

Vergaderjaar 2006–2007

30 597

AWBZ

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 oktober 2006

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 9 juni 2006 inzake de kabinetsvisie langdurige zorg (toekomst van de AWBZ) (30 597, nr. 1).

De op 15 september 2006 toegezonden vragen zijn, met de door de staatssecretaris bij brief van 25 oktober 2006 toegezonden antwoorden voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (Groep Nawijn), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GL), Koşer Kaya (D66), Van der Sande (VVD) en Van Oudenallen (Groep Van Oudenallen).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Willemsse-van der Ploeg (CDA), Vacature (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Van Eggershot (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD) en Vacature (LPF).

Inleiding

Hierbij stuur ik u de antwoorden op de vragen naar aanleiding van het regeringsstandpunt van het kabinet bij de rapporten van de IBO-AWBZ en de RVZ over de toekomst van de AWBZ.

Het kabinet heeft in de brief van 9 juni jl. (kamerstuk 30 597, nr. 1) aangekondigd dat er op een aantal onderwerpen een nadere uitwerking zou plaatsvinden. Mijn verwachting is dat de afronding daarvan in november 2006 kan plaatsvinden. Ik zal deze rapportage aan de Tweede Kamer doen toekomen.

Vragen en antwoorden

1

Waarom is de AWBZ op termijn niet meer houdbaar en is een structuur-oplossing daarvoor het antwoord?

Het kabinet geeft in de brief van 9 juni haar standpunt op hoofdlijnen bij de rapportage van de IBO-AWBZ werkgroep, de rapportage van de Raad voor de Volksgezondheid en het rapport van het College voor zorgverzekeringen. 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 achtergrond hiervan is dat de AWBZ enerzijds een breed karakter heeft en daardoor overlap vertoont met andere voorzieningen. Anderzijds is het zo dat de uitvoerders van de AWBZ weinig financiële prikkels ondervinden voor een doelmatige uitvoering en het bieden van meer keuzemogelijkheden voor de klant. Ten gevolge van de vergrijzing zal het aantal mensen dat een beroep zal willen doen op de zorg die nu via de AWBZ wordt aangeboden, naar verwachting stijgen. Dat maakt het belang van een goede uitvoeringsstructuur van de care alleen nog maar groter. De rapporten bepleiten om, onder randvoorwaarden, belangrijke onderdelen van de AWBZ naar de Zvw en Wmo over te hevelen. Aldus kan een betere samenhang ontstaan binnen de zorg (Zvw) en de ondersteuning (Wmo).

Het kabinet deelt de analyses in deze rapporten en de conclusie dat de huidige organisatie van de AWBZ niet de meest doelmatige is, maar heeft daaraan niet de conclusie willen verbinden om deze kabinetsperiode stelselwijzigingen of pakketveranderingen door te voeren. Wel wordt – ter uitwerking van de reactie – momenteel een aantal activiteiten ondernomen om informatie te verzamelen waarmee het volgende kabinet een gedegen besluit kan nemen over de toekomst van de AWBZ.

2

Waarom is handhaven van de AWBZ als volksverzekering voor langdurige zorg met een inkomensafhankelijke premie geen optie?

Dit kabinet spreekt zich hierover niet uit. Zoals hierboven in het antwoord op vraag 1 aangegeven, is de afgelopen periode door een aantal organisaties aangegeven dat er zorgen zijn rond de AWBZ in zijn huidige vorm. Zorgen bijvoorbeeld over de doelmatigheid, over de toename van de groep die een beroep doet op de zorg die via de AWBZ wordt gefinancierd, over de beschikbare arbeidskracht nu en in de toekomst. Men signaleert dat de AWBZ zoals die er nu uitziet, op langere termijn niet houdbaar is. Het kabinet verbindt daaraan niet de conclusie dat de AWBZ dus als volksverzekering zal verdwijnen. Wel verkent het een aantal thema's, zodat een volgend kabinet hiermee verder kan.

Zorgkantoren zijn een onderdeel van particuliere zorgverzekeraars en voeren de AWBZ uit voor een regio. Is het mogelijk dat in de toekomst een particuliere zorgverzekeraar slechts de AWBZ uitvoert voor zijn «eigen» verzekerden uit de zorgverzekering voor het hele land, en niet voor alle inwoners van één regio? Zo ja, wat zijn hiervan de voor- en nadelen? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet wil de huidige concessies die aan zorgkantoren zijn verleend niet meer verlengen, zodat per 2009 de zorgverzekeraars de AWBZ voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren. Een zorgverzekeraar zal dan voor al zijn verzekerden, ongeacht waar zij woonachtig zijn, voldoende zorg moeten contracteren. Het belangrijkste voordeel is dat de verzekerde kan kiezen uit verschillende zorgverzekeraars. Dit vormt een belangrijke drijfveer voor de zorgverzekeraar om zijn verzekerden goede zorg en service te bieden. Een nadeel is dat het voor zorginstellingen niet langer vanzelfsprekend is dat zij met één partij (het regionale zorgkantoor) alle afspraken kunnen maken. Ik vind van dit «nadeel» overigens een gezonde werking uitgaan omdat ik verwacht dat met name die zorginstellingen die zich in service en kwaliteit weten te onderscheiden en hun bedrijfsvoering en administratie op orde hebben, goed in staat zullen zijn met meerdere zorgverzekeraars tot afspraken te komen. Het wordt voor de zorgaanbieder bovendien eenvoudiger in meerdere regio's actief te worden. Een aandachtspunt is dat dit niet ten koste gaat van de afstemming met de hulpverlening door gemeenten. De voorstellen van het kabinet voor een brede eerste lijn zijn daarvoor van belang.

Een ander effect is dat het aantal transacties zal toenemen omdat zorginstellingen naar meerdere verzekeraars zullen gaan declareren. Om te voorkomen dat hierdoor extra lasten ontstaan voor zorginstellingen en verzekeraars, moet het declaratieverkeer zoveel mogelijk worden gestroomlijnd door het proces te automatiseren.

De overheveling van taken naar verzekeraars is een eerste stap tot het op termijn (deels) meer risicodragend maken van de uitvoering van de AWBZ. Tot het zover is zullen doelmatigheidsprinkels op andere manieren dienen te worden gerealiseerd waarbij kan worden gedacht aan maatstafconcurrentie en prestatieafspraken met verzekeraars.

De staatssecretaris stelt dat marktwerking slechts kan met publieke randvoorwaarden. Wat wordt verstaan onder marktwerking, en aan welke randvoorwaarden moet hierbij gedacht worden?

Het kabinet streeft naar gereguleerde marktwerking in de zorg, ook op AWBZ-markten. Dit is geen doel op zich maar een middel tot het stimuleren van ondernemerschap in de AWBZ en een betere organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning, zodat mensen met beperkingen zo volwaardig mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dit draagt bij aan het realiseren van kwalitatief goede en betaalbare zorg en ondersteuning. Marktwerking kan bijdragen aan verbetering van kwaliteitsaspecten (bijvoorbeeld van keuzevrijheid en maatwerk), toegankelijkheid (bijvoorbeeld door de vergroting van het aanbod door innovatie) en betaalbaarheid (bijvoorbeeld door stimulering van effectieve bedrijfsvoering en het aantrekken van private initiatieven). Daarbij moet goed worden gekeken naar de randvoorwaarden om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid, uitgavenbeheersing en doelmatigheid te borgen. Belangrijke randvoorwaarden voor marktwerking zijn voldoende (potentieel) aanbod en voldoende informatie voor consumenten over dat aanbod. Bij AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars is een voorwaarde dat verzekerden daadwerkelijk in staat zijn te kiezen (dus acceptatieplicht voor verzekeraars en goede keuze-informatie). Ook is daarbij een voor-

waarde dat sprake is van een level playing field voor zorgverzekeraars. Hiervoor is op de langere termijn, als verzekeraars risico gaan lopen op de AWBZ, een model van risicoverevening nodig. Dit is essentieel om te voorkomen dat verzekeraars slechte risico's gaan weren (risicoselectie). Om te bewaken dat blijvend aan de publieke randvoorwaarden van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid wordt voldaan, is toezicht nodig door NMa, NZa en IGZ.

5

De staatssecretaris stelt dat mensen niet te lang op een wachtlijst terecht mogen komen. Wat wordt verstaan onder «te lang» en op welke wijze denkt de staatssecretaris dit op te lossen?

Bij het afstemmen van vraag en aanbod moet altijd rekening worden gehouden met enige frictie waardoor niet iedereen meteen is te helpen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben richtlijnen opgesteld wat onder «te lang» moet worden verstaan. Deze zogenaamde Treeknormen gaan uit van maximaal zes weken voor AWBZ-zorg zonder verblijf en AWBZ-zorg met verblijf en behandeling, en maximaal dertien weken voor AWBZ-zorg met verblijf zonder behandeling. Wat betreft de aanpak van de wachtlijsten blijf ik mijn huidige beleid voortzetten. Dat betekent dat partijen in de regio, i.c. zorgkantoor/zorgverzekeraar en zorgaanbieders, in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor een voldoende zorgaanbod dat aansluit op de vraag. Ik heb hierbij een faciliterende rol. Verzoeken tot uitbreiding van de intramurale capaciteit blijf ik, voor zover uitbreiding noodzakelijk is, honoreren.

6

Waar mensen recht op hebben moet vermeld worden in «gewone mensentaal» en niet het «onleesbaar vakjargon» (blz. 3). Wat betekent dit voor de indicatiebesluiten en de vermelding van functies en klassen in het indicatiebesluit?

Het CIZ is reeds bezig de besluitbrief die verzekerden krijgen over hun aanspraak op AWBZ-zorg te herschrijven in «gewone mensentaal». In dit verband raadpleegt het CIZ ook een lezerspanel over de voorgestelde taalkundige en redactionele verbeteringen. Dit laat de vermelding in de besluitbrief van functies en klassen echter onverlet, omdat het CIZ gehouden is aard en omvang van de zorg in die termen op te nemen in het indicatiebesluit.

7

Op welke wijze wordt in de visie van de staatssecretaris de indicatiestelling door de eerste lijn ingevuld en hoe verhoudt zich dit tot de gewenste onafhankelijkheid?

Het kabinet werkt toe naar één voor burgers herkenbare voordeur: een brede en sterke eerste lijn dicht bij mensen (fysiek of virtueel). Binnen de verschillende wettelijk vastgelegde zorgsystemen – Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zullen mensen te maken blijven krijgen met verschillende regelingen en uitvoerders. De burger moet daar door goede samenwerking zo min mogelijk last van hebben. Om de toegang tot de brede eerste lijn te stroomlijnen zullen om te beginnen landelijke handreikingen worden opgesteld. Deze vormen geen blauwdruk; lokaal maatwerk is het uitgangspunt. Ook onderzoek ik mogelijkheden tot verdergaande vereenvoudiging van de indicatiestelling voor AWBZ-zorg.

8

De staatssecretaris stelt dat er voldoende aanbod moet zijn zodat er ook wat te kiezen valt. Op welke wijze kan de staatssecretaris niet alleen stimuleren, maar ook garanderen dat er voldoende aanbod is van verschillende soorten zorg in een regio?

Het is in de eerste plaats in het belang van de zorgverzekeraar zelf om voor zijn verzekerden te zorgen voor voldoende pluriform aanbod. Deze heeft immers de wettelijke zorgplicht. De zorgverzekeraar is daarbij niet langer – zoals nu bij de zorgkantoren – gebonden aan de zorgaanbieders in een regio. Het staat de zorgverzekeraar per 2009 vrij met elke toegelaten zorginstelling een contract af te sluiten.

Daarnaast is van belang dat er geen toetredingsbarrières zijn. Daartoe zal de NZa erop toezien dat tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen arrangementen ontstaan waardoor toetreding van nieuwe spelers wordt belemmerd en keuzemogelijkheden voor de klant worden beperkt. De NZa kan dit doen door in geval van structurele marktbelemmeringen regels op te leggen aan alle aanbieders of verzekeraars op een markt, bijvoorbeeld over de totstandkoming van overeenkomsten en voorwaarden daarin, over de transparantie van consumenteninformatie of regels voor de administratie van partijen (zoals kostprijsmodellen). Als het gaat om marktbelemmeringen door één verzekeraar of aanbieder met marktmacht kan de NZa aan die partij preventief (tijdelijke) verplichtingen opleggen. Bij (dreiging van) exclusieve contracten kan de NZa bijvoorbeeld de verplichting opleggen afnemers in gelijke gevallen gelijk te behandelen of een openbaar aanbod te doen.

Tot slot blijft de NMa actief op gebied van kartelbestrijding en de toetsing van fusies. Het kabinet is voornemens de meldingsdrempels voor concentraties van AWBZ-instellingen te verlagen ingevolge artikel 29 van de Mededingingswet.

9

Volgens de staatssecretaris moeten cliënten verbeteringen kunnen afdwingen. Betekent dit dat de Wet medezeggenschap cliëntenraden wordt aangepast, en dat de onafhankelijke financiering van cliëntenraden geregeld gaat worden? Zo niet, wat betekent het wel?

Inderdaad is er een wetsvoorstel in voorbereiding tot wijziging van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, met als doel de positie van cliëntenraden in de zorginstellingen te versterken. Daarbij wordt ook gekeken naar maatregelen om er voor te zorgen dat het budget dat de cliëntenraad voor de uitoefening van zijn taak nodig heeft, zeker te stellen. Uitgangspunt is en blijft dat de cliëntenraad, net als de ondernemingsraad, een adviesorgaan is van de instelling en dat de instelling voor het budget van de cliëntenraad verantwoordelijk is.

10

Op welke wijze wordt de afweging gemaakt tussen de wensen van de cliënten en de verantwoordelijkheid van professionals en het toezicht door de IGZ?

Bij deze afweging is het belangrijk een balans te vinden tussen enerzijds keuzevrijheid voor de klant en mogelijkheden voor zorgaanbieders op de wensen van de cliënt in te springen (functiegerichte aanspraken en indicatiestelling, prestatiebekostiging) en anderzijds goede waarborgen in te bouwen voor kwaliteit en veiligheid van zorg (toezicht door de IGZ). De keuze van de cliënt moet worden vastgelegd in een zorgplan opgesteld samen met de cliënt.

Een belangrijk deel van het toezicht van de IGZ richt zich op risico's waarover geen kennis bij de cliënt mag worden verwacht zoals medisch-

technische zaken. Wel dient er sprake te zijn van een goede balans tussen ruimte geven (vertrouwend op het oordeel van de cliënt en de professionaliteit van de zorgaanbieder) en stevig toezicht houden.

Het toetsingskader verantwoorde zorg zoals dit binnen alle sectoren van de AWBZ nu tot stand komt geeft hiervoor goede handvatten. In dit toetsingskader zijn professionele kwaliteit en cliëntenperspectief uitgewerkt, met breed draagvlak van alle partijen. Het hebben van een zorgplan is binnen dit toetsingskader een belangrijk element.

11

Op welke wijze vindt afstemming met de concurrentie plaats en is er discussie over normen verantwoorde zorg en het benodigde budget?

In een model waarin zorgaanbieders onderling concurreren, is het belangrijk dat de vraagkant – de zorgverzekeraar maar ook de mondige gebruikers of hun vertegenwoordigers (kinderen, ouders) – duidelijke eisen stelt op het punt van verantwoorde zorg. Om dit te faciliteren worden prestaties zichtbaar en meetbaar gemaakt. Overigens zullen niet alleen de gebruiker en de verzekeraar/zorginkoper en de IGZ, maar ook de in de instelling werkende professionals en de Raden van toezicht de leiding confronteren met het niveau van de geleverde prestaties.

In de WMG zijn in dit verband de nodige informatieverplichtingen opgenomen voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars/zorginkopers. De NZa ziet er op toe dat de markten voldoende transparant zijn, ook voor consumenten. Indien partijen daar niet zelf in voorzien kan de NZa optreden.

In de brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over het Onderzoek doelmatigheid verpleeghuizen van 20 september (DLZ/KZ-2716 180) heb ik mijn standpunt weergegeven op het Ctg/ZAio rapport «*Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht*».

Het rapport gaat uitvoerig in op de normen verantwoorde zorg in relatie tot het benodigde budget. De belangrijkste conclusie uit het rapport is dat nogmaals is vastgesteld dat het mogelijk is om goede kwaliteitsprestaties te combineren met goede financiële prestaties. Hiermee bevestigt het rapport het beeld dat het mogelijk is om goede zorg binnen de huidige tarieven te leveren.

12

Wat wordt bedoeld met de volgende zin: «eerst kijken wat mensen en hun omgeving naar draagkracht zelf kunnen, lokale ondersteuning waar nodig en verzekerde zorg waar ondersteuning niet genoeg meer is»? Wat wordt onder draagkracht verstaan? Is familie- en vrienden hulp en de Wmo een voorliggende voorziening voor de AWBZ?

De passage: eerst kijken wat mensen en hun omgeving naar draagkracht zelf kunnen, lokale ondersteuning waar nodig en verzekerde zorg waar ondersteuning niet genoeg meer is, is een uitwerking van, dan wel toelichting op het principe van subsidiariteit dat in de zin ervoor wordt genoemd («in de beoordeling van zorg en ondersteuningsbehoefte staat subsidiariteit voor op»). In het Besluit zorgaanpak AWBZ staat in artikel 2 omschreven wat een voorliggende voorziening van de AWBZ is. Familie- en vrienden hulp valt daar overigens niet onder. Wel kan familie-hulp onderdeel zijn van gebruikelijke zorg, zoals omschreven in het document gebruikelijke zorg van het Centrum Indicatiestelling Zorg. In zijn algemeenheid geldt dat een goede organisatie van de directe omgeving van mensen de zorgafhankelijkheid kan voorkomen.

13

Wil het kabinet bij innovaties prioriteit stellen aan innovaties die minder personeel nodig maken in plaats van zaken die leiden tot besparing van budget?

Ik wil ervoor zorgen dat de (financierings-, verantwoordings)systemen zo zijn ingericht dat deze innovatief en doelmatig gedrag belonen. Innovaties kunnen langs deze weg leiden tot meer doelmatigheid in de zorg in die zin, dat met hetzelfde budget meer mensen kwalitatief goede zorg kunnen krijgen. Dit is ook van belang omdat de arbeidsmarktverwachtingen het besef versterken dat de houdbaarheid van zorgconcepten niet alleen afhangt van financiële (solidariteits)overwegingen maar ook van de vraag naar arbeid die daar op de middellange termijn mee gemoeid is. Het innovatieprogramma biedt ondersteuning aan het proces dat instellingen zelf kansrijke innovatieterreinen ontginnen. Innovaties in een arbeidsintensieve sector zullen altijd gevolgen hebben voor de uitgaven voor personeel.

14

Op welke wijze wordt de gelijke behandeling bij wonen in een toekomstige wet geregeld, en wanneer kan het wetsvoorstel tegemoet worden zien?

Het nader rapport en voorstel van uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte met het terrein wonen is 22 september jl. in de ministerraad behandeld en zal vervolgens via het Kabinet van de Koningin aan de Tweede Kamer gestuurd worden.

15

Zorgverzekeraars voeren nu de AWBZ uit. Wat is het voordeel van het risicodragend maken van de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de AWBZ?

Door de overheveling van taken van zorgkantoren naar zorgverzekeraars ontstaat voor de zorgverzekeraars per 2009 een incentive om voor hun eigen verzekerden, goede service te bieden en goede zorg te contracteren. Zorgverzekeraars moeten zich dus inspannen om (nieuwe) verzekerden aan zich te binden. Deze prikkel wordt versterkt als zorgverzekeraars in de AWBZ zelf een financieel belang hebben bij doelmatige zorgverlening. Om dit te bereiken is een model van risicoverevening nodig dat het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars geleidelijk – de ontwikkeling van een vereveningsmodel vergt een aantal jaren – meer financieel risico gaan dragen.

16

Wanneer is wonen en zorg niet goed te scheiden? Wat zijn de criteria hiervoor?

In beginsel is wonen en zorg overal te scheiden. De klant die thans verblijft in een zorginstelling betaalt dan huur. Dat is ook mogelijk indien er geen sprake is van een zelfstandige wooneenheid, bijvoorbeeld bij kamerbewoning. Er zijn echter kleine – nader te onderzoeken – uitzonderingsgroepen waar dit niet goed mogelijk is en waar het voor de hand ligt dat niet de klant maar het collectief de wooncomponent betaalt, bijvoorbeeld bij gedwongen opname via rechter of burgemeester (BOPZ) of bij tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld revalidatie of logeeropvang). Een andere vraag is of scheiden van wonen en zorg wel bij alle groepen even wenselijk is.

Zoals aangekondigd in de brief van 20 juli 2006 onderzoeken de minister van VROM en ik de gevolgen van het scheiden van wonen en zorg voor burgers, zorgaanbieders, corporaties en overheid. Daarin zal de vraag bij wie scheiden van wonen en zorg mogelijk en wenselijk is, worden meegenomen.

17

Wanneer wordt de kortdurende zorg overgeheveld van de AWBZ naar de zorgverzekering?

Voor het kabinet is essentieel dat er gekeken wordt naar de samenhang in zorg en waar bepaalde zorg naar aard het beste kan worden ondergebracht. De verantwoordelijkheden moeten goed en eenduidig worden verdeeld om te voorkomen dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten ten nadele van de cliënten verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven. Het *geneeskundige deel* van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gaat vanaf 1 januari 2008 over van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. Dit kabinet zal echter geen andere besluiten meer nemen over overheveling.

18

Vindt het kabinet, net als de leden van de PvdA-fractie dat er een uitgebreid instrumentarium moet komen om gebruikers in staat te stellen die beoordelende rol waar te maken?

Kan het kabinet aangeven welke instrumenten het wil inzetten, anders dan het al geïntroduceerde systeem van keuze-informatie, om de kwaliteit te beoordelen?

Om de gebruiker in staat te stellen zich een goed oordeel te vormen over kwaliteit en veiligheid van de zorg hecht ik allereerst zeer aan een verdere aanvulling en doorontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren zodat de patiënt gerichter kan kiezen, patiëntenorganisaties patiënten beter bij keuzes kunnen ondersteunen en cliëntenraden over informatie beschikken ten behoeve van het overleg met besturen van zorginstellingen. Daarvoor wil ik onder meer komen tot het gebruik van één landelijke meetmethodiek om de ervaringsinformatie van andere zorggebruikers op een gestandaardiseerde wijze boven tafel te krijgen. Er is tussen de relevante partijen consensus over een aangepaste Amerikaanse meetsystematiek (de CQ-index).

Daarnaast hecht ik zeer aan een directe betrokkenheid van organisaties van gebruikers bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden, de systematische borging van de kwaliteit in de zorgorganisatie en het meten van de geleverde zorgprestaties. Via het Fonds PGO zorg ik voor ondersteuning van patiëntenorganisaties.

Ook moet er een voor de patiënt begrijpelijke versie van de richtlijnen worden opgesteld met informatie wat hij kan/mag verwachten, aangevuld met keuzehulp of decision-aids. De inzichten en de ervaringen van de klant zijn daarvoor doorslaggevend. Voor zover dat in mijn vermogen ligt, draag ik zorg voor een goede participatie van patiënt/cliënt of patiënten-(cliënten)organisatie aan de genoemde activiteiten.

Verder zijn er de verschillende ZonMw-programma's die zich richten op richtlijnontwikkeling en op de vraag welke informatie de zorgconsument nodig heeft om inzicht te krijgen in de beleefde kwaliteit. Ook participeren de patiënten via de NPCF in bijvoorbeeld de Stichting HKZ die certificatieschema's opstelt ten behoeve van een systematische borging van de kwaliteit in de zorgorganisatie.

Ten slotte is er natuurlijk een belangrijke rol voor de zorgkantoren. Zij dienen bij de inkoop van zorg en bij de afrekening zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de dienst. Het zorgkantoor moet zich daarbij baseren op de voorkeuren en ervaringen van de cliënten. Ook dat biedt een instrument om kwaliteitsoordelen te geven over de te leveren zorg.

19

Is gedacht aan het scholen van gebruikers of hun vertegenwoordigers? Is er budget vrijgemaakt om gebruikers te scholen zoals dat bijvoorbeeld in het bedrijfsleven gebruikelijk is voor leden van ondernemingsraden? Wil

het kabinet aangeven hoe gebruikers zich als onbetaalde vrijwilligers overeind kunnen houden in een omgeving waarin zorgaanbieders, verzekerders en andere professionals, geschoold en met goed salaris hun overleg partners zijn?

Via het Fonds PGO zorg ik voor ondersteuning van patiënten- en cliëntenorganisaties. Deze organisaties kunnen de door het fonds beschikbaar gestelde subsidie gebruiken voor opleiding van leden, patiënten/cliënten en bestuurders. Het Fonds constateert dat organisaties regelmatig subsidiemiddelen voor scholing inzetten. Het Fonds faciliteert daarnaast de totstandkoming van materiaal dat wordt toegepast in het cursus-aanbod van VTA-instituten.

20

Kan het kabinet aangeven waarom een professioneel oordeel over goede kwaliteit van zorg slechts noodzakelijk is bij de veiligheidsaspecten van zorg? Zouden gebruikers niet in staat moeten worden gesteld om ook een professioneel oordeel te kunnen verkrijgen over andere belangrijke aspecten van de zorg waarvan zij zo afhankelijk zijn?

De IGZ ziet niet alleen toe op veiligheidsaspecten. Het IGZ vragenformulier bevat veiligheidsaspecten maar ook aspecten als bejegening en participatie.

De veiligheid van de zorg is wel van groot belang, een goed professioneel oordeel is daarvoor noodzakelijk. Het mag niet zo zijn dat cliënten, wanneer ze in zorg zijn, vermijdbare risico's lopen. Veiligheid moet gegarandeerd zijn.

Dat laat onverlet dat naast informatie over veiligheid goede informatie over andere kwaliteitsaspecten ook voor de cliënt beschikbaar moet zijn. Cliëntenwaardering staat daar bij mij voorop. Hier is in de voorbije jaren hard aangewerkt, onder andere door de ontwikkeling van kwaliteitskaarten op kiesbeter.nl. De informatie op deze kaarten is een samenvoeging van professionele oordelen en cliëntenwaardering voor de kwaliteit van de zorg.

21

Het kabinet vindt dat in de beoordeling van zorg en ondersteuningsbehoefte subsidiariteit voorop staat. Dat wordt vertaald met: eerst kijken wat mensen en hun omgeving naar draagkracht zelf kunnen, lokale ondersteuning waar nodig en verzekerde zorg waar ondersteuning niet meer genoeg is. De leden van de PvdA-fractie menen dat dit uitgangspunt, zo geformuleerd, rigide lijkt omdat het er van uitgaat dat zorg en ondersteuning pas collectief georganiseerd en gefinancierd wordt indien mensen (of hun omgeving) de ondersteuning en zorg niet meer zelf kunnen betalen en/of organiseren. Het zou betekenen dat grote delen van de huidige zorg en ondersteuning niet meer tot het basispakket zou hoeven te horen of tot de huidige AWBZ-verstrekkings.

Veel onderdelen van het huidige pakket verzekerde zorg zijn immers door een aantal mensen zelf te betalen. Delen van de AWBZ-zorg kunnen en worden in veel gevallen ook georganiseerd en geleverd door mantelzorgers. Wil het kabinet aangeven of dit standpunt leidt tot veranderingen in bijvoorbeeld het AWBZ-pakket en daar voorbeelden van geven? Wil het kabinet ook aangeven of dit standpunt bijvoorbeeld betekent dat bij de indicatie voor AWBZ voortaan zal gelden dat mantelzorg geleverd moet worden of afgedwongen indien partner, kinderen of ouders in principe in staat zijn die mantelzorg te leveren? Wil het kabinet ook aangeven wanneer mantelzorg en of gebruikelijke zorg voor moet gaan op betaald werk of andere activiteiten van gezinsleden of vrienden van iemand die een beroep doet op AWBZ of Wmo-diensten?

Het kabinet heeft in de brief van 9 juni aangegeven vanuit welke visie de afgelopen jaren verder is gebouwd aan de aanspraken AWBZ en de ontwikkeling van de Wmo en is daaromtrent in overleg met de Kamer ook tot wet- en regelgeving gekomen. De huidige aanspraken, indicatiestelling en de positie van mantelzorg en gebruikelijke zorg daarbinnen zal dit kabinet niet aanpassen.

Overigens ben ik van mening dat de achterliggende redenen voor het wel of niet collectief organiseren en financieren van zorg en ondersteuning niet alleen zijn gelegen in het antwoord op de vraag of de betreffende zorg en ondersteuning door individuele burgers is op te brengen. Daarnaast zullen bijvoorbeeld altijd ook de maatschappelijke context en de politieke afweging een rol spelen.

22

De leden van de PvdA-fractie wijzen er op dat er argumenten zijn om ook zorg die zelf kan worden betaald of zelf georganiseerd tot het verzekerde pakket zou moeten horen en collectief gefinancierd en georganiseerde zou moeten worden. Een argument is bijvoorbeeld een economisch argument. Goed georganiseerde en gefinancierde zorg stelt mensen in staat zorg en betaald werk te combineren. Mensen kunnen altijd zelf voor hun kinderen zorgen. Toch is het geaccepteerd en gewenst dat de overheid zorgt voor de organisatie en financiering van kinderopvang opdat mensen, zorg en betaald werken kunnen combineren. Kan het kabinet erkennen dat goed georganiseerde en collectief gefinancierde zorg, net als collectief georganiseerde en collectief gefinancierde kinderopvang of onderwijs positieve effecten heeft op economische groei welvaart en welbevinden van burgers in dit land?

De zorg is ontegenzeggelijk een zeer belangrijke sector voor de Nederlandse economie. Het is echter niet zo dat van collectief gefinancierde zorg altijd een positieve werking zal uitgaan op de economische groei en welvaart in Nederland. Immers, door collectieve financiering neemt de lastendruk voor burgers toe, hetgeen een negatief effect kan hebben op de concurrentiepositie van de Nederlandse economie in relatie tot die van de ons omringende landen. Bij het treffen van een collectieve regeling/ financiering gaat het dus om een integrale afweging tussen enerzijds het belang van beschikbaarheid voor burgers van voorzieningen voor noodzakelijke zorg of ondersteuning en anderzijds de effecten hiervan voor de economie.

23

Het kabinet reageert op de adviezen van de IBO-werkgroep, de RVZ en het CVZ met te stellen dat er geen nieuwe pakketwijzigingen of stelselwijzigingen komen maar dat het vasthoudt aan de contourenbrief en uitkomsten van de parlementaire behandeling van de Wmo. Is dit, omdat het kabinet geen nieuwe richting wil uitzetten waarmee het het volgend kabinet in de wielen zou rijden, of is dit omdat het niet de opvatting van bijvoorbeeld RVZ onderschrijft dat de AWBZ te duur wordt? De IBO-werkgroep beveelt aan op concrete gebieden onderzoek uit te zetten, opdat het huidige systeem naar het verbeteren van doelmatigheidsprykkels, rekening houdend met de verschillende groepen in AWBZ? Is het kabinet van plan wel deze onderzoeken uit te (laten) voeren? De leden van de PvdA-fractie menen dat er alle reden is om dergelijke deelonderzoeken uit te laten voeren. Er is bijvoorbeeld dringend behoefte aan een gericht onderzoek naar de mechanismen van marktwerking in specifiek de AWBZ-sector, de positie van zorgkantoren, zoals er ook dringend behoefte is aan de doelmatigheid van de huidige zorg voor groepen gebruikers. Met doelmatigheid van de zorg bedoelen de leden van de PvdA-fractie in dit geval ook of de huidige zorg voor bepaalde groepen wel voldoet aan de verwachtingen van deze groepen en of met de beschikbare middelen wel

het meest doelmatig wordt gewerkt. Er is op dit moment, sinds de AWBZ-brede functies zijn geïntroduceerd, geen beleidsinformatie meer voorhanden over welke groepen welke soorten zorg ontvangen en of het systeem wel goed op hun behoeften is toegesneden. Krijgen bijvoorbeeld demente ouderen wel de juiste combinatie van zorg (cure- en carezorg) die hen zo lang mogelijk in staat stelt goed te functioneren? Krijgen gezinnen met kinderen met een aangeboren handicap, de juiste zorgcombinatie of zijn verbeteringen mogelijk. Is een model waarin regionale zorgkantoren of commerciële zorgverzekeraars onderhandelen met regionale monopolistische zorgaanbieders wel het meest geschikte model om kostenbesparing te bewerkstelligen of kwalitatief de meest juiste zorg te realiseren voor de grote doelgroep ouderen of bijvoorbeeld de hele kleine doelgroep ernstig psychiatrische patiënten? De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet of het bereid is concreet onderzoek uit te zetten naar deze aspecten van marktwerking en naar de vraag of binnen AWBZ en curatieve verzekering op dit moment de goede combinaties aan zorg en ondersteuning wordt gegeven of dat verbetering mogelijk is. De leden van de PvdA-fractie merken hierbij op dat het huns inziens noodzakelijk is op centraal niveau dergelijk onderzoek in te zetten, ook indien het kabinet meent dat niet de centrale regering verantwoordelijk is voor de uitkomsten van zorg maar gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders of wellicht weer andere partijen.

Het kabinet heeft in de brief van 9 juni aangegeven met de RVZ en de IBO-werkgroep te delen dat de huidige organisatie van de AWBZ niet de meest doelmatige is. Omdat de AWBZ raakvlakken heeft met het lokale domein en met de zorg die is verzekerd ingevolge de Zvw, is het bovendien mogelijk dat er winst te behalen is door schotten in de uitvoering te slechten die optimale ketenzorg belemmeren. De stap om hieraan de conclusie te verbinden dat *dus nu* de AWBZ op de schop moet, heeft het kabinet echter niet genomen. Hiervoor zijn in de brief van 9 juni twee redenen aangegeven. Ten eerste hebben gemeenten en zorgverzekeraars met de invoering van de Wmo en Zvw de handen vol. Een zorgvuldige implementatie van deze wetten acht het kabinet nu van het grootste belang. Enige ervaring met beide wetten is ook gewenst om de gevolgen van verdere eventuele overhevelingen in te kunnen schatten. Ten tweede heeft de IBO-werkgroep aangegeven dat nader onderzoek noodzakelijk is om te bepalen of aan alle randvoorwaarden voor overhevelingen (voorkomen van risicoselectie, voldoende zorgvraag en zorgaanbod voor concurrentie, transparantie van markten) wordt voldaan.

Momenteel wordt gelet op de aanbevelingen van de IBO-werkgroep een aantal onderwerpen nader uitgewerkt met het oog op mogelijke besluitvorming door het volgende kabinet over de toekomst van de AWBZ. Daarbij wordt ook gekeken naar de mogelijke synergiëwinst van het samenvoegen van zorg uit de AWBZ en de Zvw voor de verschillende groepen AWBZ-gebruikers, alsook de mogelijke synergiëwinsten van het samenvoegen van onderdelen van de AWBZ met het lokale domein worden onderzocht. Ik zal de Tweede Kamer hierover informeren. Daarnaast zal ik de NZa vragen een uitvoeringstoets uit te brengen over de maatregel per 2009 de AWBZ-uitvoering in handen te leggen van de individuele zorgverzekeraars.

Daarnaast ben ik van plan om de mogelijkheden te onderzoeken om – in navolging van het ontwikkelen van intramurale zorgzwaartepakketten – ook voor extramurale zorg dergelijke pakketten te ontwikkelen (zogenoemde EZP's).

24

Het kabinet kiest ervoor de concessie aan zorgkantoren in 2009 niet meer te verlengen en de uitvoering van AWBZ over te dragen aan commerciële zorgverzekeraars. Is het kabinet bereid een onderzoek uit te laten voeren naar de positieve en negatieve effecten van uitvoering van een niet-commerciële verzekering (AWBZ) door commerciële zorgverzekeraars? De leden van de PvdA-fractie vragen het kabinet ook nog eens uitvoering aan te geven waarom het de opmerking van het IBO kennelijk negeert dat zo'n overheveling van uitvoering kan als verzekeraars ook commercieel verantwoordelijk worden voor de AWBZ verzekering en er de factor sprake is van overheveling van grote delen van het AWBZ-pakket naar de zorgverzekering? Erkent het kabinet dat uitvoering, vanwege de doelmatigheidsprikkel, alleen kan als de AWBZ overgaat in zorgverzekering en dat daarvoor meer onderzoek nodig is naar de mogelijkheden van overstappen, verzekerbaarheid en vereveningssystemen?

De werkgroep IBO benoemt terecht enkele randvoorwaarden – een werkend risicovereveningssysteem, voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen aanbieders en keuzemogelijkheden voor klanten – voor het op de langere termijn overhevelen van delen van de AWBZ-zorg naar de Zvw. De werkgroep merkt daarbij op dat een nieuw sturingsmodel niet van vandaag op morgen is gerealiseerd. De werkgroep doet daarom ook enkele voorstellen die erop gericht zijn op de korte termijn meer doelmatigheidsprikkels in de AWBZ in te voeren. Het kabinet heeft in dit verband besloten – zonder daarbij vooruit te lopen op toekomstige pakketverschuivingen – de uitvoering van de AWBZ-verzekering per 2009 te leggen bij de zorgverzekeraars (in plaats van bij het zorgkantoor). Daarmee komt de uitvoering te liggen bij die partij die ook nu al formeel de zorgplicht heeft. Over de uitvoering van de AWBZ-verzekering zullen de zorgverzekeraars vooralsnog geen financieel risico gaan lopen zoals in de Zvw. Wel ontstaat voor de zorgverzekeraar een incentive om voor de verzekerden die bij hem staan ingeschreven, goede service te bieden en goede zorg te contracteren. Ook biedt dit de mogelijkheid in de AWBZ een systeem van declaratieverkeer op verzekerdeniveau in te voeren hetgeen de transparantie in de sector aanzienlijk vergroot. De overheveling van taken naar zorgverzekeraars zie ik als een eerste stap. Het is belangrijk dat vervolgens de prikkels voor de zorgverzekeraars in de AWBZ worden versterkt. Om dit te bereiken is een model van risicoverevening nodig dat het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars geleidelijk – de ontwikkeling van een vereveningsmodel vergt een aantal jaren – meer financieel risico gaan dragen. Over deze maatregel is overleg gaande met verschillende partijen. Daarbij worden alle relevante aspecten gezien op positieve en negatieve effecten.

25

Kan het kabinet aangeven hoeveel geld het bespaart, indien de indicatiestelling niet meer vooraf geschiedt door een onafhankelijke indicatiesteller, maar door professionals bij zorgaanbieders (wijkverpleegsters bijvoorbeeld) en de toepassing van de indicatie slechts achteraf wordt gecontroleerd? Een dergelijk systeem is ook bij het speciaal onderwijs in debat, zo menen de leden van de PvdA-fractie.

Nee, dat is niet onderzocht. Er zijn echter geen aanwijzingen dat dit tot besparingen zou leiden.

Indien professionals bij zorgaanbieders gaan indiceren zullen zij daar tijd aan besteden die de aanbieders vergoed willen zien. Daarnaast moet er dan nog een instantie worden bekostigd die achteraf controleert.

Graag wil ik er op wijzen dat in het verleden bewust gekozen is voor een objectieve indicatiestelling met centrale protocollering uit een oogpunt

van rechtszekerheid van cliënten. Uitvoering van de indicatiestelling door de aanbieders betekent dat hier van wordt afgestapt.

26

Wil het kabinet in overleg treden met cliënten organisaties over de opheffing van zorgkantoren en het onderbrengen van de uitvoering van AWBZ naar zorgverzekeraars? De leden van de PvdA-fractie menen dat het niet volstaat om over zo'n belangrijke stap wel te overleggen met zorgverzekeraars en zorgautoriteit, maar niet meer diegenen die het meest last of lust zullen hebben van zo'n stap, namelijk de verzekerden en gebruikers van zorg.

Ja. Ik ben met u van mening dat de gevolgen voor de cliënten eveneens goed in beeld moeten worden gebracht. De cliëntenorganisaties zullen worden betrokken bij de invoering van deze maatregel.

27

Is het kabinet bereid onderzoek te laten verrichten naar de wenselijkheid of eventuele onwenselijkheid van commerciële uitvoering van AWBZ-zorg, onderzoek te laten verrichten naar de beste instrumenten om verzekerden en gebruikers van zorg te scholen en daadwerkelijk effectieve invloed te verzekeren op de uitvoering van de zorg? Hoe staat het met het onderzoek naar daadwerkelijke vereenvoudiging van de uitvoering van de zorg, met name voor verzekerden en gebruikers van de zorg? Is het kabinet bereid voor veel voorkomende groepen gebruikers van AWBZ-zorg te laten onderzoeken of de zorg die zij nu geïndiceerd krijgen, en vervolgens uitgevoerd krijgen, aan hun verwachtingen voldoet, of het de beste kwaliteit aan zorg biedt, of de zorg en ondersteuning hen goed in staat stelt te participeren in de samenleving, of dat binnen de gegeven budgetten verbeteringen mogelijk zijn?

Het kabinet laat een aantal thema's uitwerken in vervolg op het kabinetsstandpunt bij het rapport van de IBO-AWBZ-werkgroep. Een van die thema's betreft de effecten van eventuele overheveling van zorg die nu vanuit de AWBZ wordt aangeboden, naar de Zorgverzekeringswet. Op dit moment beperkt het kabinet zich tot een technische exercitie, die als bouwsteen kan worden overgedragen aan een volgend kabinet. Overigens doet het kabinet dat niet alleen voor overheveling vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, maar ook voor overheveling vanuit de AWBZ naar de Wmo.

Leidend in deze trajecten vormt primair de vraag waar inhoudelijke synergie is te behalen. Met andere woorden: is de cliënt beter af met het overhevelen van onderdelen van de AWBZ naar de Zvw of de Wmo. Overhevelen naar de Zvw geeft wellicht inhoudelijke meerwaarde voor de cliënt waar de medisch getinte zorg het zwaartepunt van de zorgvraag van de cliënt is. Overhevelen naar de Wmo geeft wellicht inhoudelijke meerwaarde/versterking van de mogelijkheden voor cliënten om te participeren.

Dit zijn onderwerpen die naar de mening van het kabinet verder uitgezocht moeten worden, voordat besluitvorming over de overhevelen van onderdelen van de AWBZ kan plaatsvinden.

28

In de kabinetsvisie naar aanleiding van verschillende rapporten wordt gekeken of de AWBZ in de huidige hoedanigheid stand kan houden of dat er zaken overgeheveld moeten worden naar Zvw en/of Wmo. In de kabinetsbrief gaat het over langdurige zorg en ondersteuning in het algemeen. De VVD-fractie wil dat er een duidelijk onderscheid tussen kort- en langdurende ondersteuning wordt gemaakt. Kunt u aangeven of u dit onderscheid ook maakt? Op basis waarvan wordt het onderscheid door u gemaakt? Zo neen, waarom niet?

Het kabinet hanteert dit onderscheid niet maar kijkt vooral naar de inhoudelijke samenhang van de ondersteuning die nu in de AWBZ zit en de hulpverlening die door gemeenten wordt geboden. Bij ondersteunende begeleiding gaat het vooral om vormen van hulpverlening die het karakter hebben van praktische ondersteuning (diensten) en sociale begeleiding (in aansluiting op welzijn en maatschappelijke werk). De ondersteunende begeleiding in de AWBZ sluit dus nauw aan op bestaande voorzieningen op het lokale niveau. Daarom onderzoekt het kabinet hoe deze functie die nu nog in de AWBZ zit, naar de Wmo zou kunnen gaan.

29

Deelt u de mening van de VVD-fractie dat langdurig ondersteunende begeleiding volledig in de AWBZ opgenomen dient te blijven? Zo neen, waarom niet?

Op verzoek van de Kamer (motie-Vietsch, kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, nr. 68) wordt momenteel een aantal pilots uitgevoerd ter ondersteuning van nadere besluitvorming over verbreding van de Wmo. Enkele van deze pilots zijn gericht op onderdelen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Ik wil op de uitkomsten van deze pilots niet vooruit lopen.

30

De VVD-fractie is van mening dat de Wmo na invoering voldoende kans moet krijgen in zijn geheel uitgevoerd te worden, en dat de doelstelling van actieve participatie van mensen aan de samenleving wordt bereikt. De Wmo moet eerst staan als een huis voordat eventuele wijzigingen kunnen plaatsvinden. Kunt u aangeven in hoeverre u dit uitgangspunt steunt? Hoe beziet u dit in relatie tot de passage: «Ook moeten nu eerst de Wmo en Zvw goed ingevoerd worden en moeten daarmee ervaringen mee worden opgedaan». Kunt u omschrijven wat u bedoelt met «ervaringen», en welke duur heeft u in gedachten voor het opdoen van deze «ervaringen»?

Het kabinet is het met u eens dat gemeenten maar ook andere partijen op het Wmo-terrein de kans moeten krijgen gezamenlijk het beleid gestalte te kunnen geven voordat er eventuele wijzigingen in de Wmo plaatsvinden. 2007 is een belangrijk jaar. Gemeenten zijn vanaf 1 januari verantwoordelijk voor de huishoudelijke verzorging en stellen hun beleidsvisie maatschappelijke ondersteuning op. Het is aan een volgend kabinet of en wanneer eventuele wijzigingen plaatsvinden.

31

Als één van de uitgangspunten van langdurige zorg wordt betaalbaarheid genoemd en wordt de relatie gelegd naar solidariteit. De staatssecretaris schrijft: «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.» Hoewel de VVD-fractie deze analyse begrijpt vraagt zij in hoeverre dit een juiste aanleiding vormt voor een ingrijpende wijziging in de AWBZ. Deelt u de mening van de VVD-fractie dat deze doelmatigheid ook nu al het geval moet zijn? Kunt u aangeven in hoeverre nu sprake is van de bedoelde doelmatigheid? Deelt u de mening van de VVD-fractie dat er eerst sprake moet zijn van zicht op de doelmatigheid voordat er sprake kan zijn van wijzigingen aan het systeem?

Ook in de huidige AWBZ-structuur is doelmatigheid het streven. Toch zijn er veel signalen, onder andere van de betrokken partijen, die nopen tot een fundamentele verandering. Om te beginnen is in het huidige model vooral de overheid aan zet om via regelgeving (en toezicht op de uitvoering daarvan) partijen aan te zetten tot een goede en doelmatige uitvoering. Hoewel deze aanpak de afgelopen jaren heeft geleid tot verbeteringen (zie bijvoorbeeld het beter presteren van zorgkantoren), zou het beter zijn indien de klant het meer voor het zeggen krijgt. Dit kan als de overheid meer op afstand komt te staan en effectievere vormen van beïnvloeding worden geïntroduceerd waarbij de uitvoerder door de klant bijvoorbeeld met zijn keuze voor een zorgverzekeraar, wordt aangespoord tot een optimale prestatie.

Daarnaast is het mogelijk doelmatigheid te bevorderen door schotten weg te nemen via overhevelingen van zorg en ondersteuning vanuit de AWBZ naar de Zvw en de Wmo.

Overigens deel ik in dit verband de mening van de VVD-fractie dat eerst duidelijk moet zijn welke winst dit kan opleveren in termen van doelmatigheid en kwaliteit. Daarom onderneemt het kabinet een aantal activiteiten om informatie te verzamelen waarmee het volgende kabinet een gedegen besluit kan nemen over de toekomst van de AWBZ.

32

De staatssecretaris schrijft: «Het kabinet vindt dat een objectieve indicatiestelling met centrale protocollering voor langdurige AWBZ-zorg moet blijven bestaan.» Kunt u aangeven of u ook andere vormen van objectieve indicatiestelling onderzoekt anders dan het CIZ verricht?

Het kabinet onderzoekt geen andere vormen van indicatiestelling. Wel heeft VWS het CIZ de opdracht gegeven om mandaatafspraken te maken met zorgaanbieders. Het CIZ heeft inmiddels met ruim 1 100 aanbieders mandaatafspraken gemaakt en er zijn 21 standaardindicatieprotocollen ontwikkeld. Deze protocollen stellen aanbieders en ziekenhuizen in staat een indicatieadvies op te stellen. De aanbieder kan de cliënt vervolgens onmiddellijk in zorg nemen. Het CIZ stelt het uiteindelijke indicatiebesluit vast en controleert achteraf. Thans wordt 12% via taakmandaat afgehandeld. Het CIZ bekijkt op dit moment of er nog meer mogelijkheden zijn om de (vormen van) taakmandatering uit te breiden. Tevens beziet het CIZ of door middel van andere reeds ingevoerde instrumenten zoals het referentiewerkproces en een aanmeldmodule al sneller en efficiënter geïndiceerd wordt.

33

Kunt u aangeven in hoeverre het IBO-rapport u nieuwe inzichten heeft verschaft, en in hoeverre u zich gesteund ziet in uw huidige beleid?

Het IBO-rapport is een doorwrochte rapportage over de AWBZ. Het kabinet heeft indertijd deze IBO-werkgroep ingesteld om vanuit het perspectief van doelmatigheid voorstellen te doen. De rapportage van de IBO-werkgroep gaat in op te bereiken inhoudelijke synergie door bepaalde vormen van zorg dan wel ondersteuning te clusteren. De werkgroep heeft dit nadrukkelijk gedaan vanuit het perspectief van verschillende groepen cliënten. Dit uitgangspunt van het centraal stellen van cliëntgroepen is misschien niet nieuw, maar het laat wel zien dat het bij besluitvorming over een andere ordening in de zorg en ondersteuning in wezen gaat om het effect daarvan op de cliënt. De IBO-rapportage concludeert op basis van de analyse dat er inderdaad vanuit het oogpunt van doelmatigheid veel valt te winnen met een andere indeling van de AWBZ-zorg naar enerzijds de zorgverzekeraars en anderzijds de Wmo. Feitelijk is dit een bevestiging van het beleid dat is ingezet met de vormgeving van de Wmo en de

Zvw. Het voornemen van dit kabinet om de taken van de zorgkantoren over te hevelen naar de zorgverzekeraars past in deze lijn. Tegelijkertijd geeft het IBO-rapport aan dat er nog veel uitgezocht moet worden om de goede maat te weten van de overheveling en bepleit het een zorgvuldig transitieproces. Het kabinet voelt zich daarmee gesteund in haar besluit om de inhoud van de AWBZ op dit moment niet verder te verkavelen en eerst goed in kaart te brengen wat de consequenties zijn.

34

Welke maatregelen moeten volgens het kabinet concreet worden genomen om de eerstelijnszorg te versterken? Hoe kan de samenwerking tussen curatieve zorg, care en maatschappelijke ondersteuning worden verbeterd?

De eerste lijn¹ staat volop in de schijnwerpers. En dat is niet zonder reden. Nederland heeft een sterke eerstelijnszorg. Centraal in die eerste lijn staat traditioneel de curatieve zorg waarbij de huisarts een centrale rol speelt. Maar er zijn meer professionals die zich vanuit maatschappelijke ondersteuning (Wmo), preventieve gezondheidszorg (Wcpv) en langdurige zorg (AWBZ) in de eerste lijn bevinden. Organisaties als de GGD'en, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg, maatschappelijke opvang en de gemeente zelf. De zogenaamde «brede» eerste lijn.

De gemeente, in het bijzonder het loket zoals in het kader van de Wmo wordt vormgegeven, speelt een cruciale rol bij de toegang van de Wmo, de Wcpv en indirect de AWBZ². Voor de Zvw is de toegang veelal de curatieve eerstelijnszorg/huisartsenzorg. Het kabinet vindt dat een sterkere verbinding tussen de gemeente en de eerstelijnsgezondheidszorg/huisartsenzorg dient te worden gecreëerd. Er zullen hiervoor landelijk handreikingen worden opgesteld.

Daarnaast is de coördinatie bij zorg, preventie en ondersteuning van belang omdat dit de informatie-uitwisseling tussen professionals in de eerste lijn, de continuïteit en samenhang bevordert. Als meerdere partijen bij zorg en ondersteuning van één burger betrokken zijn, dan is informatie-uitwisseling, terugkoppeling en het bewaken van de voortgang essentieel. Eén partij houdt het overzicht en regelt de afstemming. De vraag is vervolgens, welke partij dat zou moeten zijn en hoe dit kan leiden tot een structurele inbedding. Het kabinet wil bovenstaande de komende tijd gezamenlijk met partijen uitwerken tot concrete voorstellen.

35

Hoe kan worden voorkomen dat de overheveling van de uitvoering van de AWBZ naar de zorgverzekeraars ten koste gaat van de kwaliteit, bijvoorbeeld doordat bepaalde specialistische kennis verloren gaat?

Bij vrijwel alle zorgverzekeraars is al specifieke AWBZ-kennis beschikbaar omdat de meeste zorgverzekeraars binnen hun concern een of meerdere zorgkantoren exploiteren.

Los hiervan moet sprake zijn van een zorgvuldig invoeringstraject om de kwaliteit van de uitvoering per 2009 van meet af aan te garanderen. Daarbij is cruciaal dat zorgverzekeraars ten behoeve van de zorginkoop tijdig kunnen beschikken over de benodigde financiële en (zorg-)inhoudelijke informatie. Daarnaast zal in de aanloop naar 2009 een systeem van declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden voorbereid.

36

Het kabinet zoekt de oplossing voor het personeelstekort dat door de vergrijzing in de zorg zal ontstaan vooral in innovatie en de toepassing van technische hulpmiddelen. Er zijn echter andere maatregelen denkbaar om het personeelstekort terug te dringen zoals bijvoor-

¹ Eind augustus 2004 tekenenden twaalf partijen, waaronder het ministerie van VWS de intentieverklaring versterking eerstelijnszorg. In deze verklaring worden een aantal kenmerken gegeven waaraan bij eerstelijnszorg gedacht wordt: generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang tot zorg, zorg in de buurt, gerichtheid op de mens in zijn omgeving, ambulante karakter en coördinatie en continuïteit van zorg.

² Motie Van Miltenburg (Kamerstukken II, 2005/06, 30 131, nr. 95). Deelname van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) aan het Wmo-loket dient gewaarborgd te zijn.

beeld het stimuleren van jongeren om in de gezondheidszorg te gaan werken, uitbreiding van de mantelzorg en inschakeling van de vrijwillige thuiszorg. Erkent het kabinet de noodzaak om ook in deze maatregelen te investeren?

Ja. VWS vindt de volgende sporen noodzakelijk: beperken zorgvraag, verhogen arbeidsproductiviteit, vergroten arbeidsaanbod, vergroten wervingskracht.

Met betrekking tot de laatste twee sporen (het vergroten van het arbeidsaanbod en de wervingskracht), is VWS van mening dat de inrichting van zorgopleidingen verbeterd moet worden. Betere aansluiting bij de praktijk, interessanter voor leerlingen, betere benutting van en op sommige plaatsen meer stageplaatsen, de begeleiding van de stagiair moet beter.

Daarnaast kunnen deeltijders worden gestimuleerd om meer te gaan werken, mogelijkheden om arbeid en zorg te combineren kunnen worden verbeterd. Verder kan door taakdifferentiatie en betere doorstroommogelijkheden het werk in de zorg uitdagend gehouden worden en de loopbaanperspectieven verbeterd worden. De verantwoordelijkheid voor dit arbeidsmarktbeleid ligt primair bij werkgevers. In de reeds aangekondigde arbeidsmarktbrief zal ik meer concreet op de bovengenoemde vier sporen ingaan.

Door inschakeling van mantelzorgers en vrijwilligers kan de zelfredzaamheid bevorderd worden en het beroep op professionele zorg beperkt worden en vormt daarmee een belangrijke schakel in het beperken van personeelstekorten in de zorg. VWS ondersteunt dit op verschillende manieren. Vanaf 2007 is jaarlijks 65 miljoen euro beschikbaar om de waardering van mantelzorgers te verbeteren. De brief «mantelzorg en vrijwillige inzet» die binnenkort naar de Tweede Kamer wordt gestuurd, bevat een overzicht van de acties die VWS in gang heeft gezet op het terrein van mantelzorg en inzet van vrijwilligers. Centraal staat hierbij de Wet maatschappelijke ondersteuning. Met ingang van 2007 zijn gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor het beleid op het terrein van mantelzorg en vrijwilligerswerk.