

Vergaderjaar 2011–2012

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 255**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juni 2012

Bij brief van 14 juni jl.<sup>1</sup> heeft de vaste commissie voor VWS mij verzocht om een stand-van-zaken-brief over de toekomst van de AWBZ. Tevens heeft de commissie mij per brief van 6 juni jl.<sup>2</sup> verzocht om een stand van zaken brief over het persoonsgebonden budget (pgb).

Naar aanleiding van bovenvermelde verzoeken informeer ik uw Kamer door middel van deze tweede voortgangsrapportage over de stand van zaken met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg. Dit in het licht van het door de vijf politieke partijen onlangs gesloten Begrotingsakkoord 2013<sup>3</sup>. Per separate brief van 8 juni jl.<sup>4</sup> heb ik uw Kamer een afschrift gezonden van mijn brief aan de NZa over de voorlopige middelen voor de zorginkoop AWBZ in 2013. Op basis van die brief maakt de NZa de regionale contracteerruimtes voor de zorgkantoren bekend. Op of kort na Prinsjesdag zal ik de voorgenomen aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2013 bij uw Kamer voorhangen.

Eerdere brieven over de hervorming van de langdurige zorg zond ik uw Kamer op 1 juni 2011<sup>5</sup> en 31 oktober 2011<sup>6</sup>. De onderhavige tweede voortgangsrapportage sluit zoveel mogelijk daarop aan, zij het dat in verband met de demissionaire status van het kabinet, thans is gekozen voor een beleidsarme brief.

Onderdelen van het hervormingsprogramma die, in verband met de demissionaire status van het kabinet, door uw Kamer controversieel zijn verklaard komen niet terug in deze rapportage. Het betreft de Beginse-lenwet zorginstellingen, waarvan de nota naar aanleiding van het verslag en de tweede nota van wijziging aan uw Kamer zijn gezonden. Daarnaast gaat het om de Wet cliëntenrechten zorg, waarvan de nota naar aanleiding van het verslag en de tweede nota van wijziging aan uw Kamer zijn gezonden. Ten slotte betreft het de decentralisatie van extramurale begeleiding naar gemeenten, waarvan de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel was geagendeerd voor de derde termijn. Het controver-

<sup>1</sup> Kenmerk 2012Z11773/2012D25445.

<sup>2</sup> Kenmerk 2012Z11102/2012D23824.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 33 280, nr. 1.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 252.

<sup>5</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2010 – 2011, 30 597, nr. 186.

<sup>6</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011 – 2012, 30 597, nr. 218.

sieel verklaren van dit wetsvoorstel betekent dat de functie begeleiding in ieder geval in 2013 onderdeel blijft van de AWBZ en dat de keuze voor een eventuele decentralisatie naar gemeenten wordt overgelaten aan een volgend kabinet. Ook wordt in deze rapportage niet meer ingegaan op de invoering van resultaatfinanciering voor de langdurige zorg. Dit onderdeel van het hervormingsprogramma wordt, vanwege de demissionaire status van het kabinet, niet voortgezet.

In het kader van het Begrotingsakkoord 2013 is besloten het IQ-criterium voor het recht op AWBZ-zorg niet te verlagen van 85 naar 70. Deze maatregel is daarom niet meer opgenomen in deze rapportage. De IQ-maatregel had ik met een jaar uitgesteld. De maatregel zou sterke impact hebben op de cliëntengroep ambulante verstandelijk gehandicapten.

Bij brief van 29 maart jl.<sup>1</sup>, heeft de vaste commissie voor VWS mij verzocht, met het oog op een op 3 juli a.s. te houden algemeen overleg over de risicoverevening, een stand-van-zaken-brief te sturen over de risicodragendheid in de AWBZ. Zoals vermeld in bovengenoemde brief aan uw Kamer van 1 juni 2011 zal de AWBZ, net zoals nu, in 2013 risicoloos worden uitgevoerd. Het vraagstuk van de risicoverevening, waarover uw Kamer op 3 juli a.s. overlegt, heeft dan ook geen betrekking op de AWBZ.

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

### *1.1 Extra personeel en opleidingen*

Om het voor zorginstellingen mogelijk te maken dat extra personeel kan worden aangenomen en opgeleid, zijn met ingang van 2012 extra middelen ter beschikking gesteld door het ophogen van de maximum zzp-tarieven voor alle sectoren. Hiertoe heb ik op 5 september vorig jaar een convenant gesloten met de betrokken veldpartijen.

Met het Begrotingsakkoord 2013 kan de voorgenomen structurele investering in extra personeel alleen voor de ouderenzorg worden voortgezet. De in 2012 doorgevoerde verhoging van de zzp-tarieven voor de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg zal per 2013 ongedaan worden gemaakt. De middelen die zijn toegevoegd aan het stagefonds zijn wel behouden. Over het arbeidsmarktbeleid en de gevolgen van het Begrotingsakkoord voor genoemd convenant heb ik met uw Kamer van gedachten gewisseld tijdens het algemeen overleg van 7 juni jl.

### *1.2 Governance*

Samen met de minister heb ik aan uw Kamer een aantal wettelijke maatregelen voorgelegd om het bestuur in zorginstellingen te verbeteren. Uw Kamer heeft evenwel besloten om de voorstellen deze kabinetsperiode niet meer te behandelen. Over goed bestuur in de zorg wordt uw Kamer in september van dit jaar nader geïnformeerd. Dit is in overeenstemming met de toezegging van de minister tijdens het algemeen overleg met uw Kamer over de IGZ op 28 februari jl. (Kamerstuk 33 149, nr. 8).

Het wetsvoorstel waarmee de regels voor signalering van risico's voor de continuïteit en de zorgspecifieke fusietoetsing worden aangescherpt en de opsplitsingsbevoegdheid wordt geregeld, is op 9 mei jl.<sup>2</sup> aangeboden aan uw Kamer.

---

<sup>1</sup> Kenmerk 29 689/2012D13949

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 33 253, nr. 2.

### *1.3 Anders vormgeven toezicht*

In de eerste voortgangsrapportage heb ik aangekondigd dat de IGZ bestaande vormen van toezicht evalueert, onder meer op het punt van het verminderen van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Te denken valt aan eenvoudiger kwaliteitsverantwoording en aan een manier van systeemtoezicht waarbij detailinformatie niet direct meer nodig is. Ook test de IGZ in een pilot voor valincidenten een systeem om eenvoudiger en digitaal te melden. De 180 deelnemende locaties zijn positief over deze pilot. Ik ben met de IGZ in gesprek om de positieve uitkomsten van de pilot op korte termijn voor alle instellingen beschikbaar te stellen.

Het toezicht op zorginstellingen wordt tegelijkertijd geïntensiveerd. Een deel van de extra capaciteit van de IGZ wordt ingezet om toezicht te houden op alle zorgconcerns in de langdurige zorg.

### *1.4 Goede zorg waarderen*

Het «In voor Zorg!» programma helpt zorgaanbieders om invulling te geven aan aandacht voor en betrokkenheid van de cliënt en meer ruimte en tijd voor de professional. Het aantal zorgaanbieders dat zich heeft gemeld voor ondersteuning bij de invoering van innovaties is inmiddels toegenomen tot ongeveer 270. In de loop van dit jaar verschijnen de eerste rapportages over de bereikte resultaten van de eerste groep zorgaanbieders die hun implementatietraject hebben afgerond. Gesteld kan worden dat «In voor Zorg!» zich ontwikkelt tot het voornaamste kennisplatform voor de langdurige zorg.

### *1.5 Ouderen in veilige handen*

In het Actieplan «Ouderen in veilige handen» heb ik tien concrete acties uitgewerkt om ouderenmishandeling te bestrijden. Op 22 mei jl.<sup>1</sup> heb ik uw Kamer bij brief geïnformeerd over de uitvoering hiervan. In die brief ben ik ingegaan op het project «voorkomen overbelasting mantelzorg» en het Meldpunt «Ouderenmishandeling in de zorg» bij de IGZ. Dit najaar komt een nieuwe OM-aanwijzing «Geweld in afhankelijkheidsrelaties» met een aparte paragraaf over ouderenmishandeling beschikbaar. Tevens wordt vanaf dit jaar € 7 miljoen extra toegevoegd aan de decentralisatie-uitkering voor de centrumgemeenten vrouwenopvang, die verantwoordelijk zijn voor hulp en opvang bij geweld in huiselijke kring. Met deze middelen wordt de ketenaanpak van ouderenmishandeling op lokaal niveau versterkt. Ik maak daarover nadere afspraken met de VNG.

### *1.6 Minder overhead en regels*

Op 29 maart jl. heb ik met uw Kamer van gedachten gewisseld over administratieve lasten in de langdurige zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 67), gevolgd door een VAO op 10 april jl. (Handelingen II 2011/12, nr. 74, item 24, blz. 38–45) In het onderstaande geef ik aan hoe ik de moties die bij dit VAO zijn ingediend, zal uitvoeren.

#### *1.6.1 Experimenten regelarme zorginstellingen*

Het doel van de experimenten regelarme zorginstellingen is een vermindering van onnodige bureaucratie en meer tijd voor de cliënt. Op 30 januari jl. is in een startbijeenkomst de officiële aftrap gegeven voor de 28 experimenten. Voor het daadwerkelijk kunnen experimenteren is het nodig dat van tevoren precies helder is welke regels de zorgaanbieder hinderen in het dagelijks werk, welke oplossing de zorgaanbieder voor

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 29 398, nr. 36.

ogen heeft en hoe de resultaten en de effecten na afloop gemeten worden. Dit laatste met het oog op de evaluatie en, bij gebleken succes, de landelijke uitrol van de uitkomsten. Daarom werken de zorgaanbieders de eerder ingediende voorstellen uiterlijk 1 juli a.s. uit tot een concreet plan van aanpak. Zoals gemeld in het hierboven genoemde algemeen overleg van 29 maart jl. is een aantal experimenten, waaronder van zorginstelling De Hoven, reeds van start gegaan. Het verloop per experiment is voor alle partijen te volgen via de website van «In voor Zorg!».

#### 1.6.2 Meldingen hinderende wet- en regelgeving

Zorgaanbieders hebben bijna 700 meldingen ingediend over hinderende wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende bureaucratie. Deze meldingen hebben voornamelijk betrekking op bekostiging, AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), kwaliteit en toegang. Naar aanleiding van deze meldingen worden oplossingsrichtingen in kaart gebracht. Via «In voor Zorg!» kunnen de melders volgen om welke oplossingen het gaat.

De AZR wordt vereenvoudigd en gemoderniseerd. Hierbij betrek ik tevens de motie Wiegman-van Meppelen Scheppink<sup>1</sup>. Het gaat bij de AZR om betere ketenafspraken, minder berichten, minder operationele en technische regels voor het berichtenverkeer, het beter benutten van de AZR en een pilot om «inkijk in indicatiegegevens» door zorgaanbieders mogelijk te maken. Ook de codes algemene gegevensbeheer zorgverleners (AGB-codes), die bedoeld zijn voor de identificatie van zorgverleners, worden verbeterd.

Veel meldingen van zorgaanbieders gaan over de regelgeving op het gebied van kwaliteit. In de regelarme experimenten bij een tiental zorginstellingen wordt het loslaten van regels op het terrein van kwaliteit beproefd. Daarnaast wordt met de IGZ gekeken hoe de administratieve lasten rond de incidentenmeldingen zijn te vereenvoudigen.

Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) is bedoeld om de uitvraag van informatie door verschillende partijen aan zorgaanbieders te bundelen. Deze uitvraag wordt met ingang vanaf volgend jaar zoveel mogelijk vereenvoudigd en gestroomlijnd en beperkt tot strikt noodzakelijke informatie.

### 1.7 Indicatiestelling AWBZ

#### 1.7.1 Vereenvoudiging

Een aantal experimenten regelarme zorginstellingen heeft tot doel meer tijd voor de cliënt vrij te maken door veranderingen aan te brengen in de wijze van indicatiestelling. De bestaande vereenvoudigde procedures voor indicatiestelling worden door zorgaanbieders positief gewaardeerd. Een belangrijke vereenvoudiging betreft de mogelijkheid voor zorgaanbieders om zelf voor intramurale cliënten van 80 jaar de indicatie te stellen en die te melden aan het CIZ. Dit is een pilot voor 2 jaar. Het CIZ toetst steekproefsgewijs achteraf en monitort hoe de ontwikkeling van de indicatiestelling voor deze groep cliënten verloopt en welke zorg wordt geïndiceerd.

Ook de Standaard Indicatieprotocollen (SIP's) en het Herindiceren in Taakmandaat (HiT's) zijn vereenvoudigde procedures voor indicatiestelling. Momenteel wordt bezien of deze vereenvoudigde procedures verder zijn uit te breiden. Daarbij wordt onderzocht welke SIP's zich lenen voor omzetting in een melding (die geldt voor intramurale cliënten van 80

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/12, 31 765, nr. 62.

jaar en ouder) en of nog meer indicaties zich lenen voor een SIP of een HiT. Tevens wordt de werking van de zogenaamde AanmeldFunctionaliteit verbeterd. Deze digitale functionaliteit gebruiken zorgaanbieders voor de aanvraag van een indicatie, waaronder een SIP of HIT, bij het CIZ.

### 1.7.2 Programma Stroomlijning Indicatieprocessen (STIP) en vervolg

Mede namens mijn collega van SZW informeer ik uw Kamer hierbij over de projecten Regelhulp, Gezamenlijke Beoordeling en Indicatie dossier. Deze projecten waren onderdeel van het beëindigde programma Stroomlijning Indicatieprocessen (STIP), met als doel burgers gebundelde informatievoorziening aan te bieden en hen te ondersteunen bij het indicatieproces.

Regelhulp biedt informatie en digitale formulieren voor mensen die op zoek zijn naar hulp of ondersteuning. Via vraagverheldering wordt de eigen situatie in kaart gebracht en naar oplossingen op maat gezocht. Op de website Regelhulp.nl, met maandelijks circa 50 000 bezoekers, vindt de burger overheidsregelingen, oplossingen in de eigen omgeving en informatie over opvoeden en opgroeien. Naast het CIZ, het UWV, de SVB en het CAK, doen bijna alle gemeenten mee.

Het project Gezamenlijke Beoordeling is voor cliënten met een meervoudige hulpvraag op de domeinen werk, inkomen, zorg en welzijn. Dit project heeft een vervolg gekregen in twaalf lokale initiatieven. Een onderzoeksbureau heeft deze lokale initiatieven geëvalueerd en geconcludeerd dat door deze gezamenlijke beoordeling cliënten beter en eerder worden geholpen. Het rapport van het evaluatieonderzoek doe ik u hierbij toekomen. De lokale initiatieven zijn succesvolle voorbeelden voor gemeenten. Vandaar dat op de website van «In voor Zorg!» en [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl) de best practices zijn geplaatst. Ik heb de VNG heb gevraagd deze uitkomsten breed onder gemeenten te verspreiden.

De staatssecretaris van SZW heeft uw Kamer tijdens het algemeen overleg Arbeidsmarkt van 26 januari jl. (Kamerstuk 29 544, nr. 372) toegezegd in te gaan op het vraagstuk van wettelijke verankering van gegevensuitwisseling bij meerdere indicatiestellingen versus het vragen van toestemming aan de cliënt. Eerder heeft de staatssecretaris van SZW uw Kamer aangegeven wettelijke belemmeringen voor gegevensuitwisseling waar nodig weg te nemen. Bij de uitwerking hiervan heeft de staatssecretaris vooral aangedrongen op het aanpakken van concrete knelpunten. Uit de evaluatie van de initiatieven gezamenlijke beoordeling blijkt dat het systeem van toestemming van de cliënt bij meervoudige indicatiestelling afdoende heeft gefunctioneerd en dit de uitvoering niet heeft belemmerd. Er is een format voor een toestemmingsverklaring gemaakt dat ook voor toekomstige situaties is te gebruiken. Met deze flexibele oplossing is een wettelijke verankering van de gegevensuitwisseling bij meervoudige indicatiestelling op dit moment niet nodig.

### 1.8 Plan extreme zorgzwaarte en werkgroep autisme

Uw kamer heeft met diverse moties van het lid Wolbert c.s.<sup>1</sup> aandacht gevraagd voor cliënten met extreme zorgzwaarte, meerdere grondslagen en intensieve zorgvragen. Ik onderschrijf het grote belang van de zorg voor cliënten met complexe zorgvragen en probleemgedrag. Met de Denktank Complexe Zorg en de Wet Zorg en Dwang worden stappen gezet om complexe zorg inhoudelijk te verbeteren. Het Nader Rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State alsmede het advies van de Denktank Complexe Zorg zal ik Uw Kamer zo spoedig mogelijk doen toekomen. Ook in de bekostiging van meerzorg breng ik belangrijke verbeteringen aan. In het onderstaande ga ik hierop nader in. Ook ga ik

<sup>1</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2010 – 2011, 32 500 XVI, nr. 30 en 25 657, nr. 48.

kort in op de werkzaamheden van de werkgroep autisme.

### 1.8.1 Evaluatie naturabekostiging complexe zorg

De inzet van extra middelen in complexe zorgsituaties rechtvaardigt dat wordt getoetst of de in het zorgplan beoogde doelen gehaald worden. De bekostiging van de complexe zorgvraag wordt hierop aangesloten.

In zorg in natura verloopt de bekostiging van de complexe zorg via de NZa-beleidsregel voor extreme zorgzwaarte. Via deze beleidsregel krijgen instellingen in de gehandicaptenzorg voor ruim 2 600 cliënten aanvullende middelen voor meerzorg bovenop het zorgzwaartepakket. Voor dit jaar is hiermee een bedrag gemoeid van ruim € 168 miljoen. Om in aanmerking te komen voor meerzorg is een kwalitatief goed onderbouwd zorgplan vereist waarover het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) advies uitbrengt aan het zorgkantoor.

Per 1 januari 2013 wordt de bekostiging van meerzorg aangepast om meer garanties te bieden dat de zorgsituatie van cliënten daadwerkelijk verbetert met de ingezette middelen. De wijzigingen in de beleidsregel zorgen voor het verduidelijken van de rollen en verantwoordelijkheden van zorgkantoor, CCE en aanbieder bij het toekennen van extra middelen.

Ik heb de NZa verzocht om te onderzoeken en te adviseren of de extra middelen voor meerzorg per 1 januari 2014 onder de contracteerruimte kunnen worden gebracht. Dit met het oog op vergroting van de financiële prikkels voor zorgkantoren om een doelmatig en kwalitatief goed zorgaanbod in te kopen voor cliënten met een complexe zorgvraag en probleemgedrag. Het besluit hierover laat ik over aan een nieuw kabinet.

### 1.8.2 Stroomlijnen pgb-bekostiging complexe zorg

Uw kamer heeft met de in paragraaf 1.8 genoemde moties ook aandacht gevraagd voor pgb-houders met extreme zorgzwaarte, meerdere grondslagen en intensieve zorgvragen. Ook de pgb-regeling kent de mogelijkheid van een aanvullend budget voor extra zorg. Het zorgkantoor vraagt hiervoor toestemming aan het CVZ. Het CCE vervult daarin momenteel geen rol. Ik ben voornemens dit aan te passen, zodat met ingang van volgend jaar wordt aangesloten bij de procedure zoals die nu geldt bij zorg in natura. Daarbij zal het CCE ook bij meerzorg voor pgb-houders adviseren aan het zorgkantoor. Hiermee geef ik uitvoering aan bovengenoemde moties.

Cliënten met complexe meerzorg maken vaak gebruik van behandeling als onderdeel van het zorgplan. Vanwege het vereiste van gekwalificeerde behandelaars kan de functie behandeling niet met een pgb worden gefinancierd. Behandeling blijft daarmee, ook bij meerzorg voor pgb-houders, uitsluitend in natura mogelijk.

### 1.8.3 Verbreden bekostiging complexe zorg

Op dit moment is financiering van zorgplannen met extreme zorgzwaarte in de gehandicaptenzorg mogelijk voor cliënten met een verstandelijk, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De gehandicaptenzorg heeft hiervoor zelf bij de invoering van de zzp's middelen apart gehouden. De NZa heeft naar aanleiding van de in paragraaf 1.8 genoemde moties onderzoek gedaan naar verbreding van de systematiek van bekostiging van meerzorg naar de sectoren verpleging en verzorging en de geestelijke gezondheidszorg. Het advies van de NZa heb ik begin juni van dit jaar ontvangen. De NZa adviseert toegang tot meerzorg voor zzp VV7, zzp VV8,

zpz GGZ 6B en zpz GGZ 7B. Ik heb de NZa gevraagd te adviseren hoe per 1 januari 2014 binnen de contracteerruimte een budgettaire neutrale bekostiging van meerzorg voor deze sectoren is in te voeren. Het besluit hierover laat ik over aan een volgend kabinet.

#### 1.8.4 Werkgroep autisme

In het kader van de samenwerking met gemeenten voor een betere aansluiting tussen AWBZ-zorg en ondersteuning op grond van de Wmo zijn veel vragen gesteld door onder meer mantelzorgers om meer zicht te krijgen op de praktische mogelijkheden. Naar aanleiding daarvan installeer ik binnenkort een landelijke werkgroep autisme. In die werkgroep zullen in ieder geval landelijke cliënten- en familieledenorganisaties, VNG en gemeenten, zorgaanbieders en brancheorganisaties vertegenwoordigd zijn. De werkgroep zal levensbreed de behoefte aan zorg en ondersteuning van mensen met autisme spectrum stoornissen (en hun naasten) inventariseren. Op basis van deze inventarisatie zal de werkgroep verbetervoorstellen doen en deze verbeteringen stimuleren. De focus van de werkgroep zal daarbij liggen op het terrein van de (langdurige) zorg en op de ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein, maar daar waar de werkgroep constateert dat ook op aanpalende levensterreinen verbeteringen nodig zijn zal de werkgroep ook daar verbetervoorstellen doen. Besluitvorming over deze voorstellen wordt aan een volgend kabinet gelaten.

## 2. Organisatie van de zorg op orde maken

Het Begrotingsakkoord 2013 is ook van invloed op de eigen bijdrage voor zorg of voorzieningen op grond van de AWBZ en de Wmo. Uw Kamer heeft het wetvoorstel<sup>1</sup> in behandeling waarmee per 1 januari 2013 een vermogensinkomensbijtelling wordt ingevoerd voor de vaststelling van de eigen bijdrage. Bij de indiening van het wetsvoorstel was een bijtelling van 4% het uitgangspunt. Het Begrotingsakkoord 2013 gaat echter uit van 8%. Deze bijtelling wordt geregeld in het Bijdragebesluit zorg en het Besluit maatschappelijke ondersteuning.

Voor de stand van zaken met betrekking tot de overheveling van de jeugd-lvb- en jeugd-ggz-zorg van de AWBZ naar gemeenten verwijs ik naar mijn brief aan uw Kamer van 27 april jl.<sup>2</sup> over de stelselwijziging jeugdzorg.

### 2.1 Scheiden van wonen en zorg

Het kabinet zal, in overeenstemming met het Begrotingsakkoord 2013, de lichtere zpz's voor nieuwe cliënten per 1 januari 2013 extramuraliseren. Dit betekent dat nieuwe cliënten niet langer een indicatie voor intramurale zorg in de vorm van een licht zorgzwaartepakket ontvangen, maar een indicatie voor extramurale zorg.

Met het extramuraliseren van lichtere zpz's worden cliënten voortaan langer in hun eigen omgeving geholpen. Deze keuze sluit aan bij het concept van zorg in de buurt en speelt in op de wens van veel cliënten om zo lang mogelijk vanuit de eigen vertrouwde woonomgeving verzorgd te worden. In het onderstaande zal ik verduidelijken op welke (deel)sectoren en zpz's deze maatregel betrekking heeft.

Per 1 januari 2013 ontvangen nieuwe cliënten die voorheen een indicatie zouden hebben ontvangen voor VV 1 t/m 3 (sector verpleging en verzorging), GGZ 1b/c t/m 3b/c (sector geestelijke gezondheidszorg), VG 1 t/m 3 (verstandelijk gehandicapten) of LVG 1 t/m 2 (jeugdige licht verstan-

<sup>1</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 33 204.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 31 839, nr. 200.

delijk gehandicapten) een indicatie voor extramurale zorg (in functies en klassen). In de Regeling zorgaanspraken AWBZ (RZA) worden per 2013 de nieuwe zzp-aanspraken en het overgangsrecht geregeld. Tevens worden de werkwijze bij de indicatiestelling en de daarop betrekking hebben beleidsregels van het CIZ aangepast. De maatregel heeft geen betrekking op de zzp's uit de sector lichamelijk gehandicapten (LG), zintuiglijk gehandicapten (ZG) of het zzp voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG1).

Bestaande cliënten die op 1 januari 2013 al een indicatie hebben voor intramurale zorg, of voor die datum geherindiceerd worden, behouden hun rechten.

Het extramuraliseren van de lichtere zzp's betekent geleidelijk aan een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg. Zorginstellingen zullen te maken krijgen met een geleidelijke afname van het aantal cliënten met een lichte zzp. Meer cliënten zullen worden geïndiceerd voor extramurale zorg. Deze verschuiving heeft ook gevolgen voor de concrete invulling van het scheiden van wonen en zorg zoals opgenomen in het Regeerakkoord, waarvoor een besparingsreeks is vastgelegd oplopend van € 100 mln. in 2015 tot € 300 mln. in 2020. Deze consequenties zal ik in de komende periode in beeld brengen.

In het kader van definitieve aanwijzing contracteerruimte 2013 zal in september van dit jaar worden besloten over de nadere uitwerking van deze maatregel. Over de consequenties voor gemeenten zal ik op korte termijn samen met het ministerie van BZK overleg voeren met de VNG. Tevens zal ik, zoals toegezegd in het wetgevingsoverleg van woensdag 20 juni jl., bij de verdere uitwerking van deze maatregel aandacht besteden aan de consequenties op het vastgoed. Ik zal de gevolgen hiervan in kaart brengen.

## *2.2 Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars*

In het Regeerakkoord is, als het gaat om de uitvoering van de AWBZ, opgenomen dat de taken van de zorgkantoren en de risico's door zorgverzekeraars zullen worden overgenomen. Het kabinet heeft, vanwege de demissionaire status, besloten de beslissing over de toekomst van de uitvoering van de AWBZ aan een volgend kabinet te laten.

Met het oog op de continuïteit van de uitvoering van de AWBZ bereid ik thans de concessieverlening aan de zorgkantoren voor 2013 voor. Zoals te doen gebruikelijk ontvangt u van mij te zijner tijd een afschrift van de daartoe strekkende Aanwijzing zorgkantoren.

Gelet op het bovenstaande beschouw ik het verzoek van het lid Venrooy-van Ark van uw Kamer tijdens de regeling van werkzaamheden van 18 april jl., inzake wisselende berichten over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, niet langer actueel. Dit geldt tevens voor de moties van het lid Uitslag (c.s.) van uw Kamer van 9 en 10 november 2011<sup>2</sup>, over het cliëntenperspectief en overleg met verzekeraars.

## *2.3 Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (Deense Model)*

Op 20 december 2011<sup>3</sup> heb ik het rapport over Burgergestuurde Persoonlijke Assistentie (BPA, Deense Model) verzonden aan uw Kamer. Tijdens het algemeen overleg over ADL-assistentie van 14 september 2011 hebben verschillende fracties verzocht om nadere informatie. Kenmerkend voor de BPA is dat de cliënt zelf een eigen team van helpers samenstelt en aanstuurt. Ik informeer uw Kamer als volgt.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 2342.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 33 000 XVI, nr. 347.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 240.



In de huidige zorgpraktijk komen veel incidenten voor met thuisbeademing. De IGZ heeft naar aanleiding hiervan een nieuwe richtlijn opgesteld voor thuisbeademing. Volgens het rapport «Chronische beademing vraagt betere afstemming» van de IGZ van augustus 2010 is het risicovol als beademingscliënten in noodsituaties zelf moeten alarmeren. Ook ontstaan ernstige risico's wanneer er geen snelle en adequate alarmopvolging is. Permanente aanwezigheid van persoonlijke helpers heeft in die gevallen aanzienlijke meerwaarde.

In de AWBZ bestaat geen extramurale aanspraak op persoonlijke 24-uurszorg. Het pgb is dan ook niet toereikend om dit goed te organiseren. Er zijn beademingscliënten die woonachtig zijn in een ADL-clusterwoning. Een verschil met het Fokuswonen is dat BPA niet uitsluitend de zorg in en om de woning omvat maar ook de noodzakelijke hulp daarbuiten. Rekenvoorbeelden tonen aan dat BPA goedkoper kan zijn dan een stapeling van ADL-assistentie, aanvullende AWBZ-zorg en Wmo-ondersteuning.

Gelet op het bovengenoemde zal een nadere oriëntatie plaatsvinden op de toepasbaarheid van BPA in Nederland. Ik zal het CVZ vragen advies uit te brengen over de mogelijkheden om een aanspraak op een integraal pakket extramurale zorg in te voeren dat, net als de BPA, niet beperkt is tot de zorg op afroep in en om de woning.

Binnen de huidige regelgeving zijn er al mogelijkheden om de zorg en financiering van thuisbeademing op korte termijn te verbeteren. Voor het jaar 2013 neem ik binnen de huidige indicatiestelling voor mensen die zijn aangewezen op thuisbeademing, een module «toezicht bij ademhalingsondersteuning» op als indiceerbare AWBZ-zorg. Deze module wordt in overleg met het CVZ en CIZ uitgewerkt in de Beleidsregels Indicatiestelling 2013. Veiligere zorg bij thuisbeademing krijgt hiermee een impuls. Tevens kan verdere ervaring worden opgedaan met het principe van extramurale 24-uurszorg.

### **3. Persoonsgebonden budget**

Met ingang van 1 januari jl. heeft het kabinet maatregelen genomen om het verwachte financiële tekort op het pgb van € 700 mln. bij ongewijzigd beleid, in 2015 te kunnen compenseren. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om vanaf volgend jaar structureel € 150 mln. extra beschikbaar te stellen om de pgb-maatregelen te verzachten.

#### *3.1 Toegang tot de regeling*

De huidige pgb-regeling en de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg worden met ingang van 2013 samengevoegd tot een nieuwe pgb-regeling. De vormgeving van de vergoedingsregeling wordt als uitgangspunt genomen. Dit betekent dat cliënten zich eerst dienen te oriënteren op de zorg in natura met de vraag of passende zorg beschikbaar is. Een beroep op de pgb-regeling is alleen mogelijk als de cliënt van oordeel is dat dit niet het geval is. Verder vervalt het criterium uit de vergoedingsregeling dat er sprake moet zijn van minimaal 10 uur geïndiceerde zorg (10-uurscriterium), behalve voor de cliënten die alleen een indicatie hebben voor de functie begeleiding, al dan niet in combinatie met kortdurend verblijf. Voor hen blijft het 10-uurscriterium gehandhaafd. Net als bij de huidige vergoedingsregeling wordt bij gezinnen het aantal uren begeleiding bij elkaar opgeteld.

Verder komen cliënten pas na één jaar gebruik van zorg in natura in aanmerking voor een pgb. Hierbij wordt een uitzondering gemaakt voor cliënten met een langdurige zorgvraag. Of er sprake is een langdurige zorgvraag stellen het CIZ of de Bureaus Jeugdzorg vast bij de indicatiestelling. In dat geval geldt de termijn van één jaar niet.

De hierboven genoemde maatregelen, die gericht zijn op de toegang tot de pgb-regeling, gelden alleen voor nieuwe cliënten en niet voor bestaande pgb-houders. Een uitzondering geldt voor het 10-uurscriterium, dat met ingang van 1 januari 2014 ook gaat gelden voor bestaande pgb-houders.

### *3.2 Solide maken van het pgb-instrument*

Om het pgb-instrument meer solide te maken wordt een aantal maatregelen getroffen. Zo zullen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg bij de indicatiestelling een face-to-face-gesprek voeren. De zorgkantoren zullen in gesprek met deze cliënten de motivatie voor een pgb bespreken. Blijkt uit dit gesprek dat de cliënt meer gebaat is bij zorg in natura, dan dient het zorgkantoor daarin te voorzien. Vanaf 1 januari 2014 wordt het pgb bruto beschikbaar gesteld. Het CAK wordt belast met de heffing van de eigen bijdrage. Met ingang van datzelfde jaar zal het pgb niet meer worden overgemaakt op de bankrekening van de cliënt, maar voor alle pgb-houders als trekkingsrecht beschikbaar komen. Voor deze maatregelen zijn extra middelen beschikbaar. Daarnaast is voor de aanpak van fraude in 2013 en 2014 € 15 mln. per jaar extra beschikbaar. Ik stel hiervoor in het najaar een plan op dat ik vervolgens aan uw Kamer zal aanbieden. Daarbij kijk ik ook naar de mogelijkheden voor het centraal koppelen van gegevens.

### *3.3 Pgb-tarieven*

De huidige pgb-tarieven voor cliënten met een intramurale indicatie zijn hoger dan de tarieven die gelden voor vergelijkbare zorg in natura. Voor nieuwe pgb-houders met een verblijfsindicatie worden de tarieven met ingang van 1 januari 2013 gelijkgesteld aan de zorgcomponent (inclusief schoonmaakkosten) van de tarieven voor naturazorg<sup>1</sup>. Voor de overige pgb-houders met een verblijfsindicatie wordt het verschil tussen de tarieven in drie jaar afgebouwd. Voor deze maatregel worden twee groepen uitgezonderd. Ten eerste de groep pgb-houders, waarvan in 2010 het pgb is opgehoogd met een budgetgarantie. Deze budgetgarantie gold omdat zij vanwege de invoering van de zzp-systematiek met een terugval in het pgb-budget te maken kregen. De tweede groep zijn de cliënten in kleinschalige woonvoorzieningen.

Daarnaast is in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken de groeirimte te baseren op demografische ontwikkelingen. Dit geldt ook voor de pgb-regeling. Om hieraan invulling te geven worden de pgb-tarieven in 2013 eenmalig niet geïndexeerd. In lijn met het besluit om de verhoging van de zzp-tarieven voor de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2013 ongedaan te maken, komt ook voor 2012 ingevoerde tariefsverhoging van 5% in de pgb-regeling voor cliënten met een zzp voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, te vervallen.

### *3.4 Monitor*

Ik heb uw Kamer toegezegd de effecten van de pgb-maatregelen die op 1 januari jl. zijn ingegaan, nauwgezet te volgen. Daartoe heb ik, zoals aangegeven in mijn brief van 1 december 2011<sup>2</sup>, een monitor ingericht.

<sup>1</sup> Het gaat om het «geschoonde» tarief voor de verblijfszorg thuis (VPT). Dit houdt in het VPT-tarief verminderd met de kosten voor verblijf met daarbij opgeteld de kosten van schoonmaak.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 18.

Over de uitkomsten daarvan zal ik uw Kamer ieder kwartaal informeren. De monitor over de eerste drie maanden van 2012 is inmiddels afgerond.

Voor conclusies over de effecten van de maatregelen is het vroeg. De reden hiervoor is dat personen die voor 31 december 2011 een AWBZ-indicatie hebben aangevraagd in 2012 nog voor een pgb kunnen kiezen. In de eerste zes weken van dit jaar hebben het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg de aanvragen van december 2011 verwerkt. Rekening houdend met een behandeltermijn van 6 weken is pas vanaf medio februari van dit jaar sprake van aanvragen die aansluiten op de nieuwe situatie waarop deze monitor zich richt. Daarmee zijn er nog nauwelijks cliënten waarvoor de nieuwe situatie geldt.

Uit de monitor komt naar voren dat de zorgkantoren op 1 januari jl. klaar waren om de nieuwe regelingen uit te voeren en dat, vooral vanwege het gehanteerde overgangsregime, het beroep op de vergoedingsregeling vooralsnog beperkt is. Eind maart van dit jaar maakten 36 personen gebruik van deze regeling. Verder blijkt uit de monitor dat de landelijke telefonische helpdesk bij Per Saldo en MEE cliënten voldoende ondersteuning biedt. In de eerste drie maanden van dit jaar hebben bijna 500 mensen deze helpdesk gebeld.

De pgb-maatregelen gaan hand in hand met het verder versterken van de zorg in natura. De pilot van zorgverzekeraar VGZ voor het contracteren van zelfstandige zorgverleners verloopt goed. Vandaar dat in overleg met de zorgkantoren is besloten de directe inhuur van zzp'ers door zorgkantoren per 1 januari 2013 landelijk mogelijk te maken. Om vraaggerichte zorg aan huis te verlenen zijn er nauwelijks belemmeringen in wet- en regelgeving. Vooral de traditie en cultuur binnen zorginstellingen kunnen ertoe leiden dat de gewenste cliëntgerichte zorg nog niet overal wordt gerealiseerd. Tenslotte komt uit de monitor naar voren dat zorgkantoren verschillende ervaringen hebben met het contracteren van kleinere zorgaanbieders. Evenals uw Kamer, blijkens de motie-Venrooy/Dille<sup>1</sup>, wil ik dat alle zorgkantoren bij de zorginkoop oog blijven houden voor innovatieve zorginstellingen die aantoonbaar goede zorg bieden tegen lagere kosten. Om hieraan uitvoering te geven zijn door de zorgkantoren criteria benoemd voor de contractering van kleine en innovatieve zorgaanbieders in 2013.

In de bijlage bij deze brief ga ik nader in op de bovengenoemde conclusies uit de monitor.<sup>2</sup>

Conform mijn toezegging aan uw Kamer heb ik daarnaast aan de NZa gevraagd mij te adviseren over de ontwikkeling van de AWBZ-zorgvraag in 2012. De NZa adviseert om de nog gereserveerde herverdelingsmiddelen vrij te geven en de margeregeling in te zetten om aan de zorgvraag in 2012 te voldoen. Het advies van de Nza, dat u als bijlage aantreft, heb ik overgenomen.<sup>2</sup>

### *3.5 Conceptrapport «Budget decentralisatie AWBZ begeleiding»*

Gelet op de eerder voorgenomen decentralisatie van de functie begeleiding en kortdurend verblijf naar de gemeente is de Algemene Rekenkamer gevraagd om de rekenregels die ten grondslag liggen aan het te over te hevelen budget naar de gemeenten te toetsen. De Algemene Rekenkamer concludeert dat de veronderstelde 32% vraaguitval een aanname is waarvoor de onderliggende onderzoeken niet voldoende zekerheid bieden. De constatering van de Algemene Rekenkamer is gebaseerd op drie elementen. Ten eerste gaan de onderliggende onderzoeken uit van een hogere vraaguitval van 43% (SCP) en 54% (ITS).

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/12, 31 765, nr. 64.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Voorts richten deze onderzoeken zich niet specifiek op de functie extramurale begeleiding. Daarnaast is de veronderstelling van 32% vraaguitval niet gebaseerd op gedragseffecten in een situatie waarin geen pgb beschikbaar is.

De gevolgen van de pgb-maatregelen betreffen inderdaad een ex-ante veronderstelling die, inherent aan een raming, met onzekerheden omgeven is. Met het oog op deze onzekerheden ben ik uitgegaan van een meer behoedzame veronderstelling van de vraaguitval (32%). De onzekerheden over de aanname zijn voor mij ook de reden dat ik het SCP heb gevraagd de gevolgen van de pgb-maatregelen van meet af aan te monitoren. In de genoemde onderzoeken is niet specifiek gekeken naar pgb-houders die zorg ontvangen vanuit de functie extramurale begeleiding, maar naar een bredere groep pgb-houders. Overigens constateert de Algemene Rekenkamer dat er op dit moment geen betere cijfers beschikbaar zijn waarop dit gedragseffect is te baseren. Het rapport zal, gelet op de demissionaire status van het kabinet, niet op bestuurlijk niveau met de VNG worden besproken.

### *3.6 Evaluatie definitie kleinschalige wooninitiatieven*

Ik heb uw Kamer toegezegd om het CVZ een evaluatie te laten uitvoeren naar de in 2011 gehanteerde definitie van kleinschalige wooninitiatieven. Dit naar aanleiding van signalen vanuit uw Kamer dat deze definitie mogelijk belemmerend heeft gewerkt. Het CVZ heeft een wooninitiatief gedefinieerd als «een woonadres waar blijkens het GBA minstens 5 budgethouders woonachtig zijn». Deze definitie was nodig, omdat in 2011 voor nieuwe mensen met een pgb op basis van een verblijfsindicatie tijdelijk (alleen in 2011) er twee verschillende tarieven waren: een tarief voor mensen die thuis bleven wonen en een (hoger) tarief voor mensen die in een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief gingen wonen. Dit verschil in tarieven is in 2012 komen te vervallen, waarmee ook de door het CVZ gehanteerde definitie vervalt.

Uit de evaluatie onder alle zorgkantoren blijkt dat deze definitie in 2011 in een beperkt aantal gevallen (5) heeft geleid tot een formeel bezwaarschrift, waarvan één door de rechtbank in beroep is afgewezen. De bezwaren kwamen vooral van woonvoorzieningen waarbij de bewoners een eigen GBA-adres hebben, en daarmee niet voldoen aan de gehanteerde definitie. Het CVZ constateert verder dat zorgkantoren met deze definitie een juridische kapstok hadden om aanvragen van grootschalige zorgcomplexen (bijv. aanleunwoningen voor ouderen), waarbij bewoners veelal een eigen GBA-adres hebben, uit te sluiten van het hogere pgb-tarief. Op basis van deze evaluatie concludeer ik dat de gehanteerde definitie goed bruikbaar is.

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