volgt eveneens direct. Steekproefsgewijs worden de indicaties achteraf door het CIZ getoetst. In 2010 zijn door het CIZ 245 340 standaardindicaties afgegeven. Dit is meer dan een kwart van het totaal van 932 221 aan positieve indicatiebesluiten over dat jaar.

1.8.2 Herindicaties via taakmandaat

Per 1 januari 2010 is gestart met de zogenaamde herindicaties via taakmandaat, waarbij zorgaanbieders voor bepaalde cliëntgroepen en onder bepaalde voorwaarden zelf herindicaties kunnen afgeven². Het gaat daarbij om cliënten die al in zorg zijn en van wie al een zorgdossier bij het CIZ bestaat. Zorgaanbieders krijgen daarmee een actievere rol in het proces van indicatiestelling AWBZ. Hierdoor wordt het indicatiebesluit sneller afgegeven en kan de (gewijzigde) zorg sneller worden ingezet. Het CIZ toetst deze aanvragen steekproefsgewijs.

¹ Een eerste aanvraag kan worden afgehandeld als standaardindicatieprotocol (SIP). Een werkwijze waarbij op basis van gerichte kernvragen bij bepaalde veelvoorkomende, eenduidige en veelal kortdurende zorgsituaties de inhoud van de indicatie (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) meteen kan worden bepaald, bijvoorbeeld: het toedienen van sondevoeding, stomaverzorging, wondverzorging en aan- en uittrekken steunkousen. Het betreft een eenvoudige aanvraag voor standaardsituaties die leidt tot dezelfde indicatie zonder dat een volledig onderzoek noodzakelijk is. SIP's kunnen eenmaal verlengd worden door de zorgaanbieder.

² Bijvoorbeeld voor Persoonlijke verzorging van 18–60 jaar: De cliënt moet minimaal 1 jaar een indicatie hebben voor de functie Persoonlijke verzorging. De nieuwe PV-klasse is gelijk, lager of hoger tot maximaal klasse 5. Verhoging of verlaging met meerdere klassen is mogelijk. Vanaf 60 jaar: Nieuwe PV-klasse is gelijk, lager of hoger, tot maximaal klasse 5.

Per 3 oktober jl. zijn de mogelijkheden voor herindicatie via taakmandaat uitgebreid. Ik ben tevens voornemens om het aantal cliëntgroepen voor wie dit geldt, verder uit te breiden. Sinds 2010 is het aantal herindicaties via taakmandaat toegenomen. Werden in 2010 op deze wijze nog 6 649 herindicaties afgegeven, over de eerste helft van 2011 waren dat er al 20 660.

1.8.3 Verlenging maximale geldigheidstermijn indicatiebesluit AWBZ

Een indicatiebesluit voor AWBZ-zorg kende aanvankelijk een maximum geldigheidstermijn van vijf jaar. Met ingang van 1 januari 2011 heb ik de regelgeving zo aangepast dat een cliënt met een langdurige en stabiele zorgvraag een indicatiebesluit kan krijgen met een maximum geldigheidsstermijn van vijftien jaar. Met deze maatregel, die op 18 april jl. operationeel is geworden, wordt voorkomen dat cliënten een aanvraag voor een herindicatie indienen omdat de geldigheidstermijn verloopt terwijl daartoe zorginhoudelijk geen enkele noodzaak bestaat. Is die noodzaak er wel, bijvoorbeeld omdat op enig moment andere of zwaardere zorg nodig is, dan kan de cliënt, al dan niet door tussenkomst van de zorgaanbieder, zich melden bij het CIZ dan wel een vervolgaanvraag indienen.

1.8.4 Indicatiemelding door zorgaanbieders voor tachtigplussers met langdurig verblijf

Een verdere reductie van administratieve handelingen wordt bereikt door de introductie per 1 oktober 2011 van de indicatiemelding door zorgaanbieders voor tachtigplussers die voor langdurig verblijf (zorg in natura) in aanmerking komen. Die indicatiemeldingen worden door het CIZ omgezet in een besluit en geregistreerd. Dit geldt voor zowel de eerste aanvraag voor langdurig verblijf als voor de vervolgaanvraag (herindicatie) in geval van wijziging van de zorgzwaarte. Een uitzondering hierop wordt gevormd door indicaties voor kortdurende, op herstel gerichte behandeling en voor indicaties op grond van de Wet bopz. Op basis van eerste gegevens over het aantal indicatiemeldingen mag worden geconcludeerd dat van de mogelijkheid tot indicatiemelding veelvuldig gebruik wordt gemaakt. In de eerste dagen na 1 oktober jl. zijn gemiddeld al 116 meldingen per dag ingediend.

Met de introductie van de indicatiemelding door zorgaanbieders voor tachtigplussers met langdurig verblijf is een verdere stap gezet om meer vertrouwen te geven aan de zorgaanbieder. Overigens is er geen sprake van blind vertrouwen. Het CIZ zal de ontwikkeling van de afgegeven indicatiebesluiten op basis van een indicatiemelding monitoren, waarbij ook de meldingen door de individuele zorgaanbieder worden gevolgd. Hierdoor kunnen individuele zorgaanbieders gespiegeld worden aan het landelijk beeld. Mocht het CIZ dat nodig achten dan kan de zorgaanbieder bij wijze van sanctie worden afgesloten van de digitale aanmeldfunctionaliteit, waardoor geen indicatiemeldingen meer kunnen worden gedaan. De monitorgegevens zullen ook worden gebruikt voor evaluatie van de maatregel. Deze evaluatie moet uitwijzen in hoeverre de maatregel daadwerkelijk een substantiële bijdrage levert aan de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling en het reduceren van administratieve handelingen. Ook dient uit de evaluatie te blijken wat daarvan de eventuele (neven)effecten zijn en of de uitkomsten aanleiding zijn tot bijstelling, bijvoorbeeld van het sanctie-instrument. Op basis van deze uitkomst zal worden bezien of het verantwoord is om verdere stappen te zetten. De evaluatie is voorzien in 2014.

1.8.5 Deskundigheid van indicatiestellers met betrekking tot langdurige GGZ

Tijdens het Algemeen Overleg op 23 maart jl. (kamerstuk 30 597, nr. 182) over de toekomst AWBZ heeft het lid van uw Kamer mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink gewezen op knelpunten in de indicatiestelling van psychiatrische patiënten en vrouwen met stoornissen in de vrouwenopvang.

Naar aanleiding van dit signaal heb ik het CIZ gevraagd na te gaan welke verbeteringen mogelijk zijn. Een aantal verbeterpunten kon rechtstreeks worden doorgevoerd in de bestaande structuren, zoals de omschrijvingen in de indicatiewijzer, in de interne werkinstructies en in de casuïstiekoverleggen. Daarnaast bleek er behoefte te zijn aan meer expertise en kennis op het gebied van psychiatrische aandoeningen en de behandelbaarheid daarvan. Het CIZ werkt momenteel aan een verbeterplan waarvan scholing en ondersteuning van indicatiestellers, medisch adviseurs en kwaliteitsmedewerkers een belangrijk onderdeel is.

1.8.6 Experimenten met het classificatiesysteem ICF

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2010 is door het lid van uw Kamer mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink een motie¹ ingediend waarin is verzocht om bij de indicatiestelling voor de AWBZ door het CIZ te experimenteren met het classificatiesysteem International Classification of Functioning, Disability and Health, kortweg ICF.

Het CIZ heeft inmiddels met het ICF-classificatiesysteem geëxperimenteerd bij de indicatiestelling AWBZ. Tijdens het Algemeen Overleg over de toekomst van de AWBZ op 23 maart jl. heb ik toegezegd uw Kamer over de uitkomsten van dit experiment te informeren. Daarbij heb ik aangegeven dat het ingezette beleid van vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ, uitgangspunt is bij de beoordeling van dit experiment.

Het classificatiesysteem ICF is bedoeld om het menselijk functioneren in kaart te brengen. Zoals ik eerder heb aangegeven, wordt in het proces van indicatiestelling AWBZ nu al gebruik gemaakt van dit classificatiesysteem. De huidige formulierenset, die door het CIZ wordt gehanteerd bij het indicatieonderzoek, het zogenaamde B-formulier, is mede gebaseerd op de ICF-classificatie voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Bij het proces van indicatiestelling AWBZ gaat het om meer, namelijk om het bepalen van zorgzwaarte en om het wegen van voorliggende voorzieningen.

In het experiment is door het CIZ onderzocht of de ICF breder in het indicatieproces kan worden geïntegreerd. Daarbij is gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst (IMPACT), zoals ontwikkeld door TNO in het kader van meten van lange termijn beperkingen bij verkeersslachtoffers. Hiermee kunnen beperkingen en mogelijkheden in menselijk functioneren worden gemeten. Dit enig beschikbare instrument – dat is gebaseerd op de ICF – behelst niet de complete ICF-methodiek, maar brengt beperkingen in kaart, terwijl de ICF ook kijkt naar stoornissen en omgevingsfactoren. IMPACT behelst alle levensdomeinen, ook die niet tot een AWBZ-aanspraak leiden.

Indiceren op basis van bredere ICF-methode vraagt erg veel tijd en staat haaks op de beleidsrichting die ik met het CIZ ben ingeslagen: het vergaand vereenvoudigen van het proces van indicatiestelling AWBZ en het daarmee reduceren van administratieve handelingen en doorlooptijden. Indiciestellers laten weten dat IMPACT in de huidige vorm geen

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009 – 2010, 32 123 XVI, nr. 60.

meerwaarde heeft ten opzichte van het bestaande onderzoeksinstrument (B-formulier). Ik deel die conclusie, nog los van de forse budgettaire implicaties van een (meer integrale) ICF-toepassing.

1.9 Plan extreme zorgzwaarte

In de programmabrief heb ik aangekondigd uw Kamer dit najaar te informeren over mijn standpunt met betrekking tot extreme zorgzwaarte. Naar aanleiding hiervan informeer ik uw Kamer als volgt.

Cliënten met extreme zorgzwaarte hebben, in aanvulling op het geïndiceerd zorgzwaartepakket, meer zorg nodig. Het CIZ indiceert het zorgzwaartepakket dat het best past bij het profiel van cliënt. Indien sprake is van een behoefte aan complexe zorg en probleemgedrag adviseert het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) over meer uren zorg of de inzet van gespecialiseerd personeel. Het CCE beschikt daarvoor over de benodigde specialistische kennis.

De werking van de NZa-beleidsregel extreme zorgzwaarte staat onder druk. Uit een signalering van de NZa begin dit jaar, de evaluatie van het CCE van maart 2011, jurisprudentie rond indicatiestelling en signalen van instellingen, blijkt dat de regeling onderhoud vergt.

Uitgangspunt is dat de beleidsregel voor extreme zorgzwaarte bijdraagt aan de ontwikkelingsdoelen van een cliënt. De huidige procedure van toekenning van extra zorg, garandeert echter niet dat de extra zorg daadwerkelijk wordt geleverd en bijdraagt aan de ontwikkeling van de cliënt. Ook wordt daar niet op afgerekend.

Om de regeling extreme zorgzwaarte te verbeteren en de toepassing ervan te beheersen, neem ik een aantal acties. Zo brengt de «Denktank complexe zorg» in het voorjaar van 2012 een tussenrapportage uit over de complexe zorg in bredere zin.

Per direct zet ik stappen om de ontwikkelingsdoelen van de cliënt een centralere plaats te geven in de procedure voor de toekenning van extra zorg. Ik heb het CCE gevraagd om bij de aanvragen voor een toeslag extreme zorgzwaarte, die deze zomer zijn ingediend, de procedure te hervormen zodat wordt geëvalueerd welke zorg is geleverd en in hoeverre die heeft bijgedragen aan de ontwikkelingsdoelen van de cliënt. Voordat een toeslag extreme zorgzwaarte wordt goedgekeurd, moet ook vaststaan dat de zorginstelling voldoende expertise en ervaring met complexe zorg heeft. Voorts moet nadrukkelijker dan nu het geval is, de vraag worden gesteld of de cliënt op de beste plaats zorg ontvangt. Het is namelijk van groot belang dat een instelling erin slaagt om de geformuleerde ontwikkelingsdoelen voor de cliënt te behalen. De ontwikkeling van de cliënt moet worden gevolgd en de behandelmethodes moet waar nodig tussentijds worden bijgesteld. Deze verandering van werkwijze vraagt om extra inzet van ondermeer orthopedagogen en gespecialiseerde verpleegkundigen door het CCE.

Leden van uw Kamer hebben onder meer aandacht gevraagd voor het feit dat complexe zorg met probleemgedrag zich niet enkel beperkt tot de gehandicaptenzorg, maar gewezen op de geestelijke gezondheidszorg en de psychogeriatrische zorg. Tevens heeft uw Kamer een motie aangenomen van de leden Wolbert c.s.¹ waarin de regering wordt opgeroepen ervoor te zorgen dat alle AWBZ-verzekerden een passende indicatiestelling krijgen, zodat ook meervoudig gehandicapten en mensen met een intensieve zorgvraag gebruik kunnen maken van een pgb. Op beide zaken kom ik in het kader van het eerder genoemde rapport van de «Denktank

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 30.

complexe zorg», terug in de volgende voortgangsrapportage.

1.10 Resultaatfinanciering

Om de langdurige zorg meer cliëntgericht te maken, is de koppeling van financiering van zorg aan het resultaat voor de cliënt van groot belang. In de programmabrief heb ik mijn eerste gedachten hierover met uw Kamer gedeeld. Om er voor te zorgen dat het model aansluit bij de praktijk, zijn de afgelopen periode diverse gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en het LOC. Doelstelling van deze gesprekken was het toetsen van (on)mogelijkheden met betrekking tot de resultaten die in de zorg centraal moeten staan.

Mede op basis van de gevoerde gesprekken is voor mij vast komen te staan dat de bekostigingssystematiek de waarden centraal moet stellen die belangrijk zijn in de langdurige zorg. Kwaliteit ontstaat in de relatie tussen de cliënt en de professional. Zij bepalen samen welke zorg nodig is en op welke manier die gegeven wordt. Zelfredzaamheid en welbevinden van de cliënt, alsmede ruimte voor de professional, moeten worden gestimuleerd. De wijze van bekostiging van zorg kan daarbij helpen.

De bekostiging van de zorg dient – zo stel ik vast na de gevoerde gesprekken – in de tweede plaats ondersteunend te zijn aan een goede bedrijfsvoering. Zorgaanbieders moeten bekend zijn met de kosten die ze maken zodat ze kunnen sturen op doelmatigheid. Goede ICT en logistiek moeten bijdragen aan meer tijd voor de cliënt. Dat vraagt aan zorgaanbieders om de juiste keuzen te maken. De bekostiging moet hiertoe aanzetten.

Het model van resultaatfinanciering dient ten derde de contractering van zorgaanbieders door zorgkantoren (vanaf 2013 zorgverzekeraars) te ondersteunen. De focus moet daarbij liggen op de kwaliteit van zorg. De ervaring leert dat aandacht voor kwaliteit de doelmatigheid ten goede komt. Het model van resultaatfinanciering moet ten slotte ook rechtstreeks bijdragen aan beheersing van kosten. In de volgende voortgangsrapportage informeer ik uw Kamer nader over de uitwerking van dit model.

2 Organisaties van de zorg op orde maken

2.1 Decentralisatie extramurale begeleiding naar gemeenten

In de programmabrief heb ik aangegeven de extramurale begeleiding, die nu nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ, dichterbij de cliënt te organiseren door deze functie te decentraliseren naar gemeenten. Dit overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord. Ook heb ik aangegeven om in verband hiermee de compensatieplicht in de Wmo aan te passen. In het Algemeen Overleg over de Wmo en de thuiszorg van 28 september jl. is in brede zin gesproken over de gevolgen voor bijzondere groepen, de indicatiestelling, de kwaliteit en het toezicht.

Over het wetsvoorstel decentralisatie begeleiding heeft de Raad van State inmiddels advies uitgebracht. Ook zijn naar aanleiding van het bovengenoemd Algemeen Overleg moties aangenomen die raken aan het wetsvoorstel. Op deze moties kom ik terug in het bredere kader van het wetsvoorstel. Het streven is om het nader rapport en het wetsvoorstel zo spoedig mogelijk aan uw Kamer aan te bieden.

2.1.1 Implementatie

Om zorg te dragen voor een goede decentralisatie van de extramurale begeleiding naar gemeenten heb ik samen met de VNG een Transitiebureau, bestaande uit vertegenwoordigers van het ministerie en de VNG, ingesteld. Hierover heb ik uw Kamer met mijn brief van 23 september jl.¹ geïnformeerd. Het Transitiebureau ondersteunt gemeenten, aanbieders en cliënten- en patiëntenorganisaties middels verschillende instrumenten bij de voorbereiding op de decentralisatie van de extramurale begeleiding.

Het Transitiebureau heeft afgelopen zomer 32 regionale bijeenkomsten gehouden met gemeenten, aanbieders en zorgkantoren. In die bijeenkomsten zijn betrokkenen geïnformeerd over de afspraken uit het Regeeren Gedoogakkoord, de Bestuursafspraken en de nadere invulling daarvan. De bijeenkomsten boden de aanwezigen ook de mogelijkheid om met elkaar in gesprek te gaan over de invulling van de functie begeleiding op lokaal niveau.

In aanvulling op deze bijeenkomsten vonden in september drie wethoudersbijeenkomsten plaats. In die bijeenkomsten ben ik in gesprek gegaan met wethouders over de decentralisatie en de relatie met andere decentralisatietrajecten zoals op het terrein van de jeugdzorg en de invoering van de Wet werken naar vermogen. Ook wisselden wethouders met elkaar uit op welke wijze zij hiervoor de voorbereidingen treffen en welke aandachtspunten zich daarbij voordoen. Het Transitiebureau gaat met deze punten aan de slag.

Op de wethoudersbijeenkomst is ook het bijgevoegde stappenplan geïntroduceerd². Dit stappenplan biedt gemeenten en aanbieders een overzicht van de stappen die gezet moeten worden om vanaf 1 januari 2013 passende ondersteuning te kunnen bieden op grond van de Wmo.

Het Transitiebureau heeft er voor gezorgd dat elke gemeente kan beschikken over geanonimiseerde indicatiegegevens van het CIZ. Begin november komen de gegevens over de geleverde begeleiding via het CAK beschikbaar. De beleidsinformatie van de zorgkantoren komt in november beschikbaar. Daarover zijn onlangs met Zorgverzekeraars Nederland en de zorgkantoren afspraken gemaakt. Ook met Bureau Jeugdzorg ben ik in gesprek over het aanleveren van gegevens aan gemeenten. Voor de verdere vormgeving van de gegevensoverdracht stel ik in overleg met de betrokken partijen een plan van aanpak op. Over dit plan zal ik uw Kamer nog nader informeren.

Het Transitiebureau heeft een website (www.invoeringwmo.nl) en een helpdesk ingesteld. Op deze site kunnen belanghebbenden, aanbieders en gemeenten de noodzakelijke informatie vinden over de decentralisatie. Tevens wordt een fijnmazig netwerk opgezet van «ogen en oren» in het veld. Gemeenten, patiënten- en cliëntenorganisaties en aanbieders houden het Transitiebureau regelmatig op de hoogte van de voortgang of knelpunten bij de decentralisatie, waardoor, indien nodig, tijdig naar oplossingen kan worden gezocht.

Bijzondere aandacht gaat uit naar specifieke groepen. Het gaat dan bijvoorbeeld om doofblinden, mensen met niet aangeboren hersenletsel, kinderen met ernstig meervoudige beperkingen, mensen die palliatieve zorg hebben en mensen met autisme. Voor de zomer zijn gesprekken gevoerd met (koepels van) aanbieders, gemeenten en cliënten- en patiëntenorganisaties om de specifieke groepen meer precies in beeld te brengen. Voor de zorgvuldigheid heb ik de cliënten- en patiëntenorganisaties nogmaals gevraagd te kijken naar het overzicht van specifieke cliënt-

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 206.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

groepen die de gesprekken met verschillende betrokken partijen heeft opgeleverd.

Het Transitiebureau brengt de komende tijd een groot aantal handreikingen uit, bijvoorbeeld over aanbesteden, kwaliteit en over de wijze waarop gemeenten de toegang tot de Wmo kunnen inrichten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan specifieke groepen. De partijen die de begeleiding op dit moment uitvoeren, zoals het zorgkantoor, het ClZ en de zorgaanbieders zijn daarbij betrokken.

Het Transitiebureau heeft daarnaast de gehandicapten-, cliënten- en patiëntenorganisaties en de koepel van de Wmo-raden gevraagd een plan te maken om vanuit de landelijke organisaties ondersteuning te bieden aan de lokale belangenbehartigers zoals Wmo-adviesraden. Dat plan ontvang ik binnenkort. In de volgende voortgangsrapportage zal ik uw Kamer hierover nader informeren.

2.1.2 Wettelijke verankering gegevensuitwisseling

Met de decentralisatie van begeleiding is de noodzaak voor gemeenten om gegevens uit de AWBZ te kunnen gebruiken, toegenomen. Zoals de VNG heeft aangegeven in haar brief van 22 september jl. aan uw Kamer, zal het voor gemeenten ondermeer nodig zijn om te weten of de aanvrager een intramurale indicatie heeft, omdat dat bepalend is of betrokkene onder de Wmo of de AWBZ valt. Ik heb toegezegd te onderzoeken op welke wijze het mogelijk is om te komen tot een goede gegevensuitwisseling, uiteraard binnen kaders van de privacywetgeving. Een eventueel voorstel zal als een voorziening in de wet worden opgenomen. Ik zal uw Kamer hierover in het kader van de behandeling van het wetsvoorstel nader informeren.

2.1.3 Financieel kader decentralisatie begeleiding

In het eerder genoemde Algemeen Overleg over de Wmo en thuiszorg van 28 september jl. is gevraagd om meer duidelijkheid over het budget dat gemeenten zullen ontvangen voor de nieuwe taken als gevolg van de decentralisatie van begeleiding. Ook is gevraagd naar de wijze van financiering. De gevraagde informatie doe ik uw Kamer hierbij toekomen.

Tijdens de voorbereidingen van de Bestuurlijke Afspraken 2011–2015 kon het voor de decentralisatie van de begeleiding aan gemeenten over te hevelen budget nog niet worden vastgesteld. In de bestuurlijke afspraken is daarom een bandbreedte afgesproken met een ondergrens van € 2,1 mld. en een bovengrens van € 3,3 mld. met een kortingspercentage van 5% op het over te hevelen budget.

Op basis van de thans beschikbare gegevens kan deze bandbreedte inmiddels worden teruggebracht tot een ondergrens van € 2,7 mld. en een bovengrens van € 3,1 mld. (budget 2014, inclusief de korting van 5%; exclusief de nominale index). Bij de berekening van deze bandbreedte is rekening gehouden met de doorwerking van de pgb-maatregelen in de Wmo.

Op dit moment hanteer ik nog steeds een bandbreedte. Dit komt onder andere doordat de realisatiecijfers van het aantal verblijfsgeïndiceerden met de functie tijdelijk verblijf en begeleiding die deze zorg extramuraal ontvangen, de nadere invulling van de IQ-maatregel en de realisatiecijfers voor ondermeer begeleiding en kortdurend verblijf in 2011 nog niet definitief bekend zijn. Ik streef er naar om uiterlijk februari 2012 meer duidelijkheid te geven ten aanzien van het over te hevelen budget, waarna

een onafhankelijke partij zal worden gevraagd te toetsen of aan de Bestuurlijke Afspraken 2011–2015 is voldaan.

Het onderzoek naar een verdeelmodel van de middelen voor begeleiding is gestart. Op basis van landelijke gegevens over het verleden, wordt een vertaalslag gemaakt naar het gemeentelijke niveau van kosten en voorzieningen. Bedoeling is met deze verdeling van middelen aan te sluiten bij de bredere gemeentelijke taak van de Wmo om (groepen) burgers in hun ondersteuningsbehoefte te voorzien. Onderdeel daarvan is de verschuiving van individuele voorzieningen naar meer collectieve voorzieningen. Dat maakt het ook mogelijk om de (financiële) effecten van preventie te volgen. In de meicirculaire 2012 worden gemeenten geïnformeerd over het budget per gemeente, zodat ze in hun begroting voor 2013 rekening kunnen houden met de omvang van de beschikbare middelen.

In de bestuurlijke afspraken 2011–2015 zijn Rijk en VNG overeengekomen dat in totaal € 55 mln. structureel beschikbaar wordt gesteld voor uitvoeringskosten voor zorg voor Jeugd en begeleiding samen. Ook de uitvoeringskosten die in de AWBZ vrijvallen als gevolg van de decentralisatie van de functie begeleiding worden aan gemeenten beschikbaar gesteld. Naar de omvang hiervan wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd, dat eind van dit jaar gereed komt.

In het Regeer- en Gedoogakkoord is voor de jaren 2011–2013 cumulatief € 130 mln. beschikbaar gesteld voor de transitiekosten die samenhangen met de decentralisatie van begeleiding. Bestuurlijk ben ik overeengekomen dat gemeenten hiervan € 80 mln. ontvangen. Met de september circulaire 2011 van het gemeentefonds zijn de gemeenten geïnformeerd over de verdeling van de budgetten voor 2012 en 2013. De resterende € 50 mln. is ondermeer beschikbaar voor zorgaanbieders en patiëntenorganisaties.

2.1.4 Hulpmiddelen

De minister en ik hebben uw Kamer per brief van 1 juni jl.¹ geïnformeerd over het terugbrengen van het aantal regelingen (loketten) voor hulpmiddelen van drie naar twee per 2013. In het Algemeen Overleg over de Wmo en de Thuiszorg van 28 september jl. heb ik aangegeven te verduidelijken welke hulpmiddelen vanuit de AWBZ naar de Wmo en welke naar de Zvw worden overgeheveld.

Alle hulpmiddelen die te maken hebben met «zelfredzaamheid in en om de woning» zullen in de Wmo worden ondergebracht. Hulpmiddelen die gerelateerd zijn aan specifieke beperking worden overgeheveld naar de Zvw. De uitleen van hulpmiddelen op grond van de AWBZ wordt op deze manier opgeheven.

2.2 Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden

Het streven is om de AWBZ per 1 januari 2013 te laten uitvoeren door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. Hiermee wordt een aantal belangrijke voordelen verwacht, zoals vergroting van de keuzevrijheid voor verzekerden en cliënten, een grotere klantgerichtheid, verbetering van kwaliteit en meer kostenefficiëntie.

Het conceptwetsvoorstel waarmee de beoogde uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden per 1 januari 2013 wordt ingevoerd heb ik begin september aangeboden aan de Koningin ten behoeve van advisering door

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 805, nr. 1.

de Raad van State. De verwachting is dat het wetsvoorstel na ontvangst van het advies begin 2012 aan uw Kamer kan worden aangeboden.

De huidige Aanwijzing zorgkantoren loop per 1 januari 2012 af. Ter overbrugging van de periode tot aan inwerkingtreding van het wetsvoorstel per 1 januari 2013 heb ik de zorgkantoren opnieuw aangewezen als de partij die in 2012 de AWBZ moet uitvoeren. Ik ben tot deze Aanwijzing gekomen na hierover eerst advies van de NZa en het CVZ te hebben ingewonnen. Zij hebben beiden de voordracht van de zorgverzekeraars getoetst en geaccordeerd.

Daarbij heb ik ook in overweging genomen dat de NZa in haar Algemeen Rapport Uitvoering AWBZ 2009, dat ik uw Kamer per brief van 7 februari jl.¹ heb doen toekomen, heeft geconstateerd dat de huidige zorgkantoren bij de uitvoering van de AWBZ ten opzichte van eerdere jaren vooruitgang hebben geboekt. Op alle drie de door mijn voorganger benoemde prestatievelden, te weten service en informatievoorziening aan cliënten, zorginkoop en zorgcontractering en modernisering van de administratieve organisatie, heeft de NZa verbeteringen geconstateerd. Zeven concessiehouders (14 zorgkantoren) scoren «goed» en vier concessiehouders (18 zorgkantoren) scoren «ruim voldoende». Geen enkele concessiehouder scoorde over 2009 lager dan «ruim voldoende».

In mijn Aanwijzing van zorgkantoren voor het jaar 2012 heb ik de aandacht van zorgkantoren en zorgverzekeraars gevestigd op het belang van een goede en gedegen voorbereiding op de transitie van de uitvoering van de AWBZ van zorgkantoren naar zorgverzekeraars. Ik heb de NZa gevraagd bij het toezicht op de uitvoering van de AWBZ in 2012 aan dit aspect aandacht te besteden.

3. Naar een solide en wettelijk verankerd pgb

In de programmabrief en mijn brief aan uw Kamer van 15 september jl.² heb ik uw Kamer geïnformeerd over de pgb-plannen van dit kabinet die op 1 januari 2012 zullen ingaan. Een misverstand is dat er bezuinigd wordt op het pgb. Het Kabinet trekt tot en met 2015 € 500 mln. uit voor de groei van het pgb-gebruik. Met de plannen wordt alleen de groei gedempt, waarmee de pgb-regeling solide (toekomstbestendig) wordt. Alleen dan kan het kabinet het recht op een pgb op 1 januari 2014 wettelijk verankeren en behouden voor mensen met levenslange en levensbrede zorgvraag.

Gebleken is dat pgb-regeling in zijn huidige vorm dermate aantrekkelijk is dat er mensen gebruik van maken die zonder pgb-regeling geen gebruik hadden gemaakt van AWBZ zorg. Het Kabinet verwacht, net zoals het CPB, dat deze mensen vanwege de pgb-maatregelen zullen afzien van zorg. Vanaf 1 januari 2012 wordt daarom de toegang tot het pgb beperkt tot personen met een indicatie voor verblijf en vervalt de keuzemogelijkheid voor een pgb voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie. De cliënten met een extramurale indicatie aan wie op 31 december 2011 een pgb is toegekend behouden dit tot uiterlijk 1 januari 2014³.

Uit de onder budgethouders gehouden enquête en uit gesprekken met cliënten en zorginstellingen is gebleken dat aanbieders voor een belangrijk deel de zorg die mensen momenteel met een pgb inkopen, ook door het gecontracteerde aanbod te realiseren is. Ook is gebleken dat nog niet in alle gevallen in de specifieke zorgbehoefte van cliënten kan worden voorzien. Om die reden heb ik in eerdergenoemde brief van 15 september jl. de vergoedingsregeling persoonlijke zorg aangekondigd. Deze regeling zal op 1 januari 2012 in werking treden en is bedoeld voor mensen met een intensieve zorgvraag waarvoor zorgkantoren (nog) geen passende zorg hebben gecontracteerd. Ik ben mij ervan bewust dat de wissel die

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 162.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 25 657 en 30 597, nr. 84.

³ Cliënten die in het jaar 2013 voor het eerst begeleiding nodig hebben of voor deze functie worden geherindexeerd vallen vanaf dat moment niet meer onder de AWBZ (en het pgb).

hiermee wordt omgelegd, ingrijpt in de leefwereld van veel cliënten. Zoals gezegd in de inleiding, hecht ik er zeer aan dat mensen de regie over het leven kunnen voeren. Dit is een uitgangspunt voor de uitwerking van de pgb-maatregelen. Ook vragen deze maatregelen om een gedragsverandering van zorgaanbieders en zorgkantoren. Ik constateer dat deze partijen deze handschoen willen oppakken. In de volgende paragraaf ga ik hierop nader in.

3.1 Flexibilisering zorg in natura

In eerdergenoemde brief van 15 september jl. heb ik uw Kamer nader geïnformeerd over de zorg voor nieuwe cliënten met een extramurale indicatie die vanaf 1 januari 2012 niet meer kunnen kiezen voor een pgb. In die brief heb ik toegelicht dat zorgaanbieders er steeds beter in slagen om op de vraag naar flexibele zorg in te spelen en dat de vernieuwing van het extramurale zorgaanbod verder wordt voortgezet. Het aantal zorgaanbieders in de verschillende segmenten is toegenomen en nieuwe toetreders hebben de markt in beweging gebracht. Door deze ontwikkeling kunnen gecontracteerde zorginstellingen steeds beter voorzien in zorg op maat die cliënten momenteel met een pgb inkopen. De afgelopen periode ben ik in gesprek getreden met zorgkantoren en kleinere nieuwe zorgaanbieders. De pgb-maatregelen hebben ook voor hen gevolgen. Ik zoek in dit overleg naar oplossingen waarbij rekening moet worden gehouden aanbestedingsprocedures bij de zorginkoop, de kwaliteitsvraagstukken bij de inkoop van zorg (zoals de continuïteit van zorg voor de cliënt) en het beschikbare budget. Ik blijf hierover in gesprek met betrokkenen.

Voor het geval bestaande zorgafspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders moeten worden uitgebreid om in bijzondere zorgvraag van cliënten te kunnen voorzien, voeg ik vooralsnog een extra budget van € 50 mln. toe aan de contracteerruimte.

Voor de contractering van zelfstandige zorgverleners is van belang dat heldere inkoopcriteria beschikbaar zijn en een balans wordt gevonden tussen het beperking van administratieve belasting en het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg. Omdat 2012 het eerste jaar is dat rechtstreeks contractering van zelfstandige zorgverleners door zorgkantoren mogelijk is, overleg ik momenteel met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de NZa en vertegenwoordigers van zelfstandige zorgverleners over het aanpassen van de inkoopcriteria, die nu vooral gericht zijn op zorginstellingen. Daarnaast wordt eind van dit jaar een pilot gestart in een tweetal UVIT-regio's waarbij zelfstandige zorgverleners rechtstreeks worden gecontracteerd. Deze pilot wordt in het voorjaar van 2012 afgerond. Vervolgens kunnen in de tweede inkoopronde 2012 aanvullend zelfstandige zorgverleners worden gecontracteerd. Om dit te stimuleren stel ik een afzonderlijk budget voor de contractering van zelfstandige zorgverleners beschikbaar. Ook zal, naast het reguliere inkoopproces, een afzonderlijke procedure worden ontwikkeld waarbij de criteria gericht op zelfstandige zorgverleners worden toegepast. Dit traject betekent overigens niet dat zelfstandige zorgverleners nu geen rol spelen in het zorgproces. Er zijn namelijk ook toegelaten instellingen die vooral met gebruikmaking van zelfstandige zorgverleners opereren.

3.2 Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

Ik heb aangegeven niet uit te sluiten dat in bijzondere gevallen geen passend zorgaanbod in natura beschikbaar is. Om toch in de zorgbehoefte van deze cliënten te kunnen voorzien introduceer ik met ingang van 1 januari 2012 – op grond van artikel 44 van de AWBZ – een vergoedings-

regeling persoonlijke zorg. Deze subsidieregeling, die het CVZ zal uitvoeren, dient als vangnet voor cliënten met een intensieve zorgvraag waarvoor zorgkantoren (nog) geen passende zorg hebben gecontracteerd. Het zal voornamelijk gaan om mensen met een flexibele zorgvraag: mensen die zorg nodig hebben die niet planbaar is, veelal op korte zorgmomenten, op wisselende tijden op een dag en/of zorg die gekoppeld is aan (vrijwilligers)werk en studie of opleiding (i.c. zorg op ongebruikelijke tijden en of op meerdere locaties). Ook kan het gaan om mensen die behoefte hebben aan structuur en vaste zorgverleners. Het zorgkantoor bepaalt of een cliënt in aanmerking komt voor de vergoedingsregeling.

In mijn brief van 15 september jl. heb ik aangegeven de regeling zowel inhoudelijk als financieel nauwgezet te monitoren om deze vervolgens per 1 januari 2014 te verankeren in de AWBZ. Ik volg de regeling nauwgezet, om te kunnen beoordelen of de huidige voorwaarden die ik aan de regeling verbind, bijstelling behoeven. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de 10-uursgrens die zo is vastgesteld dat het om mensen gaat met een substantiële zorgvraag. Ik zal bezien hoe de 10-uursgrens in de praktijk uitwerkt. Ik heb uw Kamer op hoofdlijnen geïnformeerd over de toetsingscriteria voor de regeling en toegezegd hierover nadere informatie te verstrekken. Deze toezegging, die tevens een uitwerking is van de motie Klijnsma/Wolbert over de beoordelingscriteria voor zorgkantoren, kom ik hierbij na¹.

3.2.1 Beoogde doelgroep van deze regeling

Mijn uitgangspunt is dat cliënten zo snel mogelijk duidelijkheid krijgen over de inrichting van deze vergoedingsregeling, zowel voor (in 2012) als na de decentralisatie van de functies begeleiding en kortdurend verblijf (in 2013). Voor deze vergoedingsregeling komen cliënten in aanmerking die ervoor kiezen om minimaal 10 uur van hun AWBZ-indicatiebesluit in te zetten voor deze regeling. Dit criterium van 10 uur zal in 2013 worden gebaseerd op de functies persoonlijke verzorging en verpleging. Het jaar 2012 beschouw ik als een overgangsjaar, waarin begeleiding en kortdurend verblijf nog onderdeel is van de AWBZ. Om in dit overgangsjaar voor de vergoedingsregeling in aanmerking te komen wordt een 10-uurscriterium gehanteerd dat is gebaseerd op de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Begeleiding in groepen, die wordt geïndiceerd in dagdelen van 4 uren, wordt naar analogie van de berekening van de eigen bijdrage, geteld als 1 uur per dagdeel. Kortdurend verblijf als zodanig tel ik niet mee, aangezien het een verblijfssituatie betreft. De daarbij behorende zorg (in uren persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding) die de cliënt ontvangt, en die apart in het indicatiebesluit is vermeld, wordt wel meegeteld.

Ook cliënten met aanspraak op de nieuwe functie ADL-assistentie (de nieuwe bewoners van Fokuswoningen) komen, vanwege hun overwegend intensieve zorgvraag, voor de vergoedingsregeling in aanmerking. Verder wil ik daar waar binnen één gezin sprake is van meerdere hulpvragen het 10-uurscriterium hanteren voor deze gezamenlijke (totale) hulpvraag.

Met bovenstaande afbakening is aangegeven welke groepen in principe een beroep op de vergoedingsregeling kunnen doen. Of daadwerkelijk beroep op deze regeling mogelijk is beslist het zorgkantoor. De vergoedingsregeling is een subsidieregeling. Dit betekent dat er voor de cliënt bezwaaren beroepsmogelijkheden zijn bij het zorgkantoor. In de volgende paragraaf ga ik nader in op de criteria die het zorgkantoor zal hanteren.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 76.

3.2.2 Beoordelingscriteria van de zorgkantoren

Leidend bij deze beslissing van het zorgkantoor of de cliënt die aan de voorwaarden voldoet in aanmerking komt voor de vergoedingregeling is «zorg in natura, tenzij». Daarbij wil ik uitgaan van de volgende criteria:

- oriëntatie van de cliënt op het bestaande zorgaanbod, daarbij geholpen door het zorgkantoor, waaruit blijkt dat de benodigde zorg niet aanwezig is;
- aanwezigheid van een volledig ingevuld zorgplan (dit geldt ook bij de pgb-regeling vanaf 1 januari 2012);
- toets door het zorgkantoor waaruit blijkt dat de zorg in het zorgplan tot AWBZ-verzekerde zorg behoort;
- in het zorgplan zijn niet louter zorgaanbieders opgenomen waarmee het zorgkantoren productieafspraken heeft gemaakt of alsnog kan maken.

Ik ga ervan uit dat zorgkantoren hun zorgbemiddeling praktisch en cliëntvriendelijk invullen. Dit betekent dat het zorgkantoor in contact treedt met cliënten die geen duidelijk beeld hebben van wie ze hun zorg willen afnemen. Op basis van de zorgvraag verwijst het zorgkantoor de cliënt naar de geschikte zorgaanbieder. Kan het zorgkantoor niet aan de zorgvraag voldoen, dan zal de cliënt moeten worden geattendeerd op de vergoedingsregeling.

3.2.3 Vormgeving van de regeling

In mijn brief van 15 september jl. heb ik aangegeven te onderzoeken of het al op 1 januari 2012 mogelijk is om een trekkingsrecht in te voeren. Dit blijkt op deze korte termijn niet mogelijk. Om die reden zal in ieder geval in 2012 worden aangesloten bij de systematiek van de huidige pgb-regeling. Dit betekent dat de vergoeding wordt beheerd door de cliënt. Die legt daarover achteraf verantwoording af. Ik onderzoek of met ingang van 1 januari 2013 een trekkingsrecht kan worden ingevoerd. Ook ten aanzien van het vaststellen van de hoogte van de vergoeding zal, vooralsnog, worden aangesloten bij de systematiek van de huidige pgb-regeling. Bij de evaluatie van de regeling bekijk ik of het nodig is de tarieven te herzien. Daarbij bekijk ik ook of een differentiatie van het tarief voor instellingszorg, zorg door zelfstandige zorgverleners en zorg geleverd door mensen in de nabijheid van de cliënt mogelijk is.

Momenteel worden in samenwerking met alle betrokken ketenpartners de voorbereidingen getroffen om de vergoedingsregeling met ingang van 1 januari a.s. op verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren. Daarbij wordt aangesloten bij de fraudeaanpak zoals die per 1 januari 2012 voor de pgb wordt geïntensiveerd. Hierover ben ik inmiddels met het CVZ, zorgkantoren en Per Saldo in overleg.

3.3 Transitie

Zoals aangegeven in mijn brief van 15 september jl. zal ik de transitie begeleiden. De begeleiding van dit transitieproces bestaat uit een aantal onderdelen die ik hier toelicht.

Voor cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders is het belangrijk om op de hoogte te zijn van de doelstellingen van het beleid, zodat zij op passende wijze hun rol kunnen vervullen. Met name cliënten dienen goed op de hoogte te zijn van hun (keuze)mogelijkheden. Daartoe wordt een brochure ontwikkeld voor cliënten waarin informatie wordt opgenomen over de veranderingen op het terrein van het pgb. Ik zal het CIZ vragen deze brochure beschikbaar te stellen aan elke cliënt die een (her)indicatie krijgt.

Het ingezette beleid vraagt om een gedragsverandering van zorgkantoren en zorgaanbieders. Om partijen te faciliteren zal ik dit proces monitoren. Hiermee worden eventuele verschillen tussen de partijen zichtbaar en kan kennis worden uitgewisseld.

Om kennis en daadkracht te bundelen heb ik een expertisecentrum in het leven te roepen. In eerdergenoemde brief van 15 september jl. heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd. In dit expertisecentrum, dat elke drie weken bijeenkomt, worden signalen uit het veld besproken en opgepakt. In het expertisecentrum zijn Per Saldo, de CG raad, MEZZO, Actiz, VGN, BTN, VNG, GGZ-Nederland, CIZ, IGZ, NZa, ZN, CVZ, de Belastingdienst en de Brancheorganisatie voor kleine zorgaanbieders vertegenwoordigd.

3.4 Financieel beeld PGB

In eerdergenoemde brief van 15 september jl. heb ik aangegeven om dit najaar te bezien hoe de uitgaven van de AWBZ zich ontwikkelen en in welke mate een eventueel lager beroep op de pgb-regeling leidt tot extra uitgaven bij zorg in natura. De basis voor de berekeningen vormen de uitgangspunten die ik in mijn brief van 21 juni jl.¹ aan uw Kamer heb doen toekomen. Ik zal aangeven in hoeverre er aanleiding is om de uitgangspunten te herzien. Daarbij ga ik ook in op de opmerkingen die het CPB heeft gemaakt in haar notitie «Effecten van het kabinetsvoorstel voor het pgb».

Recent heb ik van het CVZ gegevens ontvangen over het gebruik van de pgb-regeling in de eerste 8 maanden van 2011. Ook heeft het CVZ mij op 14 september jl. de jaarlijkse rapportage met kwantitatieve gegevens over de pgb in de AWBZ toegestuurd. In deze rapportage wordt onder meer ingegaan op de ontwikkeling van het aantal budgethouders, het subsidieplafond en de feitelijke bestedingen. Hieruit blijkt dat gemiddeld circa 10% van het budget niet tot besteding komt. Dit is in lijn met wat ik uw Kamer reeds heb gemeld in bovengenoemde brief van 21 juni jl. Hierin staat vermeld dat deze 10% onderbesteding een belangrijk ervaringsgegeven is waar in de raming en de huidige bekostiging rekening mee wordt gehouden. Tevens blijkt uit deze rapportage dat er in 2010 een pgb-wachlijst is ontstaan als gevolg van de pgb-toekenningstop in de tweede helft van dat jaar, maar dat deze wachlijst slechts in beperkte mate heeft geleid tot een extra beroep op de pgb-regeling in 2011.

Op basis van de laatste gegevens van het CVZ kan worden ingeschat dat het aantal pgb-houders in 2011 uitkomt op 143 000 personen. Dat is lager dan het aantal van 156 000 personen waarbij bij het vaststellen van het pgb-subsidieplafond van uit is gegaan. Dit lagere aantal kan worden verklaard door een tweetal factoren. Zo ben ik er in de raming voor 2011 van uitgegaan dat een belangrijk deel van de cliënten op de wachlijst in 2011 alsnog een beroep zou doen op het pgb. Gebleken is echter dat de instroom vanuit de wachlijst lager uitvalt dan verwacht, ondermeer doordat cliënten een beroep hebben gedaan op zorg in natura of hebben afgezien van een pgb. Een tweede factor betreft een bij de prognose achterblijvende maandelijkse groei. Voor de jaren 2012–2015 ben ik in de raming uitgegaan van een maandelijkse groei van 1 650 personen. Dit aantal handhaaf ik. Ook het CPB gaat uit van deze raming.

De lagere instroom pgb-budgethouders in 2011 leidt – bij gelijkblijvende overige veronderstellingen – tot een aanpassing van het meerjarige uitgavenniveau voor het pgb. Daarmee komt het uitgavenniveau bij ongewijzigd beleid in 2015 uit op circa € 3,5 mld. in plaats van de eerdere gemelde circa € 3,7 mld. Ook het CPB gaat uit van dit uitgavenniveau. Uitgaande van het beschikbare kader van circa € 2,8 mld. in 2015

¹ TK, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 196.

bedraagt de omvang van de financiële problematiek bij ongewijzigd beleid in 2015 nog steeds circa € 700 mln.

Niet alleen het uitgavniveau moet worden aangepast, ook de opbrengst van de maatregelen die ik eerder heb geraamd moet vanwege een lager aantal budgethouders 2011 naar beneden worden bijgesteld. Het lagere aantal budgethouders leidt tot € 60 mln. minder opbrengst in 2015. Tegelijkertijd is een toenemend beroep zichtbaar op zorg in natura. Dit effect wordt ingeschat op circa € 40 mln. Rekening houdend met deze effecten wordt de verwachte opbrengst van de maatregelen met € 100 mln. verlaagd tot € 800 mln.

Daarnaast is het niet onrealistisch dat extra uitgaven gaan ontstaan. Het CPB wijst erop dat het mogelijk is dat minimaal 33% (op de langere termijn 45%) van de doelgroep geen beroep zal doen op AWBZ-zorg, de zogenaamde vraaguitval, maar dat dit waarschijnlijk cliënten zijn met een relatief geringe zorgvraag. Daarmee kan de besparing per cliënt lager uitvallen dan het kabinet voorziet. Hoewel uit onderzoeken blijkt dat de vraaguitval zich niet alleen zal voordoen bij cliënten met een lichte zorgvraag kan ik niet uitsluiten dat dit effect zich in de praktijk toch in bepaalde mate zal voordoen. Dit effect zou zich vooral kunnen voordoen bij het beroep op de vergoedingsregeling. Mocht dit effect zich voordoen dan wil ik in de komende jaren niet gedwongen worden om nieuwe maatregelen te nemen. Dat is de reden waarom ik rekening houd met een extra kostenpost van € 100 mln., waardoor de opbrengst van de pgb maatregelen uitkomt op € 700 mln.

De maatregelen die het kabinet treft blijven onverminderd noodzakelijk om de voorziene overschrijding te voorkomen. Tezamen met de nadere vormgeving van de vergoedingsregeling en de verwachte extra vraag in zorg in natura leveren de nieuwste inzichten opnieuw een sluitend budgettair beeld op.

Door de pgb-maatregelen zullen meer personen een beroep doen op zorg in natura. In die gevallen waarin geen passende zorg in natura beschikbaar zal, als aan de overige voorwaarden is voldaan, een beroep kunnen worden gedaan op de vergoedingsregeling. Met deze extra kosten is al rekening gehouden bij het berekenen van de netto-effecten van de pgb-maatregelen. Ik verwacht dat in 2012 ca. 3 500 mensen een beroep zullen doen op de vergoedingsregeling. Daarvoor reserveer ik een bedrag van € 50 mln. In 2013 zal de doelgroep die in aanmerking komt voor deze regeling veranderen, omdat dan gemeenten nieuwe cliënten zullen opvangen met een ondersteuningsvraag voor de functie begeleiding. De vergoedingsregeling is in 2013 beschikbaar voor cliënten met een nieuwe indicatie voor persoonlijke verzorging en verpleging van meer dan 10 uur. Naar verwachting zullen in 2013 in totaal circa 7 000 personen een beroep doen op de vergoedingsregeling. De geraamde totale kosten van de vergoedingsregeling bedragen dan circa € 145 mln.

Zoals in paragraaf 3.1. genoemd zal voor het extra beroep voor zorg in natura in 2012 een bedrag van € 50 mln. aan de contracteerruimte worden toegevoegd. In 2013 zal dit bedrag toenemen tot circa € 115 mln.

In onderstaande tabel zijn de financiële effecten van de pgb-maatregelen samengevat. Daarbij is aangegeven welke aanpassingen zijn doorgevoerd ten opzichte van eerder genoemde brief aan uw Kamer van 21 juni jl.

Tabel: Overzicht financiële effecten pgb maatregelen

	Inzichten 21 juni 2011	Inzichten oktober 2011
Uitgaven pgb (ongewijzigd beleid) 2015	3,7 mld.	3,5 mld.
Beschikbare middelen (kader VWS) 2015	2,8 mld.	2,8 mld.
Pgb-problematiek 2015	0,9 mld.	0,7 mld.
Opbrengst maatregelen 2015	0,9 mld.	0,7 mld.
Verschuiving kosten pgb-zin 2012	100 mln.	50 mln.
Verschuiving kosten pgb-VRPZ 2012	n.v.t.	50 mln.
Verschuiving kosten pgb-zin 2013	260 mln.	115 mln.
Verschuiving kosten pgb-VRPZ 2013	n.v.t.	145 mln.

3.5 Wettelijke aanspraak persoonsgebonden budget

Overeenkomstig het Regeer- en Gedoogakkoord wordt het recht op pgb wordt met ingang van 1 januari 2014 wettelijk verankerd. Daartoe zal het Besluit zorgaanspraken AWBZ worden gewijzigd. Ik zal het CVZ en de NZa vragen een uitvoeringstoets op te stellen. Daarbij zal ik tevens aandacht vragen voor de wettelijke verankering van de vergoedingsregeling waarop ik in paragraaf 3.2 ben ingegaan. Ook zal ik specifiek aandacht vragen voor de positie van AWBZ-verzekerden die in Nederland werkzaam, maar over de grens woonachtig zijn. Hierbij breng ik de Europees rechtelijke aspecten goed in kaart. Dit naar aanleiding van de motie van mevrouw Wolbert c.s. ter zake, ingediend bij gelegenheid van de behandeling van het wetsvoorstel AWBZ zorg buitenland, maar niet instemming gebracht, waarin de regering is verzocht het recht op een pgb voor Nederlandse grensarbeiders op te nemen bij de wettelijke verankering van het pgb.

Zoals in de programmabrief van 1 juni 2011 is vermeld, bestaat voor mensen die niet langer in Nederland werkzaam zijn en permanent in het buitenland verblijven geen AWBZ aanspraak en daarmee ook geen pgb als het pgb als aanspraak is geformuleerd.

4. ADL-assistentie

4.1 Voortgang ADL-assistentie

Met mijn brief van 9 september jl.¹ heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn voornemen om ADL-assistentie per 1 januari 2012 aan te merken als een AWBZ-aanspraak. De daartoe benodigde wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) bereid ik momenteel voor. Bij de formulering van de aanspraak op ADL-assistentie sluit ik nauw aan bij de definities, formuleringen en criteria in de huidige subsidieregeling ADL-assistentie. Ik breng hiermee huidige en nieuwe bewoners van ADL-woningen onder de aanspraak.

Bij de nieuwe ADL-aanspraak hoort een passende bekostiging. Ik heb de NZa door middel van bijgevoegde aanwijzing de opdracht gegeven hiervoor een prestatiebeschrijving en maximumtarief vast te stellen². Hiermee kunnen gecontracteerde aanbieders van ADL-assistentie per 1 januari 2012 de zorg rechtsgeldig in rekening brengen bij het zorgkantoor. Ik heb de NZa gevraagd het maximumtarief te baseren op het tarief van € 57,04 dat van toepassing is in de huidige subsidieregeling. Tevens heb ik de NZa gevraagd uitwerking te geven aan de toezegging dat aanbieders van ADL-clusters ten behoeve van de overgang de komende twee jaar uit kunnen gaan van een budget dat gelijk is aan 2011. De NZa zal haar (beleids-)regels vaststellen nadat het Bza is gewijzigd.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 203.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

4.2 Vervolgstappen kwaliteit in ADL-clusters

In het Algemeen Overleg van 14 september jl. (kamerstuk 30 597, nr. 215) en het voortgezet Algemeen Overleg van 28 september jl. is gesproken over onderzoek naar de kwaliteit van zorg in ADL-clusters. Ik heb bij die gelegenheden aangegeven dat ik wil kijken naar de kwaliteit van thuisbedaming, de kwaliteit van de ADL-assistenten, naar het personeelsverloop, naar cliënttevredenheid en naar de rechtspositie van cliënten. Daartoe heb ik de IGZ verzocht een thematisch toezichtsproject Kwaliteit van zorg in ADL-clusters uit te voeren. De Stichting Fokus Exploitatie heb ik gevraagd te komen met een businesscase, die specifiek ingaat op de bovengenoemde aandachtspunten. Ik heb voor ogen dat dit traject in de eerste helft van volgend jaar wordt afgerond. De toegezegde brief over het Scandinavische model van de Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (BPA) vergt meer tijd dan verwacht. Ik zal uw Kamer hier middels de tweede voortgangsrapportage over informeren.

4.3 Zorginfrastructuur en wachtlijstaanpak

Op 4 oktober jl. is de motie Wolbert *cs*¹ over de zorginfrastructuur en wachtlijstaanpak aangehouden. Dit mede naar aanleiding van mijn voorstel eerst op de voorgestelde motie schriftelijk te reageren.

De motie bevat het verzoek aan de regering om de beleidsregel zorginfrastructuur beschikbaar te houden voor de bouw van nieuwe ADL-clusterwoningen. In reactie hierop informeer ik uw Kamer als volgt. De beleidsregel zorginfrastructuur is niet van toepassing op de bouw van (ADL-cluster)woningen. Onder zorginfrastructuur vallen ruimten, waaronder zorgsteunpunten voor ADL-clusters, en technologische voorzieningen voor het leveren van zorg thuis. Ik steun de strekking van de aangehouden motie om bij de ADL-clusterwoningen ook voor de zorginfrastructuur voldoende middelen beschikbaar te hebben. Op dit moment is in het huidige uurtarief van ADL-assistentie een financiële opslag opgenomen voor de aanleg en vervanging van technologische voorzieningen voor het oproepen van zorg. Ik zal de NZa vragen hieraan aandacht te geven in het toegezegde kostprijsonderzoek naar het tarief voor 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging. Over de uitkomsten hiervan en mijn voornemens rondom de beleidsregel zorginfrastructuur bericht ik u in de volgende voortgangsrapportage.

De motie betreft ook het verzoek te komen met een plan van aanpak om de wachtlijsten voor het ADL-clusterwonen weg te werken. De wachtlijsten voor ADL-clusterwonen zijn vastgelegd per gemeente en verschillen onderling sterk. Het TNO-rapport «Behoeftesonderzoek voorzieningen voor mensen met een lichamelijke beperking» spreekt van «ruis» in het centrale registratiesysteem en plaats kanttekeningen bij dit systeem. Ik heb het CVZ gevraagd om als beheerder van de huidige wachtlijstregistratie samen met de aanbieders de wachtlijsten te actualiseren. Het is vervolgens primair aan woningcorporaties, gemeenten en zorgaanbieders om hierop eventueel actie te nemen. In reactie op de motie Uitslag en Voortman² heb ik wel toegezegd om in dit kader met mijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties te spreken over het bevorderen van het tot stand komen van woningen voor mensen met beperkingen.

Tot slot

Het kabinet werkt op vele fronten aan een betere en beheersbare langdurige zorg. Kernwaarden daarbij zijn dat de stem van de cliënt en de medewerker sterker tot hun recht komen, dat cliënten niet buitenspel

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 211.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 209.

mogen worden geplaatst en dat het systeem zich richt op de eigen kracht van mensen. Daar waar hulp nodig is, moet de vraag van de cliënt leidend zijn.

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