

Vergaderjaar 2001–2002

26 631

Modernisering AWBZ

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 19

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 april 2002

1. Inleiding

In het algemeen overleg over de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het pgb van 24 januari jl. heb ik toegezegd u in april een brief te doen toekomen waarin ik aangeef op welke wijze en met welk tijdpad de implementatie van de voorstellen ter hand zal worden genomen, zodat invoering van de vervolgstappen per 1 januari 2003 mogelijk is. Met deze brief doe ik deze toezegging gestand. De moderniseringsvoorstellen zijn bij brief van 14 februari jl. (PP/AWBZ/2258278) aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) voorgelegd met een verzoek om een uitvoeringstoets. De aanvraag uitvoeringstoets met daarbij gevoegd een aanzet voor de functiegerichte omschrijving van de aanspraken heeft u eerder aangehouden als bijlage bij de voortgangsrapportage Groot Project van 28 februari 2002 (TK, vergaderjaar 2001–2002, 26 631, nr 18). In verband met de nadere uitwerking van de voor modernisering van de AWBZ benodigde wet- en regelgeving heb ik de Colleges gevraagd een aantal vragen reeds voor 1 april jl. te beantwoorden. De Colleges hebben aan dit verzoek voldaan zodat hiermee in die nadere uitwerking adequaat rekening kan worden gehouden. Voor zover relevant voor de onderwerpen die in deze brief aan de orde zijn, komen deze uitvoeringstoetsen hier onder aan bod. De uitvoeringstoetsen zijn bijgevoegd als bijlage 1.¹

In mijn brieven van 17 juli 2001 (TK, vergaderjaar 2001–2002, 26 631 en 25 659, nr. 14) en 9 november 2001 (TK, vergaderjaar 2001–2002, 26 331 en 25 657, nr. 16) heb ik de met de modernisering beoogde resultaten uiteengezet. Kort samengevat komen die neer op het bieden van keuzevrijheid voor cliënten tussen een persoonsgebonden budget of zorg in natura en het creëren van meer keuzemogelijkheden door nieuwe zorgaanbieders toe te laten en de huidige aanbieders de gelegenheid te bieden AWBZ-breed (ontschot) zorg te leveren.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De maatschappelijke urgentie van de modernisering behoeft geen betoog, maar het maken van deze omslag van een aanbod- naar een vraag-gestuurd systeem kan niet van de één op de andere dag worden gerealiseerd. In het in deze brief beschreven transformatieproces wordt voorgesteld per 1 januari 2003 de eerste beslissende stappen te zetten door het in werking treden van de AWBZ-brede gedereguleerde regeling voor het persoonsgebonden budget en het vanaf die datum beginnen met AWBZ-breed zorg in natura aan te bieden. Om die eerste stappen te kunnen zetten moet voor 1 januari 2003 aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. In de eerste plaats is dat het omschrijven van de AWBZ-aanspraken in functies in plaats van de huidige institutioneel gedefinieerde aanspraken. Ten tweede moet er op basis van deze functies worden geïndiceerd. En ten derde moet per functie een klasse-indeling worden vastgesteld met waar nodig een omslagpunt. Naast het tijdig kunnen beschikken over deze instrumenten moet voor het persoonsgebonden budget «nieuwe stijl» de waardebeoordeling en voor zorg in natura het AWBZ-breed kunnen leveren van zorg worden geregeld. In de per 1 januari 2003 te realiseren veranderingen ligt het accent op de extramurale zorgverlening. In de volgende paragrafen van deze brief worden de hiervoor genoemde onderwerpen nader uitgewerkt in termen van inhoud en te ondernemen activiteiten.

Het voorgestelde transformatieproces is in drie sporen te onderscheiden. In de eerste plaats moet er regelgeving worden aangepast. Voorstellen voor regelgeving moeten zo mogelijk begin juli voor advies aan de Raad van State worden voorgelegd zodat – na vaststelling – waar nodig tijdig de voorhangprocedure kan worden gestart. In het tweede spoor wordt op locatie met de betrokken veldpartijen proefgedraaid. Proefdraaien om de nieuwe systematiek op zijn uitvoerbaarheid te testen. Deze modelprojecten starten in april en worden in augustus afgerond om de ervaringen vervolgens te benutten in het implementatietraject. In het derde spoor komt de communicatie aan bod. Op 2 april jl. is de communicatiecampagne gestart met een première in Den Haag. In deze campagne zullen vervolgens in 25 regionale bijeenkomsten de moderniseringsplannen worden gepresenteerd en zal over de invoering van gedachten worden gewisseld.

De 3-sporenbenadering onderstreept mijn opvatting dat deze majeure veranderingsoperatie alleen kan slagen wanneer de betrokkenen in de regio deze «op handen» dragen en er steeds voldoende oog is voor samenhang en uitvoerbaarheid. Daarom worden de te nemen maatregelen ook fasegewijs ingevoerd en wordt steeds ruimte gecreëerd om gekozen systematieken (zoals bij de waardenbeoordeling-pgb en de klasse-indeling) in proefprojecten uit te testen. Tegen de achtergrond hiervan volg ik ook graag de aanbeveling van het CVZ de invoering van de modernisering te monitoren, zodat waar nodig tijdig bijstelling kan plaatsvinden. Over de vormgeving van deze monitor zal ik nog nader met het College overleggen. Betrokkenheid van de verschillende actoren, acht ik daarbij gewenst.

2. Functiegerichte aanspraken

De hiervoor genoemde prioriteit van een nieuwe AWBZ-brede pgb-regeling en het starten met het AWBZ-breed aanbieden van zorg in natura, noodzaakt tot de introductie van een systeem van functiegerichte aanspraken. Kort en goed betekent dit dat op 1 januari 2003 de huidige institutionele aanspraken vervangen dienen te zijn door functiegerichte aanspraken. Als bekend gaat het om in totaal zeven functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Om dit te realiseren wordt in de loop van juni de concept-amvb met daarin opge-

nomen de benodigde aanpassingen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) voor advies naar de Raad van State gezonden. Na vaststelling van het BZA wordt de voorhangprocedure gestart.

Het CVZ constateert in de eerste tranche van zijn uitvoeringstoets dat de nieuwe functies in grote lijnen overeenstemmen met het huidige aansprakenpakket. Wel geeft het CVZ aan dat de omschrijving van de functies en de toelichting daarop nog verder verbeterd kan worden. Het CVZ biedt zijn medewerking hierbij aan. Kort samengevat stelt het CVZ voor:

- de «logeeropvang» te scharen onder de functie «verblijf» en de «kortdurende nachtopvang» gelijk te schakelen met «dagopvang» onder de functie «ondersteunende begeleiding».
- het beleid inzake zorgonderdelen die niet herleidbaar zijn tot een individuele hulpvraag (voorlichting, advies en instructie) af te stemmen op het beleid verwoord in mijn brief van 19 november 2001 over de SPD-en nieuwe stijl (kenmerk DGB/OAG-2232661). In deze brief wordt gesteld dat advies- en informatietaken van de SPD niet tot de aanspraken behoren en dat deze taken het zorgdomein overstijgen.
- de omschrijving «hulpmiddelen» die nu onderdeel vormen van de zogenaamde art. 3-voorzieningen in het Besluit zorgaanspraken (BZA) en op dit moment betrekking hebben op een intramurale verstrekking, uit te breiden met de functie «persoonlijke verzorging» teneinde aan te sluiten bij de huidige situatie.
- ten aanzien van de omschrijving van de functie «behandeling» aanvullend in het BZA op te nemen dat «*behandeling datgene omvat, wat niet reeds uit hoofde van de ziekenfondsverzekering als verstrekking geldt.*

Uiteraard zullen al deze voorstellen, inclusief het aanbod van medewerking bij het omschrijven van de toelichtingen, serieus worden betrokken bij de verdere vormgeving van het Besluit zorgaanspraken (BZA).

In deze brief wil ik op twee punten die in de uitvoeringstoets van het CVZ aan de orde zijn in het bijzonder ingaan. Het gaat om de onderwerpen «hotel- en welzijnsfuncties» en «vervoer». Beide onderwerpen raken nauw aan het vraagstuk van de extramuralisering. Hierover gaat het vervolg van deze paragraaf.

Hotel- en welzijnsfuncties

Uitgangspunt bij de overgang van institutionele naar functiegerichte omschrijvingen is dat er geen pakketverruiming of -beperking plaatsvindt. De omschrijvingen van de functies zoals die nu voorliggen voldoen aan deze eis. Er worden geen aanspraken toegevoegd of geschrapt. Wat als gevolg van de omzetting wel duidelijker dan in het verleden zichtbaar wordt, is het vraagstuk van de extramuralisering. We zien een ontwikkeling waarbij mensen waarvan we het vroeger niet aannemelijk achtten dat zij zelfstandig zouden willen (blijven) wonen, dat nu wel willen en ook kunnen. De functiegerichte benadering die de zorgbehoefte van de cliënt, los van de instelling of plaats van levering, centraal stelt, bevordert dat ook. Echter, extramuralisering gericht op het zo lang mogelijk thuis laten blijven van mensen, vereist de aanwezigheid van een goede sociaal ondersteunende infrastructuur met een veelheid aan maatschappelijke voorzieningen. Die infrastructuur is nog niet overal in gelijke mate aanwezig. Als gevolg hiervan wordt bij de omzetting van institutionele naar functiegerichte aanspraken de vraag gesteld of het niet zinvol is het dienstenpakket dat nu in een intramurale zorgsetting wordt aangeboden aan de mensen die daar verblijven (maaltijdverstrekking, klussendienst, alarmering, wasservice, ouderenadvisering, sociaal-culturele activiteiten,

etc.), ook vanuit de AWBZ ter beschikking te stellen aan mensen die met een functiegerichte indicatie in hun eigen thuissituatie verblijven. Ten algemene, en dat heb ik ook in het AO van 24 januari al aangegeven, ben ik van mening dat mensen die in hun eigen woning verblijven, gebruik dienen te maken van de algemene voorzieningen die in die situatie voor elke burger openstaan. Dit betekent dat ook AWBZ-geïndiceerden die thuis verblijven, in principe gebruik maken van de gewone maatschappelijke voorzieningen van de Welzijnswet en de WVG. Het realiseren van een sociaal ondersteunende infrastructuur met voldoende maatschappelijke voorzieningen is de verantwoordelijkheid van de lokale overheid. Die verantwoordelijkheid moet daar vooral ook blijven. Een sociaal ondersteunende infrastructuur is er immers voor elke burger. Voorkomen moet worden dat deze maatschappelijke voorzieningen door uitbreiding van het intramurale all-in pakket naar de extramurale situatie alleen bereikbaar worden voor AWBZ-geïndiceerden. Tegelijk moet ervoor worden gewaakt dat de algemene voorzieningen voor AWBZ-geïndiceerden niet beschikbaar zijn. Wat dat betreft is het zaak scherp in het oog te houden dat het op individuele rechten gebaseerde verzekeringssysteem van de AWBZ en het collectieve systeem van de maatschappelijke voorzieningen elkaar niet uitsluiten.

Als gezegd is de aansluiting tussen de AWBZ en de normale maatschappelijke voorzieningen op dit moment niet overal even vlekkeloos vormgegeven. Het in ontwikkeling zijnde dienstverleningsstelsel zal hier op termijn in moeten voorzien. Zolang er imperfecties zijn in deze aansluiting en deze imperfecties het risico in zich dragen dat er een rem op de extramuralisering wordt gezet, wil ik waar dat nodig is zoeken naar tussenoplossingen. Deze tussenoplossingen zijn aan de orde bij «de hotel- en welzijnsfuncties» die momenteel deel uitmaken van het dienstenpakket dat het verzorgingshuis levert en bij het «vervoer». Beide onderwerpen heb ik in de aanvraag om een uitvoeringstoets onder de aandacht gebracht van het CVZ.

Op het punt van de hotel- en welzijnsfuncties heb ik het CVZ gevraagd naar de noodzaak van verlenging van de huidige CTG-beleidsregel «overige reikwijdteverbreding» die geldt voor de verzorgingshuizen en die de verzorgingshuizen in staat stelt hun intramurale dienstenpakket (alarmering, klussendienst, sociale alarmering, maaltijdverstrekking, wasservice, ouderenadviesing, sociaal-culturele activiteiten, etc.) ook aan extramuraal verblijvende cliënten of zelfs niet-geïndiceerden ter beschikking te stellen. Deze beleidsregel heeft een looptijd tot 1 januari 2003.

In algemene zin merkt het CVZ op (pag.16/17) «dat voor oudere mensen die nog zelfstandig wonen een behoefte bestaat aan activiteiten gericht op het voorkomen van vereenzaming, ondersteuning bij (financiële)-administratie, verkrijgen van huursubsidie, activiteiten in verband met veiligheid (huismeester) etc. Het betreft hier met name activiteiten die passen binnen de taken van de gemeenten op grond van de Welzijnswet, zij het dat deze activiteiten niet als individuele aanspraak afdwingbaar zijn. Mensen zijn dus afhankelijk van de mate waarin gemeenten deze activiteiten voor hun burgers organiseren. De signalen zijn dat deze voorzieningen onvoldoende beschikbaar zijn. In die zin is er sprake van een ernstig probleem, echter dat probleem bestaat ook los van de beëindiging van de CTG-beleidsregel». Ten principale oordeelt het CVZ dat de CTG-beleidsregel «overige reikwijdte verbreding» niet gehandhaafd moet worden voor het financieren van zorg die niet tot de aanspraken behoort. Wel beveelt het CVZ aan met de VNG een tussenoplossing te ontwikkelen vooruitlopend op het dienstverleningsstelsel, waarbij de financiële middelen uit de CTG-beleidsregel die niet aan zorg worden besteed kunnen worden betrokken.

Ik kan mij in principe vinden in het standpunt van het CVZ. Hij sluit naadloos aan op mijn opvatting dat extramuraal verblijvende cliënten een beroep doen op de normale maatschappelijke voorzieningen en op het uitgangspunt dat geen pakketverruiming plaats moet vinden. Tegen de achtergrond van deze redenering kan de CTG-beleidsregel «overige reikwijdteverbreding» dus inderdaad worden geschrapt. Evenwel het is niet goed oude schoenen weg te gooien voordat de nieuwe aanwezig zijn. Voor die nieuwe schoenen zijn de genoemde ontwikkeling van een dienstverleningsstelsel en de afspraken die hierover worden gemaakt van cruciaal belang. Afhankelijk van de uitkomsten hiervan kan het standpunt over het al dan niet verlengen van de CTG-beleidsregel later dit jaar nader worden bepaald. Eventuele verlenging van de beleidsregel geldt dan overigens alleen voor de huidige verzorgingshuizen.

Vervoer

Het vervoer is momenteel versnipperd vormgegeven. Soms valt het onder de WVG (sociaal vervoer), soms onder de regeling ziekenvervoer van het tweede compartiment en soms onder de AWBZ (in geval van dagbehandeling in een verpleeginrichting, dagverblijf voor lichamenlijk en verstandelijk gehandicapten en zorg door een instelling voor auditief en communicatief gehandicapten). Op termijn, en ook dat heb ik reeds aangegeven in het AO van 24 januari jl., streef ik naar een structurele uniforme regeling buiten de AWBZ waarin is gewaarborgd dat mensen die voor hun zorg afhankelijk zijn van vervoer daarop een beroep kunnen doen. Deze situatie is in 2003 nog niet bereikt. Vandaar dat ik er in de aanvraag om een uitvoeringstoets vooralsnog in overweging heb gegeven in het BZA als tussenoplossing een artikel op te nemen dat zoveel mogelijk parallel loopt aan de huidige regeling voor vervoer in de AWBZ en waarbij erin wordt voorzien dat waar sprake is van zorg gedurende een dagdeel het vervoer wordt meegefinancierd. Deze tussenoplossing zou een uitbreiding betekenen ten opzichte van de huidige regeling van het vervoer onder de AWBZ (i.c. dagopvang verzorgingshuizen en dagactiviteiten GGZ). Om mijn standpunt nader te bepalen heb ik daarom het CVZ gevraagd een inschatting te maken van de financiële gevolgen van deze uitbreiding.

Het CVZ heeft een eerste voorlopige raming gemaakt waarbij het – conform het conceptartikel – is uitgegaan van het meefinancieren van het vervoer in alle gevallen waarbij sprake is van zorg gedurende een dagdeel. Dit betreft dus ook situaties waarbij mensen vanwege hun aandoening of handicap in principe niet zijn aangewezen op het vervoer. Het CVZ oordeelt vervolgens dat verzekerden die voor het verkrijgen van hun zorg afhankelijk zijn van vervoer daarop ook een beroep moeten kunnen doen. De vraag is echter of dat in alle gevallen van zorg gedurende een dagdeel aan de orde is. Ik ben het met de CVZ eens dat slechts mensen die vanwege hun handicap of aandoening ook zijn aangewezen op vervoer, daarop een beroep moeten kunnen doen. Daarom overweeg ik in ieder geval het betreffende artikel aan te scherpen in die zin dat vervoer alleen aan de orde is bij zorg gedurende een dagdeel indien dit voor het verkrijgen van deze zorg *noodzakelijk* is. Een en ander betekent dat deze voorwaarde (in het individuele geval) bij de indicatiestelling beoordeeld moet worden. Ik zal het CVZ verzoeken op basis van deze aanvullende conditie een nieuwe raming te maken teneinde opnieuw mijn standpunt te kunnen bepalen.

Activiteiten:

- In maanden april en mei wordt het concept BZA in overleg met CVZ aangepast.
- In de maand mei: nieuwe berekening CVZ . Besluitvorming over het

vervoer zal vervolgens plaatsvinden tegen de achtergrond van het financieel beslag op de middelen.

- In de maand juni wordt de concept-amvb met daarin opgenomen de voor de invoering van functiegerichte aanspraken benodigde aanpassingen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) voor advies naar de Raad van State gezonden. Na vaststelling van het BZA kan dan de voorhangprocedure worden gestart.
- Voor 1 januari 2003 vindt besluitvorming plaats over de beëindiging van de CTG beleidsregel «overige reikwijdteverbreding» afhankelijk van afspraken over het dienstverleningsstelsel.

3. Indicatiestelling

De indicatiestelling wordt geënt op de genoemde functies. De afgelopen maanden is gewerkt aan de ontwikkeling van het protocol en formulierenset op basis waarvan functiegerichte indicatiestelling kan plaatsvinden. Hierover is uitgebreid met het veld overleg gevoerd en in de regiegroep indicatiestelling AWBZ is dit stramien onderschreven. Zoals toegezegd in het algemeen overleg van 24 januari jl. is een samenvatting bijgevoegd als bijlage 2.¹

Teneinde de functiegerichte indicatiestelling 1 januari 2003 in te voeren worden de komende maanden de volgende activiteiten ondernomen:

- In de maanden april tot en met juni wordt in een aantal regio's proefgedraaid met het nieuwe systeem van functiegericht indiceren,
- In de maanden april tot en met mei worden er afspraken gemaakt over de aanpassing van de automatisering voor de registratie van de indicatiegegevens op basis van het functiegericht indiceren,
- In april wordt gestart met een bijscholingstraject voor indicatiestellers.
- Deze zomer wordt de concept-amvb met daarin opgenomen de benodigde aanpassingen van het Zorgindicatiebesluit (ZIB) voor advies naar de Raad van State gezonden.

4. pgb-regeling nieuwe stijl

Bij brief van 22 februari 2002 heb ik het CVZ verzocht voor 1 mei een concept-regeling pgb nieuwe stijl te ontwerpen. Deze AWBZ-brede regeling vervangt de huidige sectorale pgb-regelingen en gaat uit van een vereenvoudiging van de uitvoering. Deze brief heeft u – net als de uitvoeringstoetsaanvraag – eerder aangetroffen als bijlage bij de Voortgangsrapportage Groot Project van 28 februari. De concept-regeling moet als een groeidocument worden beschouwd omdat een aantal zaken zoals de klasse-indeling, omslagpunten en waardebepaling pas in de loop van het jaar kunnen worden ingevuld. In de volgende paragrafen wordt hier nader op ingegaan. Ten behoeve van de invoering van de pgb-regeling nieuwe stijl worden de volgende activiteiten ondernomen:

- In mei legt het CVZ mij ter vaststelling een concept-subsidieregeling pgb voor. In verband met de daarin op te nemen klasse-indeling en tarieven pgb zal vaststelling van deze regeling in dit najaar plaatsvinden.
- In de maanden april tot en met augustus wordt door een tweetal zorgkantoren – o.a. met betrokkenheid van cliënten – de uitvoeringsstructuur voor het nieuwe pgb ontwikkeld en uitgetest.
- In de maanden april tot en met augustus vindt de aanbesteding – in overleg met de cliëntenorganisaties – voor de nieuwe facilitaire organisatie door het CVZ plaats.
- In de maanden april tot en met augustus wordt met patiënten- en consumenten organisaties in een modelproject de informatie-

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

voorziening (inclusief benodigde ondersteuning) ten aanzien van de nieuwe regeling ontwikkeld en uitgetest.

5. Klasse-indeling

Als met ingang van 1 januari 2003 de functiegerichte aanspraken worden ingevoerd, zal ook de indicatiestelling functiegericht dienen plaats te vinden. Bij de indicatiestelling zal de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen worden bepaald. De omvang wordt daarbij aangegeven in klassen. Bij de indeling van de functies in klassen wordt uitgegaan van twee soorten klasse-indelingen. In de eerste plaats een klasse-indeling die is gebaseerd op uren. Dit geldt voor alle functies met uitzondering van behandeling en verblijf. Uitgangspunt hierbij is de één op één relatie tussen cliënt en zorgverlening. De twee begeleidingsfuncties kennen naast de indeling gebaseerd op uren ook nog een indeling gebaseerd op dagdelen. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de zorg in groepsverband wordt genoten.

De klasse-indeling voor de functies huishoudelijk verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging is gebaseerd op empirische gegevens uit de indicatiëpraktijk. Uit alle indicaties die in 2001 zijn afgegeven voor zorg thuis is een steekproef getrokken van 36 000 indicaties. Deze zijn nader onderzocht op geïndiceerde functies en omvang. Op basis hiervan is per functie een normaalverdeling gemaakt. Op basis van deze normaalverdelingen is de klasse-indeling gemaakt waarbij minimaal 98% van de geïndiceerde zorgvraag in de klassen is onder te brengen. Voor de klasse-indeling voor de functie ondersteunende begeleiding in uren is gebruik gemaakt van gegevens van het bureau Taksatieschalen dat werkzaam is in de gehandicaptenzorg. Deze gegevens zullen nog worden vergeleken met die uit de pilots bekostiging gehandicaptenzorg. De klasse-indeling voor de functie activerende begeleiding is gebaseerd op de maximum normen zoals weergegeven in het Rapport «Een keten van lege zondagen» van GGZ Nederland. Een concept klasse-indeling voor de eerste 5 functies, plus een voorbeeld van zo'n bovengenoemde normaalverdeling, treft u hierbij als bijlage 3 aan.¹ Uit de normaalverdeling komt zoals te verwachten viel het beeld naar voren dat de zorgintensiteit (zwaarte) voor de grootste categorie geconcentreerd is aan het begin.

De klasse-indeling is zo gekozen dat wordt voldaan aan twee voorwaarden. Enerzijds moet de bandbreedte van de klasse een marge bieden om lichte schommelingen in de zorgvraag op te kunnen vangen waarmee tevens een uitbundige herindicatiepraktijk voorkomen wordt, anderzijds moet de klasse-indeling dusdanig zijn dat aan de reële zorgvraag kan worden voldaan. Alhoewel de voorliggende concept klasse-indeling is gebaseerd op bestaande gegevens, wordt uiteraard onderkend dat het van belang is dat de indeling in de praktijk verder wordt uitgetest. Het uitproberen van de klasse-indeling zal in eerste instantie geschieden in de modelprojecten inzake de indicatiestelling. Bij invoering zal vervolgens monitoring van de klasse-indeling plaatsvinden. Hierdoor zal nauwkeurig kunnen worden gevolgd of een aanpassing van de klasse-indeling nodig is.

Activiteiten:

- In de maanden april t/m juni wordt in een aantal regio's proefgedraaid met het functiegericht indiceren. Daarbij wordt ook de concept klasse-indeling uitgetest op praktische uitvoerbaarheid en financiële gevolgen.
- In het najaar wordt de monitor voor het volgen van de klasse-indeling per 2003 opgezet.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

6. Omslagpunten

Bij het vraagstuk van de omslagpunten gaat het in essentie om twee vragen. In de eerste plaats de financieel-technische vraag op welk moment bij een zelfde zorgbehoefte de levering van zorg in een geclusterde setting (intramuraal) doelmatiger is dan in één op één situatie (bijvoorbeeld thuis). Vervolgens is het een beleidsmatige vraag in welke mate we bereid zijn enige ondoelmatigheid te accepteren teneinde mensen zolang mogelijk hun zorg thuis te laten genieten (denk aan palliatieve zorg). Ik beperk me in deze brief tot de eerste vraag.

In het huidige systeem van institutionele aanspraken wordt een onderscheid gemaakt tussen thuiszorg en instellingszorg. Het omslagpunt in dit systeem wordt bepaald door een vergelijking te maken tussen de kosten van thuiszorg (extramuraal) en de kosten van een instelling (intramuraal). Daarbij gaat het om de gemiddelde kosten van een instelling waarbij geen rekening wordt gehouden met de zorgwaarde van de individuele cliënt. Een dergelijke afweging wordt bijvoorbeeld gemaakt bij het toekennen van het huidige PGB VV. Zo staat in artikel 2.5.1.7., achtste lid, van de Regeling Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2002: «De verzekerde komt niet in aanmerking voor een persoonsgebonden budget indien de kosten van het persoonsgebonden budget ten opzichte van de kosten van opname in een instelling naar het oordeel van het zorgkantoor niet verantwoord zijn.»

In een functiegerichte systeem van aanspraken ziet de situatie er anders uit. In een functiegericht systeem gaat het niet om het onderscheid thuiszorg of instellingzorg, maar wordt de zorgbehoefte bepaald los van de plaats van levering. In een functiegericht model is het verschil tussen de situatie intramuraal en de situatie thuis niet zozeer gelegen in de absolute omvang van de zorgbehoefte, maar in het feit dat sprake is van de noodzaak van continue beschikbaarheid van zorg, respectievelijk de noodzaak van een beschermende leefomgeving. In een functiegericht model gaat het dan feitelijk om de vraag of op zorginhoudelijke gronden de functie «verblijf» moet worden geïndiceerd. De eenmaal vastgestelde zorgbehoefte discrimineert niet naar de plaats van levering. Of iemand zijn zorg nu thuis krijgt of in een intramurale setting: de zorgbehoefte blijft gelijk. Ook intramuraal is een zwaar zorgbehoefte cliënt een dure cliënt. De bekostiging op het niveau van functies is er ook op gericht de geïndiceerde zorgwaarde ongeacht de plaats van levering te kunnen volgen.

Om omslagpunten in een systeem van functiegerichte aanspraken te berekenen is het niet mogelijk en ook niet zinvol een vergelijking te maken tussen de kosten extramuraal en de gemiddelde kosten intramuraal.¹ De gemiddelde kosten intramuraal houden immers geen rekening met de zorgwaarde van de cliënt. Om in een systeem van functiegerichte aanspraken omslagpunten in financiële zin te bepalen is het nodig de kosten extramuraal af te zetten tegen de kosten intramuraal bij een zelfde zorgwaarde. Dat wil zeggen dat de opbrengsten die in een intramurale setting kunnen worden geboekt doordat het aantal productieve uren zorgverlening hoger is (bijvoorbeeld geen reiskosten), worden vergeleken met de intramurale meerkosten die zijn verbonden aan het verblijf (m.n. kapitaallasten).

Om deze berekening te kunnen maken is het nodig te beschikken over de volgende gegevens:

- zorgwaardegegevens op basis van de nieuwe functiegerichte indicatie;
- tarieven van de functies extramuraal;
- correcties voor kapitaallasten verblijf.

¹ Het vraagstuk van omslagpunten in een semimurale setting wordt in het functionele model opgelost door bij de begeleidingsfuncties in de indicatiestelling al een onderscheid te maken tussen één op één begeleiding (gebaseerd op uren) en begeleiding in een groep (gebaseerd op dagdelen). De schaalvoordelen van geclusterde zorgverlening worden doorvertaald in de waardebeoordeling pgb en de naturatarieven.

Deze gegevens zijn nu nog niet beschikbaar. De proeftuin functiegerichte indicatiestelling en aanvraag uitvoeringstoets aan het CTG is er onder andere op gericht deze gegevens boven tafel te halen.

Activiteiten:

- bovenstaande gegevens worden in de maanden april, mei en juni verzameld en doorgerekend;
- deze zomer vindt besluitvorming plaats over de omslagpunten.

7. Waardebepaling pgb

De waardebepaling pgb kent twee componenten: een looncomponent waarin tevens rekening is gehouden met kosten die te maken hebben met «goed werkgeverschap» zoals bijvoorbeeld reiskosten van de hulpverlener, opleidingskosten en verzekeringen en een component indirecte kosten ofwel kosten die samenhangen met het budgethouderschap. Bij dit laatste kan worden gedacht aan de wervingskosten voor hulpverleners, de porto- en telefoonkosten e.d.. De component voor indirecte kosten wordt als procentuele opslag berekend over de eerste component en dient ter vervanging van het huidige forfaitair bedrag. Een bepaald percentage van het budget zal niet verantwoord hoeven te worden. Voor dit niet te verantwoorden bedrag wordt overwogen zowel een absoluut minimum als maximum te definiëren.

De ontwikkeling van de tarieven pgb kent twee tranches. De eerste tranche is het vaststellen van de normen op basis waarvan de looncomponent per functie tot stand zal komen. Deze tranche bevindt zich in een inventariserende fase en zal in mei afgerond worden. De inventarisatie levert het volgende beeld op. Als vertrekpunt voor deze vaststelling worden de concept omschrijvingen van de aanspraken voor de functies (muv behandeling en verblijf) genomen. Voor de vaststelling wordt vervolgens gebruik gemaakt van de gebruikelijke methode van functiebeschrijving en -waardering in de zorg, het FWG 3.0 systeem zoals is overeengekomen tussen werkgeversorganisaties in de zorg en de vakbonden. Voor de vaststelling van de hoogte van het uiteindelijke pgb-tarief zal worden uitgegaan van het derde kwartiel van de toepasselijke salarisschaal. De salariskosten zullen worden herleid naar de totale werkgeverslasten. Dit betekent dat vakantiegeld en eindejaarsuitkering zal worden meegerekend alsmede de kosten resp. bijdragen van de werkgever in de premies sociale verzekeringen en pensioen. Voor alle functies zal er bij de opbouw van kostencomponenten van worden uitgegaan dat de diensten bij de pgb-er thuis worden verricht. Ten aanzien van de functies «ondersteunende begeleiding» en «activerende begeleiding» die in dagdelen wordt geïndiceerd, zal worden uitgegaan van geclusterde levering in een groep van 6 personen op een locatie. In het pgb-tarief zullen ook kosten zoals reiskosten, kosten voor deskundigheidsbevordering, telefoonkosten en resterende verzekeringen worden verdisconteerd. Voor het te berekenen aantal directe productieve uren of declarabele uren wordt bij een volledig dienstverband uitgegaan van een 36-urige werkweek. Ten aanzien van de vast te stellen declarabele uren zal per functie ten aanzien van aspecten zoals reistijd en rapportage/administratie bezien worden of deze in een pgb-situatie aan orde zijn en in hoeverre hiervoor gecorrigeerd moet worden.

De besluitvorming over de normopbouw van de looncomponenten zal in mei afgerond worden. Vervolgens zal de tweede tranche van start gaan. Hierbij zal op basis van de vastgestelde normen een daadwerkelijk berekening van de pgb-tarieven plaatsvinden. Hierbij zal uiteraard in verband met het financieel beslag op het macro-kader ook een vergelijking met de huidige pgb-tarieven worden gemaakt.

Activiteiten:

- Eerste tranche: inventarisatie en besluitvorming normenopbouw van de looncomponenten per functie wordt afgerond in mei.
- Tweede tranche: berekening tarieven inclusief vergelijking huidige pgb-tarieven.

8. Bekostiging zorg in natura

Als met ingang van 1 januari 2003 de functiegerichte aanspraken worden ingevoerd, zal niet met ingang van deze zelfde datum het hele systeem van bekostiging op functiegerichte leest kunnen zijn geschoeid. Omzetting van het huidige systeem van bekostiging naar een functiegericht model kost tijd en zal in stappen plaatsvinden.

Voor de omzetting van het huidige systeem van bekostiging naar een functiegericht model is het eerst en vooral van belang te beschikken over de (natura-)tarieven van de nieuwe functies. Het CTG heb ik gevraagd mij voor 1 juli as. een AWBZ-brede beleidsregel voor te leggen waarin deze tarieven voor alle functies – exclusief verblijf – zijn opgenomen. Vervolgens moet worden gezien op welke manier en in welk tijdspad deze nieuwe tarieven kunnen worden ingebracht in het huidige bekostigingssysteem. Daarbij moet rekening worden gehouden met de historisch gegroeide eigenheden van de verschillende sectoren. Ik heb het CTG gevraagd mij voor 1 juli as. zo'n plan van aanpak inclusief tijdspad te schetsen.

Ik ben vooralsnog van plan in 2003 geen wijzigingen aan te brengen in de bekostigingssystematiek en nog alles te bekostigen op de manier waarop de instelling op dat moment wordt bekostigd. Vanaf 2003 zal dan kunnen worden schaduwgedraaid op basis van de nieuwe functietarieven. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen die daarmee recentelijk zijn opgedaan in de gehandicaptenzorg.

Over de gehandicaptenzorg nog het volgende. Met ingang van 1 januari 2003 wordt volgens plan in deze sector een nieuw systeem van zorgzwaartebekostiging ingevoerd. Van meerdere kanten is de vraag gesteld hoe deze zorgzwaartebekostiging op termijn aansluit op de functiegerichte bekostigingssystematiek. Hierover het volgende. De zorgzwaartebekostiging in de gehandicaptenzorg is gebaseerd op producten c.q. zorgarrangementen waarbij rekening is gehouden met de benodigde zorgintensiteit. Om deze producten/arrangementen van een adequaat tarief te kunnen voorzien, is van elk product/arrangement geïnventariseerd uit welke zorgonderdelen het is opgebouwd. Deze zorgonderdelen, modules genoemd, blijken na eerste analyse in belangrijke mate overeen te komen met de nieuwe functies. De systematiek van de product-/arrangementopbouw in de gehandicaptenzorg is met andere woorden in principe voldoende geschikt om te kunnen worden terugvertaald in de onderliggende modules, lees: de onderliggende functies. De zorgintensiteit van de producten/arrangementen komt daarbij terug in de benodigde omvang van de functies. Aldus is de aansluiting van het gehandicaptentraject op dat van de invoering van de functiegerichte bekostiging gewaarborgd.

Als in 2003 de zorgzwaartefinanciering in de gehandicaptenzorg wordt ingevoerd, zal daarin vooralsnog worden gewerkt met een set van landelijk gedefinieerde producten/arrangementen. In de functiegerichte benadering wordt de landelijke sturing op product/arrangementniveau uiteindelijk losgelaten en wordt de sturing en financiering gericht op de functies zelf. De nu nog landelijk gedefinieerde producten komen dan te vervallen, maar kunnen, indien partijen dat wensen, in het lokaal/regionaal overleg op vrijwillige basis worden voortgezet.

De activiteiten die in het kader van de bekostiging worden ondernomen zijn:

- In april wordt een inkoop simulatie gehouden met zorgkantoren.
- Omstreeks 1 juli legt het CTG mij een AWBZ-brede concept-beleidsregel met tarieven voor alle functies exclusief verblijf voor. Het voorstel van het CTG wordt in nauwe samenwerking met partijen opgesteld.
- Omstreeks 1 juli legt het CTG mij een plan van aanpak voor dat aangeeft op welke wijze en in welk tijdpad de huidige sectorgebonden instellingsbekostiging omgezet kan worden naar een functiegericht model. Ook hier geldt dat het voorstel van het CTG in nauw overleg met partijen plaatsvindt.
- Deze zomer vindt besluitvorming plaats over het te kiezen overgangsregime voor de instellingsbekostiging naar het functiegerichte model.
- Deze zomer wordt de concept-amvb met daarin opgenomen de benodigde aanpassingen van het Besluit werkingssfeer WTG voor advies naar de Raad van State gezonden
- Afhankelijk van parlementaire behandeling van de WEZ wordt de benodigde aanpassing van het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV voor advies naar de Raad van State gezonden.

9. Afstemming van lopende trajecten

Als met ingang van 1 januari 2003 de functiegerichte aanspraken worden ingevoerd, levert dat – zo constateert ook het CVZ – een verzwaring van de uitvoeringslast voor de zorgkantoren op. Bovendien is de invoering van de functiegerichte aanspraken voor de zorgkantoren niet het enige traject is waarbij zij in belangrijke mate zijn betrokken. Naast de invoering van functiegerichte aanspraken lopen nog een aantal andere trajecten. Meer specifiek gaat het om de modernisering van de verantwoording en de verslaglegging (MVV), de invoering van het AWBZ-brede registratiesysteem (AZR), de invoering van de nieuwe eigen bijdrage-systematiek voor intramuraal, de visitatie en benchmarking van de zorgkantoren en de uitvoering van de nieuwe pgb-regeling.

Al deze trajecten zijn onafhankelijk van elkaar en elk met een eigen opzet en tijdplanning van start gegaan. Deze trajecten moeten – zo oordeelt ook het CVZ terecht – op korte termijn met het oog op de uitvoerbaarheid door zorgkantoren qua opzet en tijdplanning goed op elkaar worden afgestemd en indien nodig geprioriteerd. Het overleg hierover met CVZ en ZN is inmiddels gestart en zal de komende periode tot nadere afspraken en besluiten moeten leiden. Gelet op het politiek en maatschappelijk belang dat is gemoeid met de invoering met ingang van 1 januari van een AWBZ-brede op functiegerichte leest geschoeide pgb-regeling, ligt voor mij de prioriteit in die afstemming bij de invoering van functiegerichte aanspraken. Daarbij verwacht ik dat de aanzienlijke vereenvoudiging in de sturingsfilosofie die met de functiegerichte benadering wordt voorgestaan (minder bureaucratie en minder details), tevens een belangrijke meerwaarde oplevert voor de andere trajecten.

Activiteiten die plaatsvinden zijn:

- In april en mei worden in gezamenlijk overleg met CVZ, CTZ en ZN de consequenties van de invoering van de functiegerichte aanspraken doorvertaald naar opzet en tijdpad van de trajecten MVV en AZR.
- In mei vindt in overleg met CVZ en ZN besluitvorming plaats over het traject visitatie en benchmarking zorgkantoren.

10. Eigen bijdrage

De invoering van functiegerichte omschrijvingen in de AWBZ heeft gevolgen voor het systeem van eigen bijdragen en heeft in ieder geval een aanzienlijke vereenvoudiging en beperking van administratieve lasten tot gevolg. Om hier goed zicht op te krijgen heb ik in de aanvraag uitvoeringstoets het CVZ een aantal uitvoeringstechnische vragen voorgelegd. Allereerst zal ik ingaan op aanbevelingen van het CVZ met betrekking tot de bijdrage verschuldigd indien de zorg vergezeld gaat van opnemning en verder verblijf in een instelling; daarna ga ik in op de bijdrage voor zorg zonder verblijf.

– *Bijdrage met verblijf*

Het CVZ heeft systematisch de consequenties van de invoering van functiegerichte omschrijving van de aanspraken voor de bijdrage bij verblijf in kaart gebracht. In een functiegericht systeem is immers de aanspraak van de verzekerden niet langer gekoppeld aan een in de omschrijving benoemde soort aanbieder. Aangezien in het Bijdragebesluit zorg een aantal uitzonderingssituaties hieraan gekoppeld is, was het noodzakelijk te onderzoeken of uitzonderingssituaties in een functiegericht systeem gehandhaafd zouden kunnen blijven. In zijn rapport gaat het CVZ in op de onderscheiden situaties. Ik zal die afzonderlijk bespreken en mijn standpunt terzake geven.

- Bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis is de verzekerde gedurende het eerste jaar van het verblijf geen bijdrage verschuldigd. Ten einde deze situatie te kunnen handhaven dienen naar de mening van het CVZ twee voorwaarden te zijn vervuld. In de eerste plaats dient het indicatieprotocol te voorzien in een indicatie voor verblijf en psychiatrische behandeling of activerende begeleiding in verband met psychische problematiek. In de tweede plaats dient de functie verblijf in combinatie met psychiatrische behandeling of activerende begeleiding in dezelfde instelling te worden geboden, omdat alleen dan de situatie gelijk is aan de huidige.
- Het CVZ acht de door mij nagestreefde harmonisatie van wachttijden, gelet op de uitvoering, een goede zaak. Ik heb de uitvoering daarvan inmiddels ter hand genomen in een inmiddels ter advisering aan de Raad van State voorgelegde wijziging van het Bijdragebesluit zorg.
- Aan het CVZ had ik de vraag voorgelegd of het uitvoeringstechnisch tot de mogelijkheden behoorde de huidige extra aftrek van € 340 voor verzekerden die verblijven in bepaalde instellingen, te handhaven. Het CVZ acht een oplossing voor deze aangelegenheid niet mogelijk. Het CVZ wijst erop dat in de afgelopen jaren het zak- en kleedgeldbedrag met gemiddeld € 270 is verruimd. Het ligt naar de mening van het CVZ in de rede om deze extra aftrek af te schaffen. Voor de oude gevallen blijft deze aftrek overigens nog vier jaar bestaan. In het licht van het voorgaande deel ik de opvatting van het CVZ dat deze aftrek met de invoering van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken niet meer uitvoerbaar is en dus dient te vervallen.
- Tot slot merk ik op dat het CVZ er op heeft gewezen dat in een ontschotte AWBZ het huidige verschil tussen verzorgingshuizen en overige AWBZ-instellingen niet meer te maken is. Daarom zal voor alle AWBZ-instellingen een maximumbedrag moeten gelden. Ik zal daarom bij de vaststelling van het maximaal verschuldigde bedrag uitgaan van het bedrag dat geldt voor bewoners van AWBZ-instellingen.

Het CVZ volgt in zijn uitvoeringstoets de door mij voorgelegde lijn met betrekking tot de bijdrage verschuldigd ingeval van de verlening van zorg, niet gekoppeld aan verblijf. De bijdrage zal dus zowel bij zorg in natura als bij persoonsgebonden budget verschuldigd zijn. Echter, bij een persoonsgebonden budget is de bijdrage rechtstreeks gekoppeld aan de geïndiceerde zorg, terwijl bij zorg in natura de bijdrage alleen kan worden vastgesteld op basis van de feitelijk gerealiseerde zorg. De geïndiceerde zorg kan wel overeenstemmen met de feitelijke geleverde zorg, doch kan daarvan ook afwijken. Dit, omdat overbruggingszorg wordt geboden dan wel omdat de verzekerde binnen het indicatiebesluit een andere invulling van de zorgverlening wenst. Het CVZ constateert terecht dat in de ontschotte AWBZ ook verzekerden een bijdrage zullen dienen te betalen voor wie deze verplichting nu niet geldt. Aan de andere kant zullen verzekerden onder de 18 jaar geen bijdrage verschuldigd zijn. In de huidige thuiszorg is dat wel het geval. Het CVZ wijst ook op de huidige bijdrage voor psychotherapeutische behandeling. Deze bijdrage zal niet worden betrokken bij de nieuwe systematiek, doch als zodanig blijven bestaan.

In mijn verzoek aan het CVZ om op het punt van de eigen bijdrage de uitvoeringstechnische consequenties in kaart te brengen was ik uit gegaan van uitvoering door het Centraal Administratiekantoor Bijzondere zorgkosten bv. Het CVZ stelt voor de uitvoering van deze bijdrage ook in handen te leggen van de zorgkantoren. Ik neem deze aanbeveling over. Dit leidt immers tot een consistente verantwoordelijkheidsverdeling. Het CVZ stelt daarbij wel een zekere fasering voor. In nauw overleg met het CVZ zal worden gezien hoe op verantwoorde wijze de overgang kan plaatsvinden van het huidige systeem naar de nieuwe systematiek en welke faseringen, met het oog op de uitvoerbaarheid, daarbij noodzakelijk zijn. Daarbij ligt het voor de hand in 2003 nog geen wijziging aan te brengen in de huidige uitvoeringsstructuur.

Activiteiten:

- In kaart brengen welke voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering dienen te worden vervuld.
- Deze zomer wordt de concept-amvb met daarin opgenomen de benodigde aanpassingen van het Bijdragebesluit zorg voor advies naar de Raad van State gezonden.

11. Cliëntondersteuning

Een thema dat in het kader van de modernisering van de AWBZ niet onbesproken kan blijven is dat van de ondersteuning van de cliënt. Keuzevrijheid brengt met zich mee, dat klanten goed worden geïnformeerd over wat er zoal te koop is. «Te koop» in rechten en plichten, in mogelijkheden en onmogelijkheden, in procedures en in regels.

Om te beginnen ben ik van mening dat partijen in de zorgketen zelf de verantwoordelijkheid nemen voor het informeren van de cliënten over de taak die zij uitvoeren. Indicatieorganen over de indicatiestelling, zorgkantoren over hun taak in het kader van de zorgplicht en zorgaanbieders over de zorgproducten die zij willen aanbieden. Het moet niet zo zijn dat er aanvullende ondersteuning moet komen, omdat partijen in de keten hun eigenlijke taak niet naar behoren vervullen.

Daarmee is niet gezegd, dat er geen extra ondersteuning nodig is voor cliënten die zorg nodig hebben. De beperking van mensen maakt het soms nodig dat de vraag om zorg wordt verduidelijkt of dat de cliënt ondersteuning krijgt bij het afstemmen van de zorg op de dienstverlening

op een aangrenzend terrein. Op dit moment is het heel divers geregeld. In de gehandicaptenzorg spelen de sociaal-pedagogische diensten een belangrijke rol. Ouderenadviseurs zijn actief in de sector verzorging en verpleging. In de geestelijke gezondheidszorg is het maatschappelijk werk vaak de steun en toeverlaat. In alle sectoren is de huisarts vaak de eerste zorgverlener, die als adviseur optreedt. De financiering van de verschillende vormen van cliëntondersteuning varieert van gemeentelijke subsidiëring tot financiering op basis van de awbz of de ziekenfondswet. In het kader van de al eerder genoemde vraag naar versterking van de lokale infrastructuur en de dienstverlening zal het vraagstuk van de ondersteuning van de cliënt verder worden uitgewerkt.

De keuze voor de klant impliceert wel dat mondige burgers veel zelf kunnen en niet per definitie op ondersteuning zitten te wachten. Informatie en advies is niet iets om op te dringen. In het verlengde daarvan is het ook belangrijk dat consumenten- en cliëntenorganisaties hun verantwoordelijkheid nemen en ook kunnen nemen. Een overdaad aan professionalisering in de cliëntondersteuning kan er toe leiden dat de behoefte van consumenten en cliënten zich te organiseren tot een minimum wordt beperkt, terwijl het in de omslag van aanbod- naar vraagsturing juist noodzakelijk is dat de consumenten een krachtige partij vormen.

10. Financiën

Met de modernisering die in deze brief beschreven is, wordt de overgang beoogd naar een vraaggestuurde zorg, soepel en doelmatig georganiseerd voor alle betrokkenen. De modernisering omvat geen pakketuitbreiding of -beperking. Dit uitgangspunt van «niet meer en niet minder» geldt ook voor het beslag op het macrokader.

Een aantal van de wijzigingen die in het kader van de modernisering plaats gaan vinden zal elk voor zich wel financiële consequenties hebben. Dat geldt voor de klasse-indeling en de waardebepaling van de PGB's, de vaststelling van omslagpunten, het extramuraliserings-vraagstuk en de eigen bijdrage systematiek. Ik wil deze consequenties in samenhang bezien en – met het oog op het beschikbare macrokader – bij de besluitvorming over de betreffende wijzigingen betrekken. Dat kan gebeuren zodra er voldoende gegevens voor handen zijn om een reële en inzichtelijke inschatting van de diverse financiële effecten te kunnen maken. Ik ga ervan uit dat dat in deze zomer van dit jaar het geval zal zijn.

11. Tot slot

Rond de modernisering van de AWBZ kan worden vastgesteld dat een breed draagvlak is ontstaan voor de richting die met het beleid is ingeslagen. Dat betekent uiteraard niet dat alle noodzakelijke veranderingen nu min of meer als vanzelf tot stand zullen komen. Het functiegericht maken van de aanspraken, het vernieuwen en verbreden van het systeem van het persoonsgebonden budget, het vernieuwen van het systeem van eigen bijdragen, het ingrijpend verbeteren van de informatievoorziening en het opnieuw inrichten van het verantwoordingstraject zijn alle zeer ingrijpende processen, die zeer veel vergen van de uitvoeringsorganisatie. Ongetwijfeld zullen zich lopende het veranderingsproces situaties voordoen, die nopen tot temporisering of aanpassing van bepaalde voorgenomen maatregelen. De beweging die inmiddels op gang is gekomen mag daardoor echter niet in gevaar worden gebracht. Het is mijn stellige overtuiging dat dit ook niet zal gebeuren.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart