

Vergaderjaar 2006–2007

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 3

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 december 2006

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en (straks) de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn belangrijke veranderingen doorgevoerd. Hiermee is een ordening in zorg en ondersteuning gerealiseerd die het mogelijk maakt de AWBZ te richten op datgene waarvoor deze wet oorspronkelijk is bedoeld: verzekering van langdurige zorg voor kwetsbare groepen. Daarnaast zijn er veranderingen in gang gezet – zoals het uniformeren van de indicatiestelling en de invoering van bekostiging naar zorgzwaarte – om binnen de AWBZ tot een betere uitvoering en meer kwaliteit te komen.

Met deze maatregelen heeft het kabinet al voorwerk verricht voor mogelijke toekomstige veranderingen in de AWBZ. Er zijn over dit onderwerp verschillende rapportages verschenen waaronder de rapporten van de werkgroep Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)¹ en het College voor zorgverzekeringen (CVZ)². Deze rapportages hebben met elkaar gemeen dat zij tot de conclusie komen dat de AWBZ op de langere termijn niet houdbaar zal zijn. De rapporten pleiten daarom voor fundamentele herzieningen in de AWBZ. In dit verband zijn voorstellen gedaan voor verbeteringen in de organisatie van de zorg en voor het bereiken van meer inhoudelijke samenhang in de zorg (minder schotten door overhevelingen van aanspraken naar andere domeinen).

Het kabinet heeft op 9 juni 2006 zijn standpunt op deze rapportages geformuleerd. Dit was een kabinetsvisie op hoofdlijnen. Zoals in de brief aangekondigd, zou op een aantal onderdelen (ook wel bouwstenen genoemd) een verdere uitwerking plaatsvinden. Hoewel niet was voorzien dat de actuele politieke ontwikkelingen tot het vervroegd demissionair worden van het kabinet zouden leiden, wil ik de eerdere toezegging gestand doen. Het resultaat van de technische uitwerkingen stel ik graag met deze brief ter beschikking aan de Kamer.

¹ Mensen met een beperking in Nederland, de AWBZ in perspectief, Zoetermeer 2005.

² Toekomst AWBZ, Diemen 2004 en Zorg en participatie gegarandeerd, Diemen 2005.

2. Bouwstenen voor de langdurige zorg en ondersteuning

2.1 Context en introductie bouwstenen

In de brief van 9 juni 2006 heeft het (vorige) kabinet geen besluit genomen over wijzigingen van de AWBZ, met uitzondering van het in principe opheffen van de zorgkantoren per 1 januari 2009. Eventuele verdere wijzigingen worden overgelaten aan een nieuw kabinet. Het kabinet heeft – op basis van de hiervoor genoemde rapporten van onder andere de werkgroep IBO, de RVZ en het CVZ – inmiddels op een aantal onderdelen een nadere verkenning gepleegd van de mogelijkheden die er zijn om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg die nu via de AWBZ wordt geleverd, ook in de toekomst te garanderen. Daarvoor is nodig dat de mogelijkheden om de zorg doelmatiger te verlenen, optimaal worden benut en dat de zorg beter aansluit bij de wensen van cliënten. Concreet gaat het erom dat mensen met beperkingen nu en in de toekomst de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben en dat zij zo volwaardig mogelijk kunnen meedoen in de maatschappij. In de genoemde rapporten zijn voorstellen gedaan voor een betere organisatie van de zorg. Daarnaast pleiten de rapporten, onder randvoorwaarden, voor overheveling van AWBZ-zorgaanspraken naar de Zvw en de Wmo. Gelet op deze voorstellen en de resultaten van de nadere technische verkenningen wil ik aan de hand van een viertal mogelijke benaderingen voor de toekomst van de AWBZ, in de volgende paragraaf hiervan verslag doen door te laten zien hoe deze mogelijke maatregelen – in samenhang – kunnen uitwerken.

Tot slot zal ik in paragrafen 2.3 en 2.4. apart ingaan op het volledige cliëntgebonden financieren en de brede eerste lijn.

2.2 Vier mogelijke benaderingen voor een toekomstige AWBZ

In deze paragraaf ga ik in op de volgende vier benaderingen¹:

1. Betere organisatie – Geen pakketaanpassing, wel betere organisatie van de AWBZ.
2. Betere afbakening – Duidelijke afbakening van aanspraken in de AWBZ.
3. Gerichtte inzet – Extramurale zorg naar Zvw en naar de Wmo.
4. Onderbrengen van alle zorg uit de AWBZ in Zvw en Wmo.

Bij de eerste benadering zal ik ook ingaan op het besluit van het kabinet de taken van de zorgkantoren in principe per 1 januari 2009 over te hevelen naar de zorgverzekeraars.

De beschreven benaderingen zijn oplopend in mate van ingrijpendheid. De eerste benadering betekent geen aanpassingen in het verzekerde pakket maar wel verbeteringen in de uitvoering. Deze maatregelen kunnen worden beschouwd als no regret maatregelen. De beschrijving van de daaropvolgende benaderingen vergen steeds verdergaande wijzigingen van de AWBZ. De beschrijving is zodanig van opzet dat benadering twee tevens de maatregelen uit benadering één omvat en benadering drie tevens die van benadering twee (enzovoorts). Dit maakt dat elke benadering gezien kan worden als mogelijk eindperspectief, maar ook als mogelijke tussenstap in een overgangstraject naar een eventueel verdergaand eindperspectief.

Benadering 1: geen pakketaanpassing, wel betere organisatie van de AWBZ

De AWBZ blijft intact. Wel zal worden voortgeborduurd op reeds in gang gezette maatregelen om tot een betere uitvoeringspraktijk te komen: taken zorgkantoren naar zorgverzekeraars, bekostiging naar zorgzwaarte doorgevoerd, verdere verbetering indicatiestelling, kwaliteitsprojecten vinden doorgang.

¹ De AWBZ omvat naast de functies (PV, VP, OB, AB, VB, BH) een aantal overige aanspraken: uitleen verpleegartikelen, voortgezet verblijf, doventolken, prenatale zorg, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinatieprogramma voor zuigelingen en jonge kinderen en enkele subsidies. Los van de beschreven benaderingen is het de bedoeling deze aanspraken over te brengen naar andere, passender financieringssystemen in de gezondheidszorg (Wmo, Zvw, voorziene wetgeving inzake publieke gezondheid, Rijksbegroting en Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)).

Bij deze benadering gaat het erom meer kwaliteit en doelmatigheid te bereiken binnen het bestaande kader van de AWBZ. Dit betekent dat de reikwijdte van de AWBZ ongewijzigd blijft. Er vinden dus geen overhevelingen van functies/zorgaanspraken plaats vanuit de AWBZ naar andere domeinen. De inspanningen zijn erop gericht de organisatie en uitvoering van de AWBZ klantgericht en doelmatiger vorm te geven. Daarbij wordt voortgeborduurd op maatregelen die reeds in gang zijn gezet.

Concreet gaat het dan om het doorgaan met:

1. Verdere uniformering en verbetering van de indicatiestelling.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg dat is gestart op 1 januari 2005, hanteert een geprotocolleerde werkwijze waarmee de indicatiestelling verder geüniformeerd en verbeterd wordt. Daarnaast is een aantal standaardindicatieprotocollen ontwikkeld. De beleidsregels worden begin 2007 vastgesteld. De leesbaarheid van het indicatiebesluit voor de cliënt wordt geoptimaliseerd.

2. Vaststelling en implementatie van normen voor verantwoorde zorg.

In de verpleging, verzorging en thuiszorg is het toetsingskader verantwoorde ingevoerd. In de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is het toetsingskader in ontwikkeling.

3. Meer transparantie in kwaliteit van zorg.

Het gefaseerde en gelaagde toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is integraal onderdeel van de jaarverantwoording van zorginstellingen. Voor iedere burger is deze informatie toegankelijk via www.jaarverslagenzorg.nl

4. Implementatie van integrale tarieven (inclusief kapitaallasten).

In 2008 zal binnen deze benadering worden gestart met de invoering van integrale ZZP-tarieven (inclusief kapitaallasten). De komende tijd wordt gezien hoe een snelle overgang naar volledige risicodragendheid en afschaffing van het bouwregime op verantwoorde wijze kan worden vormgegeven.

5. Scheiden wonen en zorg in de AWBZ.

Het actieplan wonen en zorg van VROM en VWS waarmee gestimuleerd wordt dat er voldoende geschikte woningen beschikbaar komen, is in uitvoering. Er wordt momenteel onderzoek uitgevoerd naar de financiële en andere effecten van scheiden van wonen en zorg. Daarbij zal tevens worden gezien voor welke doelgroepen het budgettair scheiden van wonen en zorg wenselijk is.

6. Meer transparantie in de financiering door invoering van bekostiging naar zorgzwaarte.

De voorbereiding van de invoering van de zorgzwaartebekostiging (ZZP's) in 2007 is gestart. Ook voor de extramurale zorg wordt een dergelijk traject in gang gezet. Naar analogie van de zorgzwaartepakketten intramuraal worden ook extramuraal zorgpakketten ontwikkeld. Dit maakt het mogelijk om ook voor de extramurale zorg indicatiestelling en financiering te vereenvoudigen. Tevens hebben aanbieders ten opzichte van de huidige situatie dan een groter belang om zo effectief en doelmatig mogelijk de klant te helpen en maatwerk te leveren. Innovatie die de arbeidsproductiviteit bevordert, zoals telezorg, wordt dan beloond in plaats van ontmoedigd.

7. Verbetering van de zorginkoop en zorgregistratie en overheveling taken van zorgkantoren,

De zorgkantoren doen de zorginkoop via procedures van aanbesteding conform objectieve criteria (weging van kwaliteit en prijs). De zorgregistratie in de AWBZ en in het bijzonder de kwaliteit van het berichtenverkeer wordt verder verbeterd. Hieronder zal ik apart ingaan op het besluit tot overheveling van taken van zorgkantoren naar zorgverzekeraars.

Met betrekking tot het overhevelen van AWBZ-taken naar zorgverzekeraars is een traject in gang gezet. Bij de te nemen maatregelen voor een klantgerichte en doelmatige uitvoering is ook aan de orde de overheveling vanaf 2009 van de taken van de zorgkantoren – de huidige aanwijzing van zorgkantoren loopt dan af – naar individuele zorgverzekeraars. Het (vorige) kabinet heeft daartoe in principe besloten. Het gaf daarbij aan, alvorens definitieve stappen te zetten, eerst te overleggen met Zorgverzekeraars Nederland over, onder andere, de uitvoeringsgevolgen. Inmiddels is hierover met de zorgverzekeraars overleg gevoerd. De zorgverzekeraars stellen zich constructief op en werken mee aan de verdere aanpak. Ook het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse zorgautoriteit zijn inmiddels betrokken bij deze maatregel. Met deze maatregel wordt de relatie tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekerden versterkt. Voor de cliënt betekent het dat deze in beginsel één aanspreekpunt heeft voor zowel de Zvw als de AWBZ. Om de overheveling van de taken van de zorgkantoren naar de zorgverzekeraars te kunnen realiseren, is een aantal acties nodig:

- 1 de organisatie van zorgcontractering en zorgtoewijzing behoeft verandering en daarnaast is het nodig de financiering van de AWBZ-zorg aan te passen (een budget per zorgverzekeraar in plaats van per zorgkantoor);
- 2 de administraties bij zorgverzekeraars en zorginstellingen zullen geschikt gemaakt moeten worden voor declaratieverkeer. Ook dienen uitwisselingsstandaarden te worden ontwikkeld en geïmplementeerd;
- 3 in kaart moet worden gebracht welke systemen van toezicht het beste passen bij het model voor 2009; in het verlengde hiervan dient ook de doorontwikkeling van systemen van tarief- en prestatie-regulering en overige vormen van marktwerking na 2009 te worden bezien;
- 4 de wet- en regelgeving zal op enkele punten aanpassing behoeven om te regelen dat zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren.

De zorgverzekeraars zullen met bovengenoemde maatregelen in de AWBZ nog geen risico lopen. Het afschaffen van de zorgkantoren is echter wel een noodzakelijke stap om op termijn de uitvoering (deels) risicodragend te maken. Tot dat moment zullen doelmatigheidsprikkels op andere manieren moeten worden gerealiseerd. Daarbij kan worden gedacht aan maatstafconcurrentie en prestatieafspraken. Wanneer de taken van de zorgkantoren zijn overgeheveld naar individuele zorgverzekeraars zal ook de contracteerplicht voor intramurale zorg (de verplichting dat zorgverzekeraars alle zorgaanbieders een contract moeten aanbieden) worden afgeschaft. Deze maatregelen zouden gekoppeld kunnen worden aan gerichte prestatieafspraken met de zorgverzekeraars over doelmatige zorginkoop ter beheersing van de uitgavenontwikkeling. In de periode na 2009 kunnen zorgverzekeraars geleidelijk meer risico gaan lopen over de AWBZ-uitvoering (ontwikkeling risicovereveningsmodel).

Over deze maatregel heb ik een uitvoeringstoets gevraagd aan de NZa. De NZa zal daarin onder andere in beeld brengen welke systemen van toezicht het beste passen bij het model voor 2009. De NZa zal deze uitvoeringstoets begin volgend jaar vaststellen. De brief waarin ik de NZa het verzoek om een uitvoeringstoets voorleg, treft u bijgevoegd aan.¹

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Benadering 2: betere afbakening van aanspraken in de AWBZ

De aanspraken en grondslagen AWBZ worden kritisch tegen het licht gehouden. Waar nodig wordt een duidelijkere omschrijving van de aanspraak in het Besluit zorg-aanspraken AWBZ opgenomen.

Bij deze benadering is het doel de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen door – in aanvulling op de maatregelen genoemd bij 1 – een scherpere afbakening van de AWBZ te realiseren ten opzichte van andere domeinen. Dit kan door enerzijds beter te omschrijven wat tot de aanspraken behoort dan wel aanspraken te clusteren en anderzijds door (kleine) delen van de zorg of ondersteuning die inhoudelijk samenhangen met hulpverlening in andere domeinen (met name de Wmo), over te hevelen.

- 1 Aandacht vraagt een betere afbakening van de aanspraken ondersteunende en activerende begeleiding. Het CVZ heeft geadviseerd het onderscheid tussen beide functies op te heffen en een deel van de functie activerende begeleiding samen met ondersteunende begeleiding om te vormen tot de functie begeleiding. Voor het overige zou activerende begeleiding onderdeel kunnen worden van de functie behandeling.
- 2 Daarnaast zouden de grondslagen binnen de AWBZ kritisch tegen het licht kunnen worden gehouden vanuit de doelstelling van de AWBZ, te weten het verzekeren van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg. Vanuit dat perspectief is een mogelijkheid de psychosociale grondslag als zelfstandige grondslag in de AWBZ te schrappen. Uiteraard zouden de hiermee gemoeide financiële middelen dan over moeten gaan naar degene die deze zorg gaat leveren.
- 3 Ook is een overweging de aanspraak op verblijf te verduidelijken zodat de lichtere groep – mensen die nog regie over het eigen leven kunnen voeren – niet meer geïndiceerd wordt voor de functie verblijf. Voor diensten kan deze groep zich dan wenden tot de gemeenten die op grond van de Wmo een compensatieplicht hebben.

Benadering 3: gerichte inzet AWBZ-zorg, extramurale zorg naar Wmo en Zvw

De AWBZ is een verzekering die de zorg verzekert voor mensen die permanent toezicht, een beschermende woonomgeving of een therapeutisch leefklimaat nodig hebben.

Dit scenario combineert verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid binnen het kader van de AWBZ (zie benaderingen 1 en 2) met het nastreven van inhoudelijke winst in de zorg voor de cliënt door overheveling van de extramurale zorg naar Zvw en Wmo. Juist de groep cliënten die extramurale zorg ontvangt, maakt daarnaast of in aanvulling daarop veelal gebruik van zorg en ondersteuning uit of de Zvw of de Wmo. Het onderbrengen van deze zorg in de Zvw en de Wmo kan inhoudelijke synergie opleveren. De AWBZ wordt daarmee een verzekering voor mensen die verblijfszorg/intramurale zorg nodig hebben.¹

Overwegingen bij deze aanpak kunnen zijn:

- 1 Van de huidige extramurale AWBZ-aanspraken hebben de functies ondersteunende begeleiding en een deel van de functie activerende begeleiding relatief veel samenhang met het lokale domein. De zorg die op basis van deze functies wordt aangeboden, zou dan voornamelijk gericht zijn op de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking.
- 2 Als deze functies onder de Wmo worden gebracht onder de gezamen-

¹ Overigens past bij het hier gehanteerde onderscheid tussen verblijfszorg/intramurale zorg (blijft in de AWBZ) en extramurale zorg (gaat naar Zvw en Wmo) de kanttekening dat – bij invoering van de mogelijkheid volledige zorg thuis (full package) – de verblijfszorg in de toekomst zowel thuis als in een instelling aangeboden kan worden. In het geval van verblijfszorg thuis zal de AWBZ-zorg dus buiten de instelling worden geleverd.

lijke noemer van begeleiding, zou ook de arbeidsmatige dagbesteding hier bijvoorbeeld goed kunnen worden gepositioneerd vanwege de relatie met de Wet sociale werkvoorziening en de Wet werk en bijstand. Hiermee worden de regierol voor gemeenten en de mogelijkheden tot verknoping van beleid dat is gericht op verschillende vormen van participatie, verder versterkt.

- 3 Voor de dagbesteding die momenteel geboden wordt in kinderdagcentra voor gehandicapte kinderen, ligt overheveling naar het gemeentelijke domein waarschijnlijk minder voor de hand. De kinderdagcentra bieden over het algemeen zorg aan zwaar gehandicapte kinderen die op oudere leeftijd voor een verblijfsindicatie in aanmerking komen.
- 4 De huidige extramurale functies behandeling, verpleging en persoonlijke verzorging hebben de meeste samenhang met de curatieve zorg. Het betreft individueel te leveren op de aandoening gerichte zorg die vooral aan ouderen wordt geleverd. Deze zorg lijkt grotendeels van geneeskundige zorg in de Zvw. Overheveling naar de Zvw kan dan ook tot verbetering van de kwaliteit van de keten leiden, omdat de zorg dan vanuit een systeemverantwoordelijke wordt aangeboden.
- 5 Aandachtspunt vormen overigens wel de goed af te bakenen groepen die ook gebruik maken van behandeling, maar dan niet de medisch getinte behandeling, zoals de behandeling op orthopedagogisch vlak van lichtverstandelijk gehandicapte jongeren. Zoals u bekend, staat in de reactie van het kabinet op de IBO jeugdbeleid dat wordt overwogen het zorgaanbod voor deze groep over te hevelen naar de jeugdzorg.

Ik merk op dat deze benadering tijd vergt. Voor eventuele overhevelingen naar de Wmo is aanpassing van wet- en regelgeving nodig. Daarnaast zal een verdeelmodel moeten worden opgesteld en gemeenten zullen voorbereid moeten worden op hun nieuwe taak. Zorgvuldige overgang, gegevensverzameling en – overdracht zijn belangrijke aspecten bij de implementatie. Er dient dan ook rekening te worden gehouden met een behoorlijke invoeringstermijn.

Met het oog op eventuele overhevelingen naar de Zvw van de aanspraken verpleging, verzorging en behandeling is de afgelopen periode gekeken naar de mogelijkheid de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars te koppelen aan ex ante risicoverevening via het zorgverzekeringsfonds. Ook hiervoor geldt dat aanvulling van dat model wel enige jaren in beslag zal nemen en zorgverzekeraars moeten ook de kosten kunnen beïnvloeden voor ze daadwerkelijk risicodragend worden. Om het vereveningsmodel vorm te geven is naar inschatting een invoeringstermijn nodig van 3 à 4 jaar. Het overhevelen van delen van de AWBZ naar de Zvw heeft wel gevolgen voor de lastenverdeling en de premiestructuur. Deze effecten kunnen in principe worden gemitigeerd door verschuivingen in de rijksbijdrage Zvw, het aanpassen van percentages in de zorgtoeslag of het wijzigen van een inkomensafhankelijke bijdrage voor werknemers. Varianten hiervoor behoeven nadere uitwerking rekening houdend met koopkrachtgevolgen en gevolgen voor lastenverschuivingen voor burgers en bedrijfsleven. Ook dat vergt tijd.

Benadering 4: Onderbrengen van alle zorg uit de AWBZ in Zvw en Wmo (tweesporenbeleid)

De AWBZ-zorg wordt deels ondergebracht in de Zvw en deels in de Wmo. De AWBZ als afzonderlijk instrument komt te vervallen.

Ten opzichte van de vorige benaderingen zou in deze variant ook alle intramurale zorg worden overgeheveld, dat wil zeggen zorg aan mensen die een indicatiebesluit hebben gekregen waarin in ieder geval de functie verblijf onderdeel vormt van het indicatiebesluit.

Het belangrijkste verschil met de vorige benaderingen is dat de mensen die deze vormen van zorg krijgen, altijd de functie verblijf geïndiceerd krijgen en daarmee een integraal pakket aan zorg (en diensten). Het integrale pakket wordt ook door één zorgaanbieder geleverd.

- 1 Bij die cliënten die somatische zorg nodig hebben (bijvoorbeeld de somatische verpleeghuissector), is waarschijnlijk eveneens sprake van een sterke samenhang met de cure (Zvw). Overheveling van deze zorg naar de Zvw is hier dus zeer wel denkbaar.
- 2 Voor mensen die op basis van een andere grondslag – psychogeriatrisch, ernstig verstandelijk gehandicapt en chronisch psychiatrische patiënten – zijn opgenomen in een zorginstelling dan wel verblijfszorg thuis krijgen, is nader onderzoek nodig om te bepalen of er meerwaarde is bij overheveling naar de Zvw. Een ander scenario voor deze groep zou zijn deze zorg op een andere manier rechtstreeks te blijven financieren vanuit de rijksoverheid (bijvoorbeeld via een ZBO); nader bezien moet worden de voor- en nadelen in vergelijking met het handhaven van de AWBZ voor deze groep.
- 3 Voor de mensen die in een instelling verblijven, is het mogelijk om scheiden van wonen en zorg door te voeren. Dit is ook in de overige benaderingen van belang. Het integrale zorg- en dienstenpakket kan voor deze groep (full-package) gehandhaafd blijven. Dit zorg- en dienstenpakket voor deze groepen zou integraal kunnen worden overgeheveld naar de Zvw of de Wmo.

2.3 Mogelijkheden voor volledige cliëntgebonden financiering

Zoals aangekondigd in de brief van 9 juni 2006 is ook nader bezien wat de mogelijkheden zijn om de zorg volledig cliëntgebonden te financieren. Dit is op drie manieren gedaan: enerzijds is een literatuurstudie uitgevoerd, anderzijds is een aantal hoogleraren benaderd met het verzoek hun visie hieromtrent te geven.¹ Vervolgens is hierop vanuit consumentenzijde een reactie gevraagd. De resultaten van deze eerste gedachtebepaling zijn neergelegd in de ambtelijke notitie «Zelf zorg inkopen» (bijlage).² Zoals blijkt uit de literatuurstudie en de vier bijdragen van hoogleraren zijn er vele voor- en nadelen aan het volledig doorvoeren van een cliëntgebonden financiering. De voordelen zijn evident: meer (keuze)vrijheid voor de klant, meer dynamiek door vraagsturing en meer kwaliteit en zorg op maat in de zorgverlening. Als nadelen zijn, onder andere, naar voren gebracht dat mogelijke schaalvoordelen bij de onderhandelingen door individuele cliënten beperkt zijn, dat de transactiekosten hoger zijn, dat niet alle cliënten in staat zijn alle aspecten van de zorg te beoordelen en dat mogelijk sprake is van monetarisering van de mantelzorg. Alhoewel de vier bijdragen elk een eigen perspectief hebben, worden dezelfde aandachtspunten beschreven. Geen van de betrokkenen houdt een pleidooi voor het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ. Allen benadrukken het belang van de keuzemogelijkheid tussen zorg-in-natura én een persoonsgebonden budget (pgb). Het benadrukken van deze keuzemogelijkheid heeft te maken met de overtuiging dat een pgb niet voor iedereen is weggelegd. Niet elk individu beschikt immers over de kwaliteiten die nodig zijn om met een pgb zorg te kunnen inkopen.

Gezien het voorgaande is het wellicht verstandig om de focus te verleggen van het volledig doorvoeren van persoonsgebonden financiering naar verbreding of aanpassing van de huidige pgb-regeling. Ook andere varianten als restitutie en het persoonsvolgende budget verdienen het nader te worden bestudeerd op hun voor- en nadelen. Uiteindelijk zullen eventuele uitbreidingen van de pgb-regeling of invoering van andere vormen van persoonsgebonden bekostiging moeten passen binnen de publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Op dit moment is terzake nog geen beleidskeuze

¹ Prof. Van Houten (Hoogleraar Sociaal Beleid en organisatie, Universiteit voor Humanistiek), prof. Keuzenkamp (hoogleraar Verzekeringkunde, Universiteit van Amsterdam), prof. Groot en prof. Maassen van den Brink gezamenlijk (respectievelijk Hoogleraar Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht) en prof. Schut. (Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam).

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

gemaakt. In de gevraagde reactie van consumentenzijde op de ambtelijke notitie «Zelf zorg inkopen» wordt benadrukt dat het van belang is bij het nadenken over persoonsgebonden bekostiging zoveel mogelijk de bestaande situatie in de AWBZ los te laten. Pas dan zijn nieuwe perspectieven mogelijk. Met andere woorden over dit onderwerp en de kansen die het biedt voor een nieuwe ordening van de AWBZ, is het laatste woord nog niet gesproken. Ik acht het bijvoorbeeld in dit verband ook van belang dat de cliëntenorganisaties nagaan of mogelijke bezwaren van cliëntgebonden financiering kunnen worden weggenomen bijvoorbeeld door het organiseren van inkoopmacht. De eventuele uitwerking van persoonsgebonden financiering is derhalve een aangelegenheid die zal worden overgelaten aan het volgende kabinet.

2.4 Brede eerste lijn

Ongeacht welke scenario, het concept van een brede eerste lijn zal de komende tijd naar de mening van dit kabinet nader uitgewerkt moeten worden. Onlangs nog heeft de NPCF partijen uitgenodigd rond dit thema kleur te bekennen naar aanleiding van haar toekomstvisie over eerstelijnszorg. De huidige kaders (opgebouwd vanuit de verschillende wettelijke kaders: Zvw, AWBZ, Wmo, Wcpv) voorzien primair het eigen domein. Tussen deze domeinen kunnen afstemmingsproblemen ontstaan die belemmerend werken om integrale zorg en ondersteuning op maat te realiseren. De brede eerste lijn kan hiervoor een oplossing bieden. Dit betekent niet dat alle grensproblematiek tussen (zorg- en welzijn-)systemen is op te lossen. Het is niet mogelijk om alle zorg en ondersteuning via één systeem aan te bieden. De uitdaging is om oplossingen van knelpunten niet primair te zoeken in wijziging op het niveau van systemen (en de jaren die dit zou kosten), maar eerder in verandering van werkwijze, bereidheid tot samenwerking en het definiëren van gemeenschappelijke problemen met niet vrijblijvende afspraken over bijvoorbeeld één loket (toegang) en regie (coördinatie).

Er is nagegaan of het, aansluitend bij het lopende traject van de versterking van de curatieve eerste lijn, mogelijk is de samenhang en samenwerking tussen maatschappelijke ondersteuning (Wmo), preventieve gezondheidszorg (Wcpv) en langdurige zorg (AWBZ) nader vorm en inhoud te geven. De zogenaamde brede eerste lijn. Een eerste noodzakelijke stap in dit traject zou zijn om te bepalen hoe de coördinatie vorm moet krijgen en bij wie in dat verband de regie komt te liggen (huisarts, gemeente, GGD of thuiszorg). Dit wordt overgelaten aan het volgende kabinet.

3. Tot slot

Met bovenstaande uiteenzetting heeft dit kabinet enkele mogelijke toekomstperspectieven voor de AWBZ geschetst als nadere invulling van de brief van 9 juni 2006. Het is nu aan het volgende kabinet hieraan een vervolg te geven. Gelet hierop zullen in deze fase uiteraard geen onomkeerbare stappen meer worden gezet. Het gaat veelal om het afronden van werkzaamheden die al eerder zijn opgestart. Wel zal dit kabinet de voorbereiding van de overheveling van de taken van zorgkantoren naar zorgverzekeraars voortzetten.

Dit kabinet heeft belangrijke stappen gezet om het stelsel van zorg en ondersteuning te verbeteren. Dat betekent echter niet dat het stelsel niet doelmatiger of klantvriendelijker kan worden ingericht. Met de introductie van de Zvw en de Wmo is de vraag aan de orde of een verdere verbetering mogelijk is. Met de informatie in deze brief biedt het kabinet een aantal feiten en afwegingen die relevant zijn bij eventuele keuzes hieromtrent.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp