

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DLZ/ZI-U-2683300			
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Kabinetsvisie langdurige zorg		2	

1 Inleiding

Het kabinet heeft belangrijke stappen gezet om de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning in Nederland te verbeteren. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd en op 1 januari 2007 zal naar verwachting de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking treden. Met de invoering van deze wetten wordt tegelijkertijd een duidelijkere focus aangebracht in de AWBZ: een sociale verzekering voor langdurige zware zorg. De Zvw en de Wmo vergen nogal wat van het verandervermogen van burgers en van de organisaties die deze wetten moeten uitvoeren. Het huidige kabinet voert mede daarom geen nieuwe stelselwijzigingen of pakketveranderingen door.

Wel blijft dit kabinet streven naar verbetering in de praktijk en de inhoud van de langdurige zorg en de uitvoering van de AWBZ. De noodzaak daartoe heeft het kabinet uiteengezet in de brief van 23 april 2004 over de contouren van een houdbaar stelsel van zorg en ondersteuning¹. Daarbij is de vraag naar een doelmatige organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning onvermijdelijk. Krijgt de burger wel de beste waar voor zijn premiegeld? Dit was de reden voor het kabinet om een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) te starten. Het IBO-rapport *Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ*, treft u hierbij.

Daarnaast heeft VWS de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd om de organisatie van de langdurige zorg in Nederland in internationaal perspectief te plaatsen en vanuit die vergelijking beleidsaanbevelingen te doen. Dit rapport is u onlangs aangeboden².

Het kabinet geeft in deze brief een reactie op hoofdlijnen op beide adviezen. Deze reactie is de Kamer uiterlijk begin juni toegezegd³. Bij de reactie worden tevens twee recente studies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)⁴ betrokken. Zoals gezegd zal het kabinet geen nieuwe stelselwijzigingen of pakketveranderingen doorvoeren. Wel worden ter uitwerking van deze reactie op hoofdlijnen, een aantal activiteiten ondernomen om informatie te verzamelen waarmee het volgend kabinet een gedegen besluit kan nemen over de toekomst van de AWBZ.

¹ TK 2003-2004, 29 538, nr. 1

² TK 2005-2006, 26 631, nr. 164

³ Niet dossierstuk 2005-2006, VWS 0600753

⁴ CVZ: Toekomst AWBZ, Diemen 2004 en Zorg en participatie gegarandeerd, Diemen 2005

De Tweede Kamer heeft een motie van het kamerlid Vietsch (CDA)⁵ aangenomen die het kabinet vraagt de zorgkantoren op te heffen. Het kabinet heeft aangegeven hierover in 2006 een besluit te zullen nemen⁶. Het kabinet wil deze motie van de Kamer uitvoeren. Het kabinet zal echter, alvorens hiertoe definitieve stappen te kunnen zetten, nog wel met Zorgverzekeraars Nederland in overleg treden over alle praktische en juridische consequenties. Ook het CVZ en de NZa i.o. zullen worden geconsulteerd.

Uw Kamer heeft tot slot gevraagd om een reactie op het rapport 'Zorgverzekeraars en de AWBZ: Praktijk van de uitvoering'. Ook hierop wordt zoals toegezegd⁷ onderstaand een reactie gegeven.

Leeswijzer

Paragraaf 2 geeft allereerst aan aan welke uitgangspunten een stelsel van langdurige zorg en ondersteuning naar het oordeel van dit kabinet moet voldoen. Paragraaf 3 geeft een samenvatting van de adviezen van de IBO werkgroep en van de RVZ. Paragraaf 4 zet de reactie op hoofdlijnen van het kabinet op deze adviezen uiteen. Paragraaf 5 gaat tenslotte in op de concrete maatregelen die dit kabinet neemt, ter voorbereiding van besluitvorming door het volgende kabinet.

2. Uitgangspunten voor langdurige zorg

Het kabinet wil zijn reactie op de rapporten bespreken tegen de achtergrond van de uitgangspunten die het hanteert wanneer het gaat om de manier waarop we in Nederland mensen met beperkingen een plaats geven in de maatschappij. Zo volwaardig mogelijke deelname aan de samenleving is de norm. Ondersteuning in de eigen regievoering kan daarvoor een voorwaarde zijn. Maar als regie over eigen leven echt niet (meer) kan, is een omgeving nodig die bescherming biedt en waar mensen een waardig leven kunnen leiden.

Het waarmaken van deze maatschappelijke 'missie' vraagt de inzet van veel mensen en organisaties: in de eerste plaats familie, vrijwilligers, mantelzorgers en professionals. Maar ook organisaties: zorgaanbieders, verzekeraars, cliëntorganisaties, welzijnsinstellingen, woningcorporaties, gemeenten, provincies, scholen en bedrijven.

Het kabinet wil deze partijen een kader bieden om dat te kunnen doen: een set van heldere spelregels en een financieel kader. Dat is nodig omdat kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning voor diegenen die daarop aangewezen zijn niet vanzelf tot stand komt. De aard van het product en de beperkingen van de mensen waar het hier om gaat brengen met zich mee dat er voor deze vormen van zorg nooit sprake kan zijn van marktwerking zonder publieke randvoorwaarden, zoals dat met veel andere producten wel het geval is. Bepaalde medische handelingen moeten altijd voorbehouden zijn aan daarvoor gekwalificeerd personeel; verzekeraars moeten worden verplicht iedereen te accepteren onder gelijke voorwaarden; voor zorgaanbieders zullen heldere normen voor verantwoorde zorg moeten gelden. De maatvoering van middelen en spelregels is afhankelijk van de drie publieke belangen die in onderlinge samenhang geborgd moeten zijn: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Deze begrippen zijn als zodanig abstracte 'containerbegrippen', daarom geeft het kabinet hieronder eerst aan wat het ermee bedoelt.

⁵ TK 2003-2004, 29 200, nr. 86

⁶ TK 2003-2004, 26 631, nr. 91

⁷ Niet dossierstuk 2005-2006, VWS 0600777

Toegankelijk

Zorg en ondersteuning moeten toegankelijk zijn. Maar wat betekent dat? In de visie van het kabinet betekent dat in de eerste plaats dat mensen moeten weten waar ze terecht kunnen wanneer ze ondersteuning of zorg nodig hebben. Daarbij mogen we er niet van uitgaan dat iedereen vanzelfsprekend het onderscheid in systemen kent dat we om bestuurlijke redenen terecht maken. Mensen moeten vervolgens ook daadwerkelijk (met een integrale blik) geholpen worden en niet te lang op een wachtlijst terecht komen, van het kastje naar de muur worden gestuurd of verstrikt raken in de bureaucratie.

En als ze geholpen worden moeten mensen ook kunnen snappen waarmee ze 'geholpen' worden, waar ze recht op hebben en wat ze nou precies krijgen. Dat moet in gewone mensentaal en niet in onleesbaar vakjargon duidelijk gemaakt worden.

Het kabinet vindt dat dit vraagt om één voor burgers herkenbare 'voordeur': een brede en sterke eerste lijn dicht bij mensen (fysiek of virtueel). Die voordeur heeft drie functies: de diagnostische functie in brede zin (ten aanzien van ziekte, beperkingen en sociale aspecten); de hulpfunctie in brede zin (behandeling, medicijnen voorschrijven, begeleiding, coördinatie, bemiddeling, advisering; de doorverwijsfunctie (poortwachterfunctie, indicatiestelling).

In de tweede plaats moet er voldoende aanbod zijn in verschillende smaken en soorten, zodat er ook echt wat te kiezen valt. Daarvoor is voldoende goed bereikbare informatie nodig over wat zorgaanbieders, hulpverleners, gemeenten en verzekeraars te bieden hebben. Zij moeten daar transparant in zijn. Cliënten (of hun vertegenwoordigers) moeten bovendien zelf (mede) vorm kunnen geven aan de zorg en ondersteuning, of dat nou in de eigen woonomgeving is of in een beschermde institutionele omgeving. En cliënten moeten ook hun mening kunnen geven over de geleverde zorg en ondersteuning en verbeteringen kunnen afdwingen.

Het kabinet vindt dat dit vraagt om sterke deregulering van het aanbod: vrije toetreding, prestatiebekostiging, eenvoudige transparante verantwoording, ruimte voor professionals en cliënten om concrete invulling te geven aan zorg en ondersteuning, versterking van de positie van de cliënt.

Kwalitatief goed

Zorg en ondersteuning moeten kwalitatief goed zijn. Maar wat is goed? Daarvoor moeten in de eerste plaats alle partijen het met elkaar eens worden over normen voor kwaliteit en over de onderliggende visie wat kwaliteit is en de daaruit voortvloeiende indicatoren om die te meten. We moeten daarom naar de kwaliteit van de hele zorg- en ondersteuningsketen kijken en niet alleen naar de kwaliteit van afzonderlijke handelingen. Zorg of ondersteuning is zo goed als cliënten of hun vertegenwoordigers dat zelf vinden. Maar cliënten moeten wel redelijkerwijs in staat zijn om tot een oordeel te komen. Daar zit een grens aan. Is de veiligheid in het geding, dan is een professioneel oordeel onontbeerlijk. Die verantwoordelijkheid ligt bij de professionals en bij het toezicht door de IGZ. Het professionele oordeel over wat goede of minder goede zorg en ondersteuning is moet wel 'evidence based' zijn.

Het kabinet vindt dat dit vraagt om eenheid van taal zoals daar bijvoorbeeld in de verpleging en verzorging al een begin mee is gemaakt. Normen voor verantwoorde zorg moeten ontwikkeld en naar alle sectoren uitgebreid worden. Er moeten ook normen komen voor een verantwoorde keten van zorg en ondersteuning. De professionele beoordeling is gericht op de veiligheidsaspecten van de zorg. Voor het overige is het cliëntoordeel leidend. Inkoop- en financieringssystemen moeten zo zijn ingericht dat aanbieders op prijs én kwaliteit moeten concurreren.

Betaalbaar

Zorg en ondersteuning moeten tenslotte ook betaalbaar zijn. Hiervoor is een doelmatige organisatie cruciaal. Dat mag geëist worden van elke voorziening die op basis van maatschappelijke solidariteit wordt betaald. We vragen immers de belasting- dan wel de premiebetalers een deel van hun inkomen op te geven ten gunste van een deel van de samenleving. Om die solidariteit vol te houden moet steeds duidelijk worden gemaakt dat elke euro zorg en ondersteuning goed wordt besteed. Beelden op tv of verhalen in de krant over slechte kwaliteit, extreem hoge salarissen, van mensen waarvan iedereen zegt "die kunnen het toch best zelf betalen", van wel je pgb inleveren maar er te weinig voor terugkrijgen, tasten de geloofwaardigheid aan en daarmee de bereidheid in de samenleving om solidariteit op te brengen. De zorgkosten stijgen en het aantal mensen dat 'geeft' in plaats van 'neemt' wordt door de vergrijzing en ontgroening relatief kleiner. Dit trekt een sterke wissel op die solidariteit.

Doelmatigheid betekent dat van mensen zelf en van hun omgeving terughoudendheid in het gebruik van collectief gefinancierde zorg en ondersteuning mag worden gevraagd, dat verantwoordelijkheden helder moeten zijn. Het betekent ook dat de toegang tot de collectief gefinancierde zorg en ondersteuning altijd kritisch bekeken mag worden.

Het kabinet vindt dat in de beoordeling van zorg en ondersteuningsbehoefte subsidiariteit voorop staat: eerst kijken wat mensen en hun omgeving naar draagkracht zelf kunnen, lokale ondersteuning waar nodig en verzekerde zorg waar ondersteuning niet genoeg meer is. De toegang tot langdurige zorg en ondersteuning moet objectief geïndiceerd worden.

Doelmatigheid betekent ook dat van de uitvoerders een scherpe neus voor prijs/kwaliteit verhouding mag worden gevraagd en dat zij geprikkeld worden om doelmatig te handelen. Het systeem moet partijen een belang geven de zorg doelmatig te organiseren. Deze partijen moeten ook voortdurend streven naar innovaties die de zorg en ondersteuning betaalbaar houden. Veel vernieuwingen (vooral IT gerelateerd zoals telemedecine, telenursing et cetera) bestaan al lang, maar worden in de praktijk nog onvoldoende breed toegepast. De organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning zou dergelijke innovaties lonend moeten maken.

Het kabinet vindt dat (financierings-, verantwoordings)systemen zo moeten zijn ingericht, dat deze doelmatig gedrag belonen. Dat betekent ook dat innovaties en grootschalige toepassing daarvan moet lonen voor de initiatiefnemers. Prestaties zullen daarvoor outcome-gerelateerd moeten worden omschreven.

Samenvattend bestaat het toetsingskader voor goede toegankelijke en doelmatige zorg en ondersteuning in de visie van het kabinet uit de volgende punten:

1. voor burgers moet er één voordeur zijn: een brede en sterke eerste lijn;
2. ruimte voor alle partijen, transparantie en zeggenschap voor cliënten;
3. één taal voor kwaliteit in alle sectoren en prikkels om op prijs én kwaliteit te concurreren;
4. objectieve indicatiestelling op basis van redelijke toegangsnormen;
5. een organisatie en bekostiging van zorg en ondersteuning die efficiënt gedrag beloont.

3. De rapporten

Deze paragraaf geeft kort de kern weer van de rapporten van de IBO-werkgroep en de RVZ. Het volledige IBO-rapport treft u bij deze brief. Het RVZ-rapport heeft u al. Ook wordt kort de inhoud van de beide CVZ-adviezen over de toekomst van de AWBZ weergegeven.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

De RVZ neemt als uitgangspunt dat het beleid er op gericht moet zijn dat mensen met beperkingen zo veel mogelijk 'normaal' kunnen participeren in de samenleving. De huidige AWBZ is naar het oordeel van de RVZ zo breed dat ze zelfredzaamheid en participatie onvoldoende stimuleert. Er is overlap met andere voorzieningen en daardoor afwenteling van en naar aanpalende regelingen. Gezien het brede karakter van de AWBZ en het gebrek aan concurrentieprikkels in de uitvoering wordt de AWBZ onhoudbaar. Participatie moet naar het oordeel van de RVZ allereerst mogelijk gemaakt worden met een brede werking van de Wet gelijke behandeling en de introductie van een 'participatiebudget'. Ondersteuning bij zaken als huishoudelijke hulp, welzijn, en persoonlijke verzorging moeten mensen in eerste instantie zelf regelen. Wanneer dat niet mogelijk is, is het de taak van de gemeente hulp te bieden. De Wmo moet volgens de RVZ fors uitgebreid worden. Dit is volgens de RVZ ook in overeenstemming met de stelsels in de ons omringende landen, waar men een onderscheid maakt tussen zorg en ondersteuning, maar care en cure combineert. Zorg (cure en care) behoort in de Zvw verzekerd te worden en uitgevoerd te worden door concurrerende verzekeraars. De AWBZ kan dan worden afgeschaft. Onder andere een sterke eerste lijn en de mogelijkheid voor een participatiebudget moet een brug bieden tussen zorg en ondersteuning.

Interdepartementaal Beleidsonderzoek AWBZ

Het IBO-rapport neemt het bestaande voorzieningenniveau als een gegeven en stelt vervolgens de vraag of deze voorzieningen op dit moment zo georganiseerd zijn dat ze de optimale prijs/kwaliteitsverhouding bieden. De werkgroep stelt vast dat de uitvoerders van de AWBZ weinig financiële prikkels hebben om doelmatig te werken en dat er een onduidelijke afbakening met aanpalende terreinen is. Het IBO rapport benadrukt de noodzaak om uit een oogpunt van beheersbaarheid de organisatie van de AWBZ aan te passen. Het IBO-rapport stelt dat de optimale uitvoeringsstructuur voor de zorg voor verschillende klantgroepen anders kan zijn. Samenhangende zorg en ondersteuning moeten zoveel mogelijk onder één sturingsregime worden gebracht. Er blijft echter altijd sprake van een schot tussen zorg en het gemeentelijke domein; de gemeente wordt nooit verantwoordelijk voor alle zorg (inclusief curatieve zorg) en de verzekeraar zal evenmin verantwoordelijk kunnen worden voor alle ondersteuning (inclusief bijvoorbeeld huishoudelijke zorg en mobiliteit). De IBO-werkgroep geeft aan dat de 'knip' tussen zorg en ondersteuning moet komen waar dat het meest doelmatig is: waar is de samenhang met het lokale domein het grootst en waar met zorg? Nader onderzoek en de Wmo pilots moeten volgens de werkgroep duidelijkheid geven over de vraag of en hoe er meer op ondersteuning gerichte onderdelen van de AWBZ naar de Wmo zouden moeten worden overgeheveld. Daarnaast heeft de IBO-werkgroep bekeken in hoeverre het doelmatig is zorgelementen naar de Zvw over te hevelen. De zorg voor ouderen en chronisch zieken heeft volgens de werkgroep veel samenhang met de curatieve zorg. Wanneer ouderen in staat zijn goede keuzes te maken en een risicovereveningsmodel mogelijk is - volgens de werkgroep nader uit te werken, maar niet onmogelijk - beveelt de werkgroep aan deze zorg naar de Zvw over

te hevelen. Daarvan gaan de meeste prikkels uit. Voor gehandicapten en mensen met een chronische psychische stoornis lijkt het lastiger aan de gestelde eisen te voldoen. Ook is niet duidelijk of er voor deze groepen (in potentie) voldoende concurrerend zorgaanbod is om hier de gereguleerde marktwerking te kunnen invoeren die bij de Zvw hoort. Delen van deze zorg (bijvoorbeeld zorg voor licht gehandicapte jongeren) kunnen wellicht naar gemeenten over. Voor andere delen van de zorg voor gehandicapten en mensen met een chronisch psychische stoornis is volgens de IBO-werkgroep wellicht sturing op landelijk niveau wenselijk of uitvoering door verzekeraars, maar met een beperkte(re) mate van risicodragendheid.

De IBO-werkgroep gaat er, net als de RVZ, van uit dat, mits aan de randvoorwaarden kan worden voldaan, in de volgende kabinetsperiode concrete maatregelen kunnen worden getroffen om delen van de AWBZ over te hevelen naar Zvw of Wmo. Op korte termijn dient er volgens de werkgroep nader onderzoek te worden uitgevoerd naar de randvoorwaarden voor eventuele overhevelingen en dient beleid te worden uitgevoerd dat in elk model goed is, zoals de invoering van prestatiebekostiging en het transparant maken van kwaliteit.

College voor zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft twee rapporten over de toekomst van de AWBZ gepubliceerd⁸. Het CVZ vindt dat de ondersteunende functies (huishoudelijke zorg, ondersteund wonen, grootste deel begeleiding) naar de Wmo moeten en de zorggerichte functies (behandeling, verpleging, persoonlijke verzorging, en noodzakelijk verblijf) naar de Zvw. De AWBZ kan dan verdwijnen en zo is er meer samenhang binnen zorg (Zvw) en ondersteuning (Wmo) en daardoor ook minder bureaucratie. Het CVZ wil nader onderzoeken waar de 'knip' tussen zorg en ondersteuning en tussen wonen en verblijf precies moet komen om de burger daar zo min mogelijk hinder van te laten ondervinden.

Algemeen beeld

De rapporten verschillen weliswaar in de vraagstelling, de invalshoeken en de concrete voorstellen, maar komen alle tot de conclusie dat de huidige organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning tekort schiet en op termijn niet houdbaar zal zijn. De rapporten bepleiten om, onder randvoorwaarden, belangrijke onderdelen van de AWBZ naar de Zvw en Wmo over te hevelen. De rapporten ondersteunen daarmee de koers die het kabinet heeft ingezet met de zogenaamde contourenbrief Wmo van 23 april 2004 'Zorg en maatschappelijke ondersteuning'⁹ en doen voorstellen meer onderdelen van de AWBZ naar Wmo en Zvw over te hevelen.

4. Reactie op de rapporten

In deze paragraaf toetst het kabinet de voorstellen in de rapporten aan de visie van het kabinet om de publieke belangen op een goede manier te waarborgen.

4.1 één voordeur: een brede en sterke eerste lijn

Voordat de vraag aan de orde komt naar een doelmatige inrichting van het stelsel van langdurige zorg is het goed stil te staan bij de perceptie van de burger. Het kabinet vindt dat er onderscheid moet zijn tussen een 'front office' en een 'back office'. Bestuurlijk is het begrijpelijk dat er binnen het stelsel van zorg- en ondersteuning verschillende regelingen zijn,

⁸ CVZ: 'Toekomst AWBZ', Diemen 2004 en 'Zorg en participatie gegarandeerd', Diemen 2005

⁹ TK 2003-2004, 29 538, nr. 1

uitgevoerd door verschillende partijen (de 'back office'). Burgers mogen daar echter geen last van hebben: zij moeten op een toegankelijke wijze integraal weten waar zij recht op hebben, waar zij dat recht kunnen halen en niet onnodig worden belast (de 'front office'). Een brede en krachtige eerste lijn is een nadrukkelijk pleidooi van de RVZ. Het kabinet steunt die zienswijze. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft zijn visie op een toekomstbestendige eerste lijn verschillende malen uiteengezet¹⁰ en heeft een intentieverklaring voor de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg samen met partijen in de eerste lijn getekend.

De RVZ zet de noodzaak van een sterke eerste lijn in het perspectief van koppeling van verzekerde zorg enerzijds en maatschappelijke ondersteuning anderzijds en gaat daarbij uit van opheffing van de AWBZ. Het kabinet neemt dat laatste (opheffen van de ABWZ) niet over. Maar het kabinet is wel van mening dat een sterke eerste lijn waar preventie, vroegdiagnostiek, behandeling, bemiddeling en poortwachters- cq indicatiefunctie bijeen komen een robuuste oplossing voor de toekomst is. Een goede laagdrempelige organisatie aan de 'voordeur' maakt de organisatie aan de 'achterdeur' voor de cliënt ook minder belangrijk. Dan maakt het niet uit uit welk 'potje' een voorziening betaald wordt, als hij of zij maar geholpen wordt. Het kabinet vindt dit een perspectiefrijke richting die nader uitgewerkt moet worden wat betreft de concrete gevolgen voor de verschillende systemen, de afstemming daartussen en de financiële gevolgen. De huidige samenwerking is er vooral een van de verschillende eerstelijnsberoepen in de curatieve zorg. Het kabinet verwacht vooral winst in een bredere samenwerking tussen curatieve zorg, care en maatschappelijke ondersteuning.

4.2 ruimte voor partijen: heldere verantwoordelijkheden, transparantie en zeggenschap

Ruimte voor partijen vergt dat verantwoordelijkheden glashelder zijn. Rechten scheppen verplichtingen, lusten veroorzaken ook lasten. Diffuse verantwoordelijkheden kunnen leiden tot onbeheersbaarheid of tot afwentelinggedrag. Zij lokken een spiraal van sturende regelgeving uit. Dit was een van de leidende thema's in de zogenoemde 'contourenbrief' van 23 april 2004 van het kabinet over een bestendig stelsel van langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

Wet gelijke behandeling

De RVZ benadrukt de noodzaak van een brede werking van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ) voor de participatie van mensen met beperkingen in de maatschappij. Het kabinet erkent dat gelijke behandeling een bijdrage levert aan de participatie van mensen met beperkingen. De wet geldt nu voor de terreinen arbeid en beroepsonderwijs. De WGBG/CZ is een aanbouwwet. De bedoeling is het toepassingsbereik op termijn te verbreden. Over de stappen die nodig zijn voor mogelijke toekomstige uitbreiding met het terrein aanbieden van goederen en diensten wordt de Tweede Kamer in de zomer geïnformeerd. Met betrekking tot de uitbreiding van de wet met het terrein wonen zal de Tweede Kamer dit najaar een wetsvoorstel ontvangen.

Zorg en ondersteuning

Het kabinet hanteert in de genoemde 'contourenbrief' bewust het onderscheid tussen zorg (verzekerde domein) en ondersteuning (lokale domein). Dat was de aanleiding voor het indienen van het wetsvoorstel Wmo. Dit blijft het uitgangspunt van het kabinet. De RVZ, de IBO-werkgroep en het CVZ vinden ook dat de Wmo bijdraagt aan een beter stelsel voor zorg en ondersteuning. Alle adviezen doen ook voorstellen voor een verdere

¹⁰ TK 2003-2004, 29 247, nr. 4

uitbreiding van de taken van gemeenten en van zorgverzekeraars. De RVZ en het CVZ vinden dat de AWBZ dan kan worden opgeheven.

Zoals aangegeven zal het kabinet geen nieuwe stelselwijzigingen of pakketveranderingen doorvoeren. Het kabinet houdt vast aan de eerder uitgezette koers zoals uiteengezet in de hiervoor genoemde 'contourenbrief' en de uitkomsten van de parlementaire behandeling van de Wmo. Dat betekent: de Wmo gaat naar verwachting op 1 januari 2007 in en bevat uit de AWBZ alleen de huishoudelijke verzorging. Pilots ten aanzien van de functies ondersteunende en activerende begeleiding moeten duidelijk maken hoe deze functies het beste vanuit de AWBZ naar de Wmo zouden kunnen gaan. Het CVZ wil ook nader onderzoek doen naar de knip tussen zorg en ondersteuning.

De IBO-werkgroep steunt deze lijn. Ook vindt de IBO werkgroep het verstandig eerst de Wmo (goed) te laten werken en te kijken hoe dat loopt, alvorens haar verder uit te breiden. Het kabinet is het niet eens met het voorstel van de RVZ om een eigen belastinggebied voor gemeenten als voorwaarde te koppelen aan mogelijke overheveling van taken naar de Wmo. Gemeenten kunnen, ook bij overheveling van nieuwe taken naar de Wmo, met andere maatregelen worden gecompenseerd. De samenstelling van het belastinggebied van gemeenten wordt overigens gezien naar aanleiding van de motie Engels¹¹

Positie zorgkantoren

Heldere verantwoordelijkheden gaan ook over de positie van het zorgkantoor in de uitvoering van de AWBZ. De motie Vietsch vraagt het kabinet de zorgkantoren af te schaffen. Het kabinet heeft toegezegd daarover nog dit jaar een standpunt te bepalen.

Het CTZ heeft geconstateerd dat de zorginkoop over het algemeen voldoet aan de gestelde eisen¹². Ook ZN vindt dat de zorgkantoren ondanks de vele sturingsdiscussies over de AWBZ en de daarmee gepaard gaande onzekerheden, goed werk blijven leveren¹³.

Toch vindt het kabinet dat de constructie van het zorgkantoor met een regionaal monopolie de ontwikkeling naar een meer marktgerichte oriëntatie in de weg staat. De Tweede Kamer heeft ook uitgesproken dat de contracteerplicht alleen kan worden opgeheven als ook het regionale monopolie van het zorgkantoor verdwijnt. De huidige organisatie van de AWBZ met zorgkantoren impliceert een vrij zware bemoeienis van de overheid die vooraf helder maakt welke prestaties van zorgkantoren worden verwacht en achteraf in het toezicht controleert of de prestaties zijn geleverd (en zondig sancties oplegt). De IBO-werkgroep pleit voor een overheid op afstand en effectievere vormen van beïnvloeding waarbij de uitvoerder door de klant wordt aangespoord tot de meest optimale prestatie, waar mogelijk gekoppeld aan financiële prikkels. Dat pleit er voor de taken van zorgkantoren op termijn uit te laten voeren door individuele verzekeraars waardoor burgers ook voor hun AWBZ-zorg kunnen kiezen tussen verzekeraars, verzekerden dan voor Zvw en AWBZ één aanspreekpunt hebben, verzekeraars zich ook op de uitvoering van de AWBZ kunnen profileren en verzekeraars de aansluiting tussen cure en care kunnen verbeteren.

Het kabinet wil daarom de huidige concessies die aan zorgkantoren zijn verleend in principe niet meer verlengen. Dat zou betekenen dat in 2009 de constructie van het zorgkantoor vervalft. Individuele verzekeraars voeren dan zowel de Zvw als de AWBZ uit voor hun verzekerden. Het kabinet wil daarbij niet vooruit lopen op verschuivingen van pakketten van de AWBZ naar de Zvw. De uitvoering zal in eerste instantie risicoloos c.q. risicoarm zijn, net

¹¹ EK 2005-2006, 30 096

¹² CTZ: 'Zorginkoop zorgkantoren', Diemen 2005

¹³ Zorgverzekeraars Nederland: 'Zorgverzekeraars en de AWBZ: praktijk van de uitvoering', Zeist, maart 2006

zoals nu bij het zorgkantoor. Het afschaffen van de zorgkantoren is echter wel een noodzakelijke stap om op termijn de uitvoering (deels) risicodragend te maken. Tot dat moment zullen doelmatigheidsprykkels op andere manieren moeten worden gerealiseerd¹⁴. Het volgend kabinet moet een besluit kunnen nemen over eventuele verdere overheveling van AWBZ-zorg naar Zvw of Wmo, of het introduceren van risicodragendheid in de AWBZ. In paragraaf 4.5 wordt hierop nader ingegaan. Wel gaat het kabinet er van uit dat een voor de verzekerden duidelijker gezicht in plaats van het anonieme zorgkantoor aanleiding voor verzekeraars zal zijn de AWBZ doelmatig en met oog voor kwaliteit uit te voeren.

Het door verzekeraars laten uitvoeren van de AWBZ heeft vanzelfsprekend wezenlijke gevolgen voor de verzekeraars. Voldoende draagvlak bij verzekeraars is dus noodzakelijk. Het kabinet zal daarom – voor definitieve stappen te zetten - in overleg treden met Zorgverzekeraars Nederland om alle (o.a. praktische, juridische en administratieve lasten-) consequenties in kaart te brengen en te beoordelen. Ook is onderdeel van de besluitvorming dat de NZa i.o. en het CVZ worden geconsulteerd over het voorstel om de taken van de zorgkantoren per 2009 over te hevelen naar individuele verzekeraars en zal worden bezien hoe (de huidige wijze van) kostenbeheersing in de AWBZ kan worden voortgezet zonder zorgkantoren¹⁵. Tot slot zijn duidelijke afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling en regievoering tussen lokale partijen van belang wanneer het regionale zorgkantoor verdwijnt.

Scheiden wonen en zorg, integrale tarieven en prestatiebekostiging

Nederland kent relatief veel intramurale zorg, zo blijkt onder andere uit de internationale vergelijking van de RVZ. Toch willen mensen het liefst in de eigen omgeving blijven wonen. Het IBO-rapport geeft aan dat het koppelen van wonen aan zorg in combinatie met de contracteerplicht er toe leidt dat de burger zowel met betrekking tot zijn woonbehoefte als met betrekking tot zijn zorgvraag relatief weinig keuzemogelijkheden heeft. Wanneer mensen 'gewoon' huur betalen (al dan niet met huurtoeslag) of een woning kopen kan men kiezen waar en hoe ruim men wil wonen en wie zorg levert. Alle rapporten ondersteunen het scheiden van wonen en zorg, maar verschillen in de maatvoering daarbij.

Het kabinet vindt dat het scheiden van wonen en zorg moet doorgaan en zal de Kamer, op uw verzoek, in dat verband nog voor de zomer een brief over de voortgang bij het scheiden van wonen en zorg sturen met concrete maatregelen. In dit verband is in de nota "Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing"¹⁶ ook aangekondigd dat in 2006 nadere verkenningen worden uitgevoerd naar de (financiële) gevolgen van het zoveel mogelijk financieel scheiden van wonen en zorg, waar het IBO-rapport voor pleit. Waar wonen en zorg (nog) niet goed te scheiden zijn, zal het kabinet zoals eerder aangekondigd de kapitaallasten integraal onderdeel maken van het tarief voor zorg¹⁷. Op die manier kunnen aanbieders worden afgerekend op de geleverde zorg. Wanneer de taken van de zorgkantoren zijn overgeheveld naar individuele verzekeraars zal tot slot ook voor de

¹⁴ Verzekeraars kunnen bij een slechte uitvoering van de AWBZ klanten kwijtraken en reputatieschade oplopen. Daarnaast kan, tot er financiële prykkels zijn, worden gedacht aan maatstafconcurrentie en prestatieafspraken met verzekeraars.

¹⁵ Dit zou bijvoorbeeld kunnen door in plaats van de huidige contracteerruimte per zorgkantoor een contracteerruimte per verzekeraar vast te stellen. Ook de introductie van bijvoorbeeld maatstafconcurrentie kan bijdragen aan een doelmatigere uitvoering van de AWBZ.

¹⁶ TK 2004–2005, 29 389, nr. 5.

¹⁷ Uitwerking van dit voornemen is te vinden in de nota 'Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg', TK 2004-2005, 27 654, nr. 52.

intramurale zorg de verplichting dat verzekeraars alle aanbieders een contract moeten aanbieden – de contracteerplicht - worden afgeschaft.

Cliëntgebonden financiering

Het IBO-rapport ziet cliëntgebonden financiering als een variant in de bekostiging van zorg. Deze variant is volgens de werkgroep in beginsel in verschillende systemen toepasbaar. De RVZ pleit er voor dat mensen kunnen kiezen voor een pgb binnen de Wmo en de Zvw (met cure en care). Het kabinet ziet in cliëntgebonden financiering een mogelijkheid om tot cliënt gestuurde zorg te komen. Er zijn twee basisvarianten:

- het persoonsgebonden budget. De klant krijgt een budget op eigen rekening en is opdrachtgever of werkgever. Er is geen sprake van zorg in natura;
- het persoonsvolgend budget. Hier blijft sprake van zorg in natura. De cliënt kiest de aanbieder waar hij de geïndiceerde zorg wil ontvangen. Het zorgkantoor keert deze aanbieder de voor deze zorg overeengekomen prijs uit. De klant hoeft, in tegenstelling tot het pgb, het budget niet zelf te beheren en hij wordt ook geen werkgever.

Het kabinet maakt - zoals eerder aangegeven¹⁸ - cliëntgebonden financiering voor zorg met verblijf mogelijk met het per 1 januari 2007 in te voeren systeem van zorgzwaarte bekostiging. Hierbij blijft de naturaverzekering, waarin zorgkantoor en zorgaanbieder over de prijs en kwaliteit van zorg onderhandelen, het uitgangspunt. De zorgaanbieder wordt vervolgens bekostigd op basis van de omvang en zorgzwaarte van zijn populatie. De klant heeft de ruimte om met de zorgaanbieder afspraken te maken over de precieze invulling van de zorg. In de extramurale AWBZ zorg wordt er al afgerekend op geleverde zorg. Binnen AWBZ en - voor de individuele voorzieningen - het wetsvoorstel Wmo kan men tot slot kiezen voor een pgb.

Cliëntorganisaties hebben voor de invoering van een persoonvolgende bekostiging gepleit waarbij de klant niet alleen met de zorgaanbieder afspraken maakt over de te leveren zorg, maar ook over de prijs daarvan. De inkooprol van het zorgkantoor, c.q. de zorgverzekeraars vervalt dan. Het kabinet wijst dat niet op voorhand af, maar is van mening dat de gevolgen daarvan eerst goed in kaart moeten worden gebracht. Een dergelijk systeem vraagt veel van de mogelijkheden van mensen met een beperking, of hun zaakwaarnemers, om te kunnen onderhandelen over prijs en kwaliteit, vergroot de transactiekosten, staat op gespannen voet met de wettelijke zorgplicht van verzekeraars en ook is het de vraag hoe in een dergelijk systeem kostenbeheersing moet worden vormgegeven. De IBO-werkgroep vindt om deze redenen dat het model waarbij de klant zelf zorg inkoop niet als basis moet worden genomen, maar binnen een verzekeringssysteem een modaliteit kan zijn (restitutiepolis, pgb etc.).

Het kabinet is niet op voorhand overtuigd dat de publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voldoende gewaarborgd zijn in een systeem waarbinnen het contracteren van zorg door verzekeraars - en daarmee de zorgplicht - niet langer centraal staat. Dit laat onverlet dat klanten binnen de bestaande systemen maximale ruimte moeten hebben om hun eigen zorgbehoefte in te vullen. Het kabinet wil de gevolgen en voor- en nadelen van het volledig invoeren van het principe dat mensen zelf zorg moeten inkopen, dus het afschaffen van de naturazorg, voor de verschillende doelgroepen in de AWBZ wel nader in kaart brengen.

¹⁸ TK, 2005-2006, 26 631, nr. 169 en DLZ/ZZB-2690042, d.d. 2 juni 2006

4.3 één taal voor kwaliteit en prikkels om op prijs én kwaliteit te willen concurreren

Het borgen van kwaliteit is volgens de IBO-werkgroep nodig, ongeacht welk systeem er is. Dat vindt het kabinet ook. Inmiddels zijn daarvoor al de eerste stappen gezet: de ontwikkeling van indicatoren voor verantwoorde zorg in de verpleging en verzorging dient als voorbeeld voor andere sectoren. Het streven is om in 2007 te beschikken over de eerste gegevens over kwaliteit van zorg in de V&V sector. De andere sectoren zullen op hetzelfde pad volgen.

4.4 Objectieve indicatiestelling op basis van redelijke toegangsnormen

In de verschillende rapporten wordt gesteld dat de indicatiestelling voor de zorg, die vanuit de AWBZ wordt overgeheveld, wordt uitgevoerd zoals dat is vastgelegd in het systeem van de wet waar de aanspraken worden ondergebracht. Voor de RVZ en het IBO-rapport betekent het dat voor die onderdelen die onder de systematiek van de Zvw worden gebracht de indicatiestelling door de professional gebeurt en voor die delen die onder de Wmo worden gebracht door de gemeente. Het CVZ constateert dat onafhankelijke indicatiestelling ook in de Zvw nodig kan zijn voor wat thans AWBZ-zorg is, om de vereveningsbijdrage te bepalen.

Objectieve indicatiestelling

Het kabinet vindt dat een objectieve indicatiestelling met centrale protocollering voor langdurige AWBZ-zorg moet blijven bestaan. In de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning staat de kwaliteit van leven centraal en niet de kwaliteit van een ingreep, zoals bij de curatieve zorg. Het kabinet vindt dat de cliënt met een duidelijk omschreven recht afspraken met de aanbieder moet kunnen maken over de concrete invulling daarvan. Overigens deelt het kabinet wel de visie van de RVZ dat eerst gekeken mag worden wat mensen zelf nog kunnen. Spelregels over 'gebruikelijke zorg' moeten daarbij helder zijn en éénduidig worden uitgevoerd.

Niet bureaucratische uitvoering

Een objectieve indicatiestelling zorgt onvermijdelijk voor administratieve handelingen. Die lasten zijn relatief bescheiden: de huidige indicatiestelling beslaat slechts driekwart procent van de totale AWBZ-uitgaven. Toch vindt het kabinet dat de uitvoering nog soberder kan, door meer standaardisering en mandatering. Het CIZ is daar volop mee bezig. Het kabinet wil ook een duidelijker onderscheid tussen enerzijds het vaststellen van de beperkingen en anderzijds het daaraan verbinden van een rechtsgevolg: het afgeven van een indicatie. De beperkingen kunnen integraal vastgesteld worden aan de hand van de ICF-classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Het kabinet zal voorbereidingen treffen om dat zodanig te protocolleren, dat deze vaststelling ten eerste door meer daarvoor geaccrediteerde partijen kan worden gedaan en ten tweede door meerdere partijen (in zorg, onderwijs, arbeid) wordt aanvaard voor het verbinden van een recht daaraan.

4.5 Een doelmatige uitvoering waarin innovatie en productiviteitsverbetering lonen

Innovatie en toepassing van beschikbare informatie en communicatie technieken zijn van groot belang voor een doelmatige inzet van middelen en voor de duurzaamheid van de zorg en ondersteuning op langere termijn. De contraproductieve werking van bekostiging van gemaakte uren, waarbij het voor een instelling wel loont om veel uren zorg te leveren, maar niet om een doelmatige oplossing te kiezen die juist zorguren bespaart, zal daarbij onder de loep worden genomen. Door de vergrijzing zal vooral het personeelsprobleem worden vergroot. Fysieke inzet van personeel zal daar moeten plaatsvinden waar echt geen alternatieven voor handen zijn. Aanbieders van zorg en ondersteuning moeten daarvoor prikkels ervaren.

Het IBO-rapport noemt vooral het ontbreken van (financiële) prikkels in het systeem een zwakte van de huidige uitvoeringsstructuur. Geen enkele partij heeft een belang de zorg zo doelmatig mogelijk te organiseren. De IBO-werkgroep vindt dat de delen van de AWBZ-zorg die verzekeraar zijn – dat wil zeggen, onder het risicovereveningsmodel van de Zvw kunnen worden gebracht - en waarvoor geldt dat mensen overwegend in staat zijn goede keuzes te maken en samenhang met de curatieve zorg sterk aanwezig is, het beste onder de gereguleerde marktwerking van de Zvw kunnen worden gebracht. Daarvan gaan de meeste prikkels uit. De IBO-werkgroep verwacht dat – zoals in paragraaf 3 uiteengezet - met name voor de zorg voor chronisch zieken en ouderen op termijn aan de voorwaarden voor gereguleerde marktwerking kan worden voldaan. Nadere studie moet dit volgens de werkgroep nog wel aantonen.

Met betrekking tot de zorg voor gehandicapten en mensen met een chronische psychiatrische stoornis vindt de IBO-werkgroep dat het minder waarschijnlijk is dat aan de randvoorwaarden van gereguleerde concurrentie kan worden voldaan. Als alternatieven komen naar voren: uitvoering door zorgverzekeraars, maar met een beperkte(re) mate van risicodragendheid dan voor de huidige Zvw-zorg, uitvoering door gemeenten of door het rijk. Het CVZ en de RVZ zijn overigens van mening dat ook de zorg voor gehandicapten en mensen met een chronische psychiatrische stoornis grotendeels onder de Zvw kunnen worden gebracht.

Het kabinet deelt de opvatting van de IBO-werkgroep dat de huidige vormgeving van de AWBZ niet de beste is uit het oogpunt van doelmatigheid en dat het ontbreken van voldoende prikkels in de uitvoering de houdbaarheid van de AWBZ onder druk zet. Verschillende maatregelen zijn daarom in voorbereiding of al genomen, zoals: het centraliseren van de indicatiestelling, de ontwikkeling van een op prestaties gerichte bekostiging, de normering en integratie van kapitaalslasten in het tarief, het vaststellen van kwaliteitsnormen en het bevorderen van transparantie.

Verdere overheveling van delen van de AWBZ naar Zvw en Wmo kan vervolgens inderdaad bijdragen aan een doelmatiger stelsel van langdurige zorg en ondersteuning door een betere samenhang in de zorg en ondersteuning en de introductie van financiële prikkels in de uitvoering. Niet zeker is echter in hoeverre en wanneer daadwerkelijk aan de in het IBO-rapport genoemde randvoorwaarden kan worden voldaan.

Het kabinet vindt dat over het overhevelen van onderdelen van de AWBZ naar de Zvw pas kan worden besloten als zeker is dat dat voor de burger iets oplevert in de vorm van betere zorg tegen lagere kosten en minder bureaucratie ten opzichte van handhaving van deze onderdelen in een (gemoderniseerde) AWBZ. Dat is het geval wanneer duidelijk is dat een andere organisatie de geleverde zorg beter en doelmatiger maakt, zonder dat ten koste gaat van de toegankelijkheid en de kwaliteit. Het kabinet is het eens met de IBO-werkgroep en het CVZ dat hiervoor op onderdelen nog nader onderzoek nodig is. Ook moeten nu eerst de Wmo en Zvw goed ingevoerd worden en moeten daarmee ervaringen mee worden opgedaan.

In paragraaf 5 worden concrete voorstellen gedaan om het voor het volgend kabinet mogelijk te maken een weloverwogen besluit te nemen over de toekomst van de AWBZ.

5. Conclusies en stappen voor nadere uitwerking

De verschillende rapporten ondersteunen de hoofdlijn van het kabinet in de 'contourenbrief' *'Op weg naar een bestendig stelsel van zorg en maatschappelijke ondersteuning'*. De rapporten doen tevens verdere voorstellen om zaken over te hevelen naar Wmo en Zvw. Het kabinet neemt hierover, zoals gezegd, geen besluit. Het kabinet deelt wel analyse van de rapporten dat de huidige (risicoloze) organisatie van de AWBZ niet de beste is uit het

oogpunt van doelmatigheid. Daarom wil het kabinet bouwstenen uitwerken zodat het volgend kabinet een weloverwogen besluit kan nemen over de toekomst van de AWBZ.

1. Het kabinet laat verdere stappen voor overheveling van ondersteunende functies uit de AWBZ naar de Wmo afhangen van ervaringen met de Wmo, nader onderzoek naar de samenhang tussen zorg en ondersteuning, de resultaten van de pilots en de eventuele nadere verheldering van de aanspraken ondersteunende- en activerende begeleiding. Ook zal het kabinet in dit verband aandacht besteden aan de gevolgen van eventuele verzwaring van de taken van gemeenten voor de gemeentelijke regierol, de bestuurskracht en bekostiging van gemeenten. In bijlage 1 wordt op hoofdlijnen aangegeven welke onderzoeken het kabinet wil laten doen om beter inzicht in deze onderwerpen te krijgen.
2. Voor besluitvorming over pakketverschuivingen van de AWBZ naar de Zvw vindt het kabinet het nog te vroeg. Daar moet eerst nader onderzoek en overleg met betrokken partijen over plaatsvinden. Meer ervaring met de werking van de Zvw, beter inzicht in de verzekeraarbaarheid van de verschillende onderdelen van de AWBZ, de koopkrachteffecten, de effecten voor werkgeverslasten en de juridische aspecten (inclusief Europees recht) zijn nodig voor het maken van een keuze verantwoord is. In bijlage 1 wordt op hoofdlijnen aangegeven welke onderzoeken het kabinet wil laten doen om beter inzicht in deze onderwerpen te krijgen.
3. Het kabinet wil de taken van de zorgkantoren na 2009 onderbrengen bij individuele verzekeraars. Het kabinet zal, voor definitieve stappen te zetten, overleggen met ZN over een zorgvuldige overgang, de uitvoeringsgevolgen, afspraken over de prestaties van verzekeraars en de invulling van het toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Ook de NZa i.o. en het CVZ worden geconsulteerd. Ook zijn duidelijke afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling en regie tussen lokale partijen van belang wanneer het regionale zorgkantoor verdwijnt. Als dan zal ook de contracteerplicht worden opgeheven. Dit belemmert het voorgenomen tijdpad voor de invoering van volledige prestatiebekostiging (inclusief kapitaallasten), zoals uiteengezet in de nota 'transparante en integrale tarieven' niet.
4. Het kabinet zal de mogelijkheden van een systeem dat cliëntgebonden financiering volledig tot uitgangspunt heeft (onverlet de mogelijkheden die hiertoe al zullen bestaan in 2007) nader onderzoeken en toetsen aan de randvoorwaarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

Een aantal verbeteringen is binnen elk systeem wenselijk. Deze onderwerpen zal het kabinet met kracht doorzetten of zal het waar nodig een tandje bijzetten:

5. Het kabinet kiest voor een krachtige eerste lijn en zal onderzoeken welke maatregelen binnen de bestaande systemen bijdragen aan het tot stand laten komen van een brede, krachtige en innovatieve eerste lijn.
6. Het huidige beleid ten aanzien van een éénduidige maatschappelijke verantwoording, transparantie voor burgers en prestatiebekostiging zal worden voortgezet. Ter versterking van de cliëntpositie is binnen de nieuwe bekostigingssystematiek voor de AWBZ zorg cliëntgebonden financiering mogelijk.
7. Het kabinet onderzoekt in het verlengde daarvan de mogelijkheden en voor- en nadelen van een participatiebudget.
8. Het kwaliteitsbeleid in het kader van ZorgvoorBeter wordt voortgezet. Voor alle sectoren in de langdurige zorg zullen indicatoren voor verantwoorde zorg worden

opgesteld. Tevens wordt bezien of indicatoren voor verantwoorde ketenzorg kunnen worden ontwikkeld.

9. Het kabinet handhaaft om de objectiviteit van de indicatiestelling te borgen een onafhankelijke positionering van de indicatiestelling in de AWBZ, maar streeft daarbij naar een zodanige protocollering van de feitelijke vaststelling van beperkingen aan de hand van de ICF-classificatie, dat die vaststelling door verschillende partijen kan worden uitgevoerd.
10. Het kabinet zal voorbereidingen treffen om investeringen in innovaties, zoals telezorg, voor de zorgaanbieders aantrekkelijk te maken. De contraproductieve werking van bekostiging van gemaakte uren zal daarbij onder de loep worden genomen.
11. Het kabinet treft voorbereidingen om, waar nodig, overige AWBZ aanspraken (verpleegartikelen, doventolken, voortgezet verblijf, prenatale zorg, neonatale screening en het rijksvaccinatieprogramma) de meest logische plek in het gezondheidszorgsysteem te geven.

6. Slot

Het kabinet reageert met deze brief op hoofdlijnen op de rapporten van de RVZ en de IBO-werkgroep en de CVZ-adviezen over de toekomst van de AWBZ. Duidelijk is dat veel nog moet worden uitgewerkt en overleg met partijen nodig is om verantwoorde, onderbouwde beslissingen te kunnen nemen. Dit kabinet zal zoveel als mogelijk is voorbereidingen treffen zodat het volgende kabinet die beslissingen verantwoord kan nemen. Daarom vindt het kabinet nu aanpassingen van het stelsel van zorg en ondersteuning voorbarig. Aan lopende verbeteringen werkt het kabinet ondertussen voortvarend door.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp

Bijlage 1: onderzoek randvoorwaarden en gevolgen overhevelingen naar Wmo en Zvw

Onderstaand worden de in paragraaf 5 genoemde acties ter voorbereiding op eventuele overhevelingen van AWBZ naar Zvw en/of Wmo kort nader uitgewerkt. In combinatie met nader overleg met partijen moet dit er toe leiden dat het nieuwe kabinet een weloverwogen besluit kan nemen over de vraag of het voordelig is bepaalde aanspraken van de AWBZ naar de Wmo of de Zvw over te hevelen of niet.

- 1 Er lopen dit jaar pilots in de Wmo die duidelijkheid moeten geven over de vraag op welke wijze een eventuele overheveling van de functies ondersteunende en activerende begeleiding naar de Wmo het beste kan worden vormgegeven.
- 2 Het CVZ wil in 2006 onderzoek doen naar de precieze samenhang tussen zorg en ondersteuning om een beter zicht te krijgen waar de 'knip' tussen deze domeinen optimaal is. In dit verband is ook onderzoek nodig naar de vraag waar er sprake is van samenhang tussen AWBZ zorg met enerzijds het gemeentelijke domein en anderzijds Zvw-zorg. Dit geeft inzicht in de (potentiële) synergiewinsten.
- 3 Er zal nader onderzoek worden gestart naar geobjectieerde informatie over kosten in relatie tot de kenmerken van de patiënten-/cliëntenpopulatie van elke verzekeraar. In de Zvw is deze kosteninformatie de basis voor het vereveningsmodel; de informatie zal op individueel niveau moeten worden verzameld en moet koppelbaar zijn aan (schade)gegevens van zorgverzekeraars. Hierdoor ontstaat er inzicht in de kostendrijvers van de AWBZ zorg. Deze informatie is ook nodig om verzekeraars ooit - desgewenst - risico te laten lopen over de AWBZ zorg en om - voor die tijd - te bezien of de contracteerruimte die nu per regio geldt ook op verzekeraars kan worden toegepast. Eerst zal moeten worden nagegaan welke informatie er al beschikbaar is of moet komen. Gedacht moet aan registreren van kosten of declaraties van zorginstellingen op individueel patiënten/verzekerdenniveau. Vervolgens kan voor (onderdelen van) de AWBZ worden bezien in hoeverre het daadwerkelijk mogelijk is om op basis van kenmerken van de cliëntpopulatie AWBZ kosten te voorspellen.
- 4 In de Wmo is geobjectieerde informatie over de kosten (i.c. oorzaken van verschillen in uitgavenniveaus) op gemeenteniveau van de huishoudelijke verzorging gebruikt in een verdeelmodel voor de gemeenten. Voor eventuele verdere overhevelingen moet met de verzameling van de benodigde gegevens zo snel mogelijk worden gestart. Indien de gegevens op dit moment niet voorhanden zijn, dan kan bezien worden in hoeverre op korte termijn een registratie kan worden opgezet.
- 5 Er zullen varianten worden uitgewerkt met betrekking tot de vraag welke effecten eventuele overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw of WMO heeft op de lastenverdeling voor burgers en werkgevers. Ook moet worden bezien hoe in geval van overheveling wordt omgegaan met eigen betalingen. De AWBZ kent eigen bijdragen, de Zvw een verplichte no claim teruggaveregeling en een vrijwillig eigen risico.
- 6 De belangrijkste juridische en uitvoeringstechnische gevolgen van eventuele overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw en Wmo worden in kaart gebracht. Hierbij wordt ook naar de gevolgen voor de gemeentelijke regierol en bestuurskracht gekeken.