

# Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg

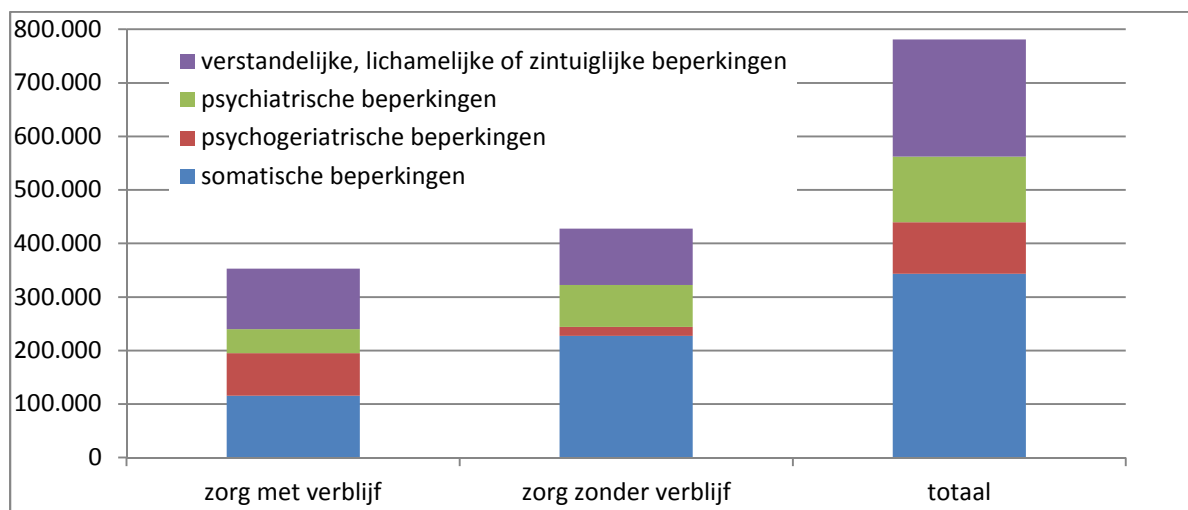
## Leeswijzer

Deze notitie beschrijft de uitwerking van de kabinetsvoornemens in de langdurige zorg. De notitie start in paragraaf 1 en 2 met de noodzaak tot hervorming en de visie die het kabinet hierbij hanteert. In paragraaf 3 wordt beschreven op welke wijze het kabinet met de Wmo de ambitie van het verhogen van de participatie en het langer zelfstandig wonen wil realiseren. Paragraaf 4 richt zich op het versterken van samenhangende zorg binnen de Zvw. In paragraaf 5 wordt de vormgeving van de nieuwe kern-AWBZ voor de meest kwetsbare mensen met een beperking beschreven. In paragraaf 6 en 7 komen respectievelijk het flankerend beleid en de transitie aan de orde. Paragraaf 8, 9 en 10 gaan in op financiële gevolgen, informatievoorziening en wetgeving.

## 1. De noodzaak tot hervormen

De langdurige zorg en ondersteuning in Nederland heeft veel verworvenheden opgeleverd. Ruim 800.000 ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychiatrische beperking, maken momenteel gebruik van langdurige zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als zij problemen ervaren bij het maatschappelijk participeren dan is er ondersteuning via de gemeente op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Jeugdigen en ouders kunnen bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen een beroep doen op de nieuwe Jeugdwet. Zorg die gericht is op het genezen genezing of het voorkomen van het verergeren van een medisch probleem, is verzekerd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met name de eerstelijnszorg is hierbij van belang. De ondersteuning en zorg die door de vele professionals, mantelzorgers en vrijwilligers wordt geboden, is van onschatbare waarde.

Figuur 1.1: Aantal mensen met een recht op AWBZ-zorg naar beperking op 1 juli 2012 (bron: CIZ, excl. Bureau Jeugdzorg)<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Het aantal mensen dat daadwerkelijk in een zorginstelling verblijft is lager (circa 255.000), omdat mensen hun indicatie nog niet hebben verzilverd, deze zorg thuis of in de vorm van een pgb ontvangen.

Desondanks is de afgelopen jaren in diverse rapporten gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg, waaronder die van politieke partijen en de OECD.<sup>1</sup> In dit verband zijn met name van belang het SER-advies over de toekomst van de langdurige zorg, het RVZ-advies over de AWBZ en het rapport van de Taskforce beheersing zorguitgaven.<sup>2</sup> Deze rapporten hebben met elkaar gemeen dat zij de ondersteuning en zorg vanuit de huidige AWBZ meer willen onderbrengen bij de maatschappelijke ondersteuningsfuncties van de Wmo en in de Zorgverzekeringswet. Ook het maatschappelijke veld onderkent dat de langdurige zorg anders moet. Zo hebben de cliënten-

<sup>1</sup> OECD, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Parijs, mei 2011.

<sup>2</sup> Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ* (Den Haag, 2008), Raad voor Volksgezondheid & Zorg, *Beter zonder AWBZ?* (Den Haag 2008) en Taskforce beheersing zorguitgaven, *Naar beter betaalbare zorg* (Den Haag 2013).

en patiëntenorganisaties met ActiZ hun visie over regie in eigen hand gepresenteerd. Ook de VGN heeft in een positionpaper Toekomst gehandicaptenzorg hun zienswijze neergelegd.

De regering heeft drie motieven om het stelsel van langdurige zorg te herzien: het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

#### *Betere kwaliteit van ondersteuning en zorg*

Ondanks de inzet en betrokkenheid van professionals, mantelzorgers en vrijwilligers is de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren. In de huidige zorg wordt bij relatief lichte zorgvragen nog te vaak gehandeld vanuit een medisch perspectief met minder aandacht voor problemen achter of naast de zorgvraag (bijvoorbeeld eenzaamheid of schuldenproblematiek). De verdergaande specialisatie in de zorg heeft de afgelopen jaren een belangrijke kwaliteitsimpuls tot stand gebracht. Een effect daarvan is echter ook dat de mens wordt 'opgeknipt' in domeinen en als geheel met zijn wensen en doelen uit beeld dreigt te raken. Ook wordt de ondersteuning en zorg en daarmee het dagelijkse leven – met alle goede bedoelingen – te vaak onnodig overgenomen door professionals (medicalisering), waardoor mensen te afhankelijk van zorg worden gemaakt. Het welbevinden van mensen moet meer centraal komen te staan, zowel thuis als in instellingen. Het is nodig om meer te kijken naar de persoon in plaats van naar enkel diens aandoening of indicatie. Op die wijze kan met de burger worden bekeken welke informele en formele ondersteuning en zorg het beste bijdraagt aan zijn mogelijkheden en levensdoelen. Er ligt een forse opgave om de kwaliteit voor de meest kwetsbare mensen in de kern-AWBZ in de toekomst te blijven garanderen. Het aantal ouderen met psychogeriatrische problematiek neemt toe. Het kabinet is ervan overtuigd dat het verbeteren van de kwaliteit van de langdurige zorg gepaard kan gaan met meer doelmatigheid.

Het aanbod van zorg en ondersteuning zal in de toekomst op een aantal kenmerken wezenlijk verschillen van de huidige situatie. De-institutionaliseren van zorg staat voorop: mensen worden in staat gesteld om met ondersteuning en zorg zo lang mogelijk in de eigen omgeving te wonen. En voor degenen die toch op zorg zijn aangewezen, geldt dat meer zorg op menselijke maat wordt geboden. Dat betekent dat instellingen zich richten naar de cliënt, in plaats van dat deze zich moet schikken naar de regels en gebruiken van de instelling. Er komt meer ruimte voor maatwerk, ook in een instelling, en meer ruimte voor professioneel handelen doordat regels en bureaucratie worden teruggedrongen.

#### *Meer voor elkaar zorgen*

Belangrijk is hoe we als samenleving uitdrukking geven aan onze betrokkenheid bij kwetsbare burgers. In Nederland wordt langdurig en intensief door 2,6 miljoen<sup>3</sup> mantelzorgers hulp verleend aan naasten. De circa 450.000 vrijwilligers in de zorgsector, buiten en binnen instellingen, zorgen voor een belangrijke extra bijdrage aan het welbevinden. Desalniettemin is Nederland toegenomen naar een situatie waarbij hulp en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, wordt geboden, terwijl de (financiële) mogelijkheden van de mensen zelf of hun sociale omgeving teveel op de achtergrond zijn gekomen. Ook binnen de zorgverlening thuis of in een instelling wordt te vaak een kloof waargenomen tussen informele en formele zorg.

Ook blijkt uit onderzoek dat ondanks die inzet ongeveer 30% van de 65-plussers zich eenzaam voelt. Bij degene ouder dan 85 jaar bedraagt dit 50%. Personen met een hogere leeftijd en alleenstaanden (met name verweduwen) voelen zich vaker eenzaam. De trends van (dubbele) vergrijzing en de toename van het aantal alleenstaande ouderen voorspellen dat het absolute aantal eenzame ouderen zal toenemen. Ook daarom zijn mantelzorgers en vrijwilligers in een meer betrokken samenleving onmisbaar. Op die manier kan het vraagstuk van eenzaamheid eerst in eigen kring opgelost worden. Mocht dat niet toereikend zijn dan kan een beroep worden gedaan op de ondersteuning die gemeenten kunnen bieden. Het kabinet heeft een stelsel voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben, minder inkomen hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen.

---

<sup>3</sup> Bron: SCP, *Mantelzorg uit de doeken*, Den Haag 2010.

Figuur 1.2: Matige en ernstige eenzaamheid<sup>a</sup> naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau in 2008/2009 (bron: LASA/ uit: RIVM, *Gezond ouder worden*, Bilthoven 2011)

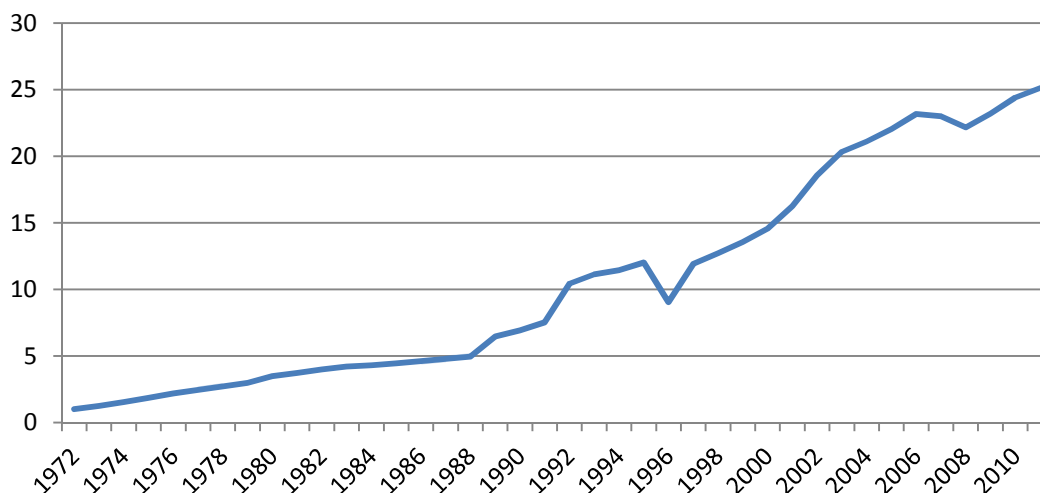
Leeftijdsgroep	Matige eenzaamheid (%)*	Sterk eenzaam (%)
Totaal 65+	28,1	3,4
Man 65-74	22,4	3,2
Man 75-84	30,6	2,8
Man 85+	44,2	3,8
Vrouw 65-74	23,8	3,5
Vrouw 75-84	29,4	4,3
Vrouw 85+	48,1	2,5
Lage opleiding	33,2	4,4
Gemiddelde opleiding	27,8	3,7
Hoge opleiding	21,7	1,3

\* gemeten met 11-item eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007), N=1150

#### Financiële houdbaarheid van de langdurige zorg

Hervormingen in de langdurige zorg zijn noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De AWBZ heeft de afgelopen decennia een sterke groei van de uitgaven gekend. Van € 275 mln. bij aanvang naar € 25,1 mld. in 2011; een jaarlijkse groei van 8,6%. De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met circa 4,3% per jaar. Dit is bijna drie keer zoveel als de structurele economische groei. Door de kabinetsmaatregelen wordt de groei van de uitgaven afgevlakt in de periode 2014-2017. Door de voorgestelde hervormingen is naar verwachting sprake van een structurele verlaging van het groeipad.

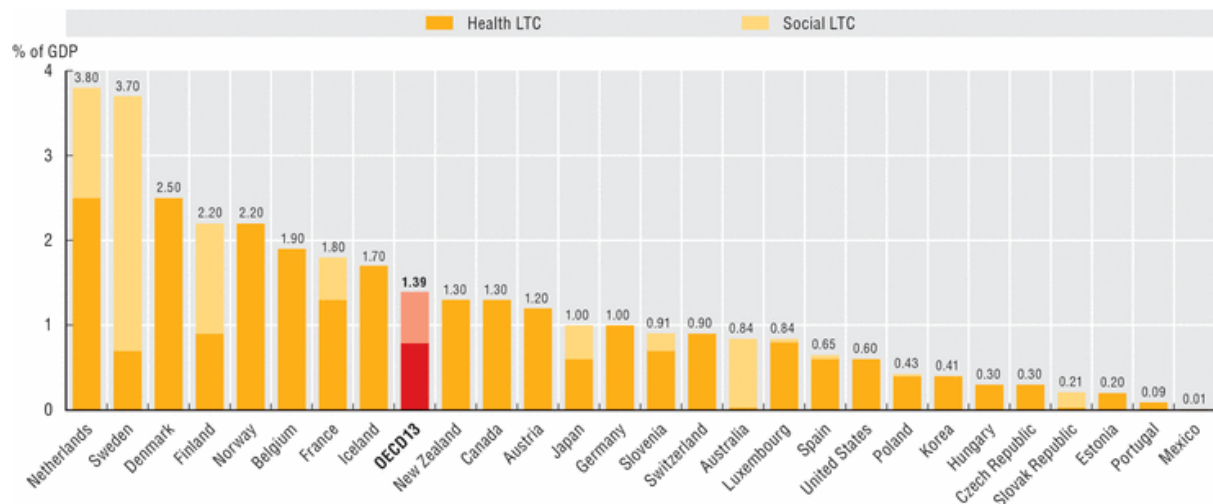
Figuur 1.3: Ontwikkeling AWBZ-uitgaven vanaf 1972 (in mld. euro's; bron CBS)



Ook internationaal gezien lopen we uit de pas. In Nederland wordt een relatief groot deel van de langdurige zorg publiek gefinancierd. Samen met Zweden is Nederland koploper. De uitgaven voor langdurige zorg zijn thans 2,5 keer zo hoog als het gemiddelde van alle OECD-landen (zie figuur 1.4). We bevinden ons in de situatie waar de gevolgen van de financiële crisis moeten worden opgevangen en de uitgaven van de langdurige zorg sterk zullen stijgen als we niets doen. Bij ongewijzigd beleid zal in Nederland in de komende decennia het aandeel ten opzichte van het BBP verdubbelen.<sup>4</sup> Zo'n groei leidt steeds meer tot verdringing van andere overheidsbestedingen. Dit geldt ook voor de beschikbaarheid van toekomstige werknemers in de zorg.

<sup>4</sup> Bron: CPB, *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, Den Haag, 2011.

Figuur 1.4: Uitgaven langdurige zorg gerelateerd aan BBP in internationaal perspectief (Bron: OECD 2011)



Dit vergt een sober financieel beleid ten aanzien van de langdurige zorg. De hervorming gaat derhalve gepaard met een forse financiële opgave. Daarom is het uitgerekend nu van belang om deze hervorming in te zetten. Deze hervorming levert een bijdrage aan het veilig stellen van de ondersteuning en zorg voor kwetsbare Nederlanders in de toekomst. Daarbij dient bedacht te worden dat het kabinet ook rekening houdt met groei van de uitgaven. Per saldo zijn de uitgaven na alle maatregelen in 2017 nagenoeg gelijk aan de uitgaven in 2013.

Het kabinet is zich ervan bewust dat de hervorming van langdurige zorg direct effect kan hebben op de genoten zorg van mensen en de (financiële) bijdrage die aan mensen gevraagd wordt. Dit vergt een grote mate van zorgvuldigheid bij de veranderingen, waar het kabinet oog voor heeft. Tevens is het kabinet zich bewust dat de hervorming mensen raakt.<sup>5</sup>

## 2. Visie op de langdurige ondersteuning en zorg

Het kabinet kiest ervoor om het stelsel van langdurige zorg te herzien en beter aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd<sup>6</sup>. Uitgangspunten bij deze visie zijn:

1. Uitgegaan wordt van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Kwaliteit van leven (welbevinden) staat voorop.
2. Als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen en wordt de hulp dichtbij georganiseerd.
3. Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg.
4. De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg in een beschermende, intramurale omgeving in een nieuwe kern-AWBZ.

Het kabinet streeft naar een samenleving die mensen meer de mogelijkheden biedt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven, voor meer gelijke deelname en meer eigen regie. De voorgenomen ratificatie door dit kabinet van het VN-verdrag inzake de rechten van een persoon met een handicap zal een belangrijke impuls zijn bij het realiseren van een dergelijke samenleving. Het kabinet zal de partijen die hierin een voortrekkersrol kunnen vervullen, uitnodigen om de implementatie ter hand te nemen.

Wie ondersteuning en zorg nodig heeft krijgt die zoveel mogelijk dichtbij – in de eigen leefomgeving - door gemeenten en zorgverzekeraars aangeboden. Deze ondersteuning en zorg zijn gericht op zelfredzaamheid van mensen en versterken hun zelfstandigheid. Voor kwetsbare mensen die vanwege hun beperkingen niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen, en die een beschermende en veilige omgeving nodig hebben, blijft zorg beschikbaar via de kern-AWBZ. Aldus ontstaat een situatie, waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing proberen te vinden voor hun behoefte aan ondersteuning, in tweede instantie een beroep

<sup>5</sup> Bij de uitwerking wordt door het kabinet rekening gehouden met de positie van defensiepersoneel, veteranen en invalide militairen.

<sup>6</sup> De visie komt grotendeels overeen met het RVZ-advies *Regie aan de poort* uit december 2012. Voor de zomer ontvangt u het standpunt op dit advies.

kunnen doen op gemeenten en/of zorg via de zorgverzekeraar en tot slot in aanmerking kunnen komen voor zorg via de kern-AWBZ.

De opgave die dit kabinet ziet is om de huidige stelsels zo in te richten dat ze aansluiten bij dit nieuwe perspectief. Om deze omslag te kunnen maken, worden door het kabinet onderdelen van de AWBZ die overwegend gericht zijn op ondersteuning en participatie onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht. Gemeenten krijgen vervolgens de middelen en ruimte om te zorgen voor goede voorzieningen die passen bij de individuele behoeften en mogelijkheden van burgers. De brede verantwoordelijkheid van gemeenten binnen het sociale domein – want ook de Participatiewet wordt gedecentraliseerd – biedt ruimte voor dwarsverbanden op lokaal niveau. Met de gemeentelijke verantwoordelijkheid in het kader van de nieuwe Jeugdwet krijgt dit nog een extra impuls. Zorg gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies, zoals verpleging, wordt verleend vanuit de Zvw. Om de samenhangende zorg vanuit de Zvw te versterken, worden onderdelen van de huidige AWBZ die gericht zijn op behandeling en verpleging onder de Zvw gebracht. Vanwege de samenhang met de Jeugdwet wordt daar behandeling tot 18 jaar voor kinderen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening samengebracht. De meest kwetsbare mensen houden bescherming in een nieuwe kern-AWBZ. De grenzen tussen de Wmo, Zvw, Jeugdwet en kern-AWBZ worden scherp getrokken om afwenteling tegen te gaan. Tegelijkertijd is afstemming en samenhang nodig. Het kabinet wil bevorderen dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren intensieve samenwerking bij het tot stand brengen van een integrale ondersteuning op maat.

Dit sluit aan op maatschappelijke trends. Ouderen willen en blijven steeds langer zelfstandig wonen. Al langer worden mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen gesteund in hun zelfstandigheid via kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. En de afgelopen jaren wordt ook in de zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening ingezet op meer ambulante zorg. Bij deze ontwikkeling staan individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt centraal in de ondersteuning en zorg. Diverse gemeenten ontwikkelen een ondersteuningaanbod dat rekening houdt met de behoeften van cliënten op verschillende levensterreinen. Gemeenten en zorgverzekeraars richten op sommige plaatsen een samenhangend hulpaanbod in rond de cliënt.

#### *Zeggenschap bij de cliënt*

Voor mensen die vaak hun leven lang en levensbreed afhankelijk zijn van ondersteuning en zorg, is zeggenschap over de ondersteuning en zorg van groot belang. Deze zeggenschap kent vele vormen en gradaties, en is mede afhankelijk van de beperkingen van de cliënt en de betrokkenheid van zijn sociale omgeving. Elementen van zeggenschap zijn de keuzevrijheid voor een aanbieder, bijvoorbeeld op levensbeschouwelijke of religieuze gronden, het persoonlijke zorgplan bijvoorbeeld ten aanzien van de levering van zorg (intensiteit en tijden) en op de continuïteit van zorg en zorgverleners. Tevens speelt bij zeggenschap de mate waarin de cliënt over de financiële tegemoetkoming aan de aanbieder gaat. Dit kan in de vorm van een persoonsvolgend budget (waarbij de beschikbare middelen voor zorg aan de cliënt zijn toebedeeld) en een persoonsgebonden budget (waarbij de cliënt ook de beschikking over deze middelen krijgt).

Het kabinet wil het ingezette beleid op dit onderwerp voortzetten en versterken bij de zorg in natura en bij het persoonsgebonden budget (pgb). Bij zorg in natura wil het kabinet aanbieders aansporen tot meer zorg en ondersteuning op maat. Hierbij is een cultuurverandering nodig. Innovatieprogramma's die deze cultuurverandering tot stand brengen, zoals InvoorZorg! en het experimentenprogramma regelarme instellingen, worden voortgezet. Zorgkantoren en verzekeraars dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod na te streven en mogelijkheden voor individueel maatwerk aan te bieden als passende zorg ontbreekt. Dat geldt ook voor gemeenten bij het aanbieden van hun dienstverlening. In het land zijn inmiddels tal van goede voorbeelden. De cliënt moet actief bij dit inkoopbeleid worden betrokken. Binnen de Wmo met de compensatieplicht, de Jeugdwet, de kern-AWBZ en de Zvw met individuele rechten zijn hiervoor voldoende mogelijkheden. Het verdient aanbeveling om in de komende jaren de verschillende modaliteiten van persoonsvolgende bekostiging en de rol van de cliënt daarbij, nader te verkennen. Ik zal daarbij betrekken het Deltaplan Ouderenzorg van Actiz en het Positionpaper over de gehandicaptenzorg van VGN, waarin hun visie op de toekomst van de langdurige zorg is gegeven. Beide plannen bieden goede basis voor vervolgoverleg dienaangaande.

Met het persoonsgebonden budget krijgen cliënten met voldoende eigen regie zeggenschap over de ondersteuning en zorg. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van hun ondersteuning en zorg en leidt tot innovaties in de zorg. Vandaar dat dit kabinet voor het pgb in het nieuwe stelsel van de langdurige zorg een belangrijke rol ziet weggelegd. In het vervolg van deze brief wordt ingegaan op de uitwerking daarvan in de Wmo, Zvw en de kern-AWBZ. Het pgb zal worden geregeld in de

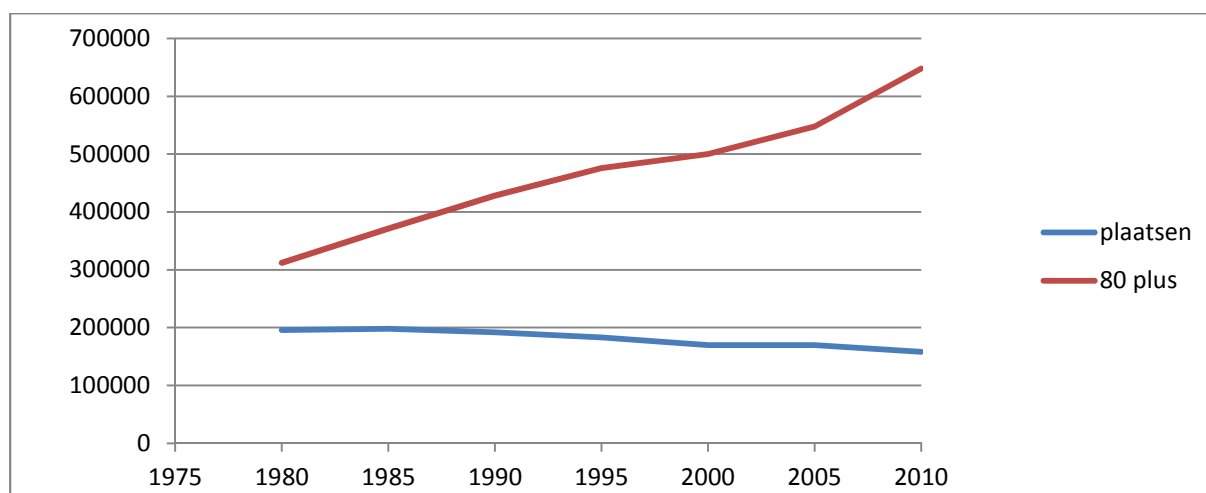
nieuwe kern-AWBZ en de Wmo (bij een individuele voorziening). Gezien de ervaringen met de pgb-regeling de afgelopen jaren geldt hierbij wel een aantal voorwaarden. Belangrijk is dat de budgethouder ook daadwerkelijk in staat moet zijn de regie over zijn ondersteuning en zorg te voeren. Ook dient de aanzuigende werking te worden weggenomen. Er moet sprake zijn van een goede kwaliteit, de ondersteuning en zorg moet goedkoper zijn dan via zorg in natura en het zogenoemde bruto-pgb<sup>7</sup> wordt ingevoerd. Ten slotte moet de nieuwe regeling fraudebestendig zijn door onder andere de introductie van een trekkingsrecht. Het pgb komt onder deze voorwaarden en begrensd beschikbaar. Dit wordt verkend in een gesprek tussen cliënt en gemeente of zorgkantoor. De wijze waarop het pgb wordt vormgegeven, lijkt op vormen van persoonsvolgende bekostiging.

### 3. Participeren in eigen omgeving met steun via de Wmo

#### 3.1 Langer zelfstandig wonen

Betere kwaliteit van ondersteuning en zorg en meer voor elkaar zorgen vindt bij voorkeur in de eigen omgeving plaats. Zelfstandig wonen moet daarbij samengaan met behoud van de zelfredzaamheid. Het beleid om langer zelfstandig te wonen is al in gang gezet (zie figuur 3.1). Vanaf de jaren tachtig daalt het aantal ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis, terwijl sindsdien het aantal ouderen is verdubbeld naar 650.000. Leefde in 1980 nog 63% van degenen ouder dan tachtig in een verzorgings- of verpleeghuis, in 2010 was dat 24%. Ook de mogelijkheden om langer thuis te wonen zijn al toegenomen door onder andere mantelzorg, een meer flexibele inzet van thuiszorg en door nieuwe vormen van domotica. Deze ontwikkeling van de afgelopen jaren wordt in het kabinetsbeleid als uitgangspunt genomen.

Figuur 3.1 Ontwikkeling intramurale zorg voor mensen ouder dan 80 jaar (Bron: NZa/CBS)



Het kabinet sluit met deze hervorming aan bij wat mensen kunnen en willen. Het kabinet streeft ernaar met de overhevelingen naar het gemeentelijk domein en de Zvw aan te sluiten bij deze behoefte. Ouderen hebben veelal behoefte aan andere vormen van ondersteuning en zorg dan mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, dan wel mensen met psychische problemen. Bij deze laatste groep gaat het vaak meer om ondersteuning en zorg gericht op het toenemend maatschappelijk participeren, bijvoorbeeld via begeleid wonen na een behandelperiode.

Het kabinet maakt gemeenten en zorgverzekeraars meer verantwoordelijk voor hulp thuis. Aansluitend bij het beleid van de afgelopen periode worden zij de komende jaren verantwoordelijk voor ondersteuning en zorg die tot op heden in AWBZ-instellingen wordt geleverd. De *huidige* cliënten behouden hun recht op verblijf in een instelling. Bij de uitwerking houdt het kabinet rekening met de mogelijkheden en specifieke kenmerken van cliënten. Vooralsnog zijn deze in

<sup>7</sup> Op grond van het Begrotingsakkoord 2013 zal het bruto-pgb per 1 januari 2014 worden ingevoerd. Daarmee zullen pgb-houders het pgb bruto ontvangen en wordt de eigen bijdrage van de budgethouder achteraf in perioden geïnd door het CAK. Met de invoering van een bruto-pgb per 1 januari 2014 worden alle cliënten in de AWBZ op dezelfde manier behandeld, ongeacht of zij zorg in natura ontvangen of een pgb.

ZZP-termen omschreven, omdat de nieuwe afbakeningscriteria voor de kern-AWBZ in ontwikkeling zijn. Voor *nieuwe* cliënten van onderscheiden groepen betekent dit het volgende:

- Ouderen<sup>8</sup> die veilig thuis kunnen wonen en geen beschermende en veilige omgeving in een instelling nodig hebben, kunnen een beroep doen op gemeenten en zorgverzekeraars. Meer specifiek gaat het om ouderen die nu een ZZP VV3 hebben en een deel van de ouderen met ZZP VV4. Een andere deel van de ouderen met ZZP VV4 en alle ouderen met een ZZP VV5 of hoger ontvangen intramurale zorg via de kern-AWBZ.
- Voor een deel van de mensen met een verstandelijke beperking (ZZP VG3) ziet het kabinet mogelijkheden om thuis te wonen. Dat geldt niet voor mensen die sociaal zeer beperkt zelfstandig functioneren en een veilige en vertrouwde leef-, werk- en woonomgeving nodig hebben. Voor deze mensen, deels vanaf ZZP VG3 en volledig vanaf ZZP VG4, is zorg met verblijf beschikbaar binnen de nieuwe kern-AWBZ.
- Mensen met een lichamelijke beperking en die in staat zijn regie te voeren, kunnen thuis wonen. Het betreft cliënten met een ZZP LG1 en LG3.<sup>9</sup> Dit geldt niet voor cliënten met ZZP LG2 en met ZZP LG4 en hoger, die zorg ontvangen via de kern-AWBZ.
- Voor mensen met een beperkte zorgvraag als gevolg van een zintuiglijke beperking (auditief en visueel) op het niveau van ZZP ZG1 zijn er mogelijkheden om zorg thuis te organiseren. Bij een toenemende zorgvraag vanaf ZZP ZG2 wordt deze zorg onderdeel van de kern-AWBZ.
- Tot slot, dit kabinet ziet geen mogelijkheid thuis een integraal pakket aan ondersteuning en behandelen te verlenen aan licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek (ZZP LVG 1 t/m 5)<sup>10</sup> en sterk gedragsgestoorde mensen met lichte verstandelijke beperkingen (ZZP SGLVG1). Deze mensen krijgen zeer gespecialiseerde zorg die moeilijk in een thuisomgeving verleend kan worden.

Deze gedifferentieerde uitwerking leidt ertoe dat intramurale zorg ook in de toekomst voor nieuwe cliënten wordt geboden, als zij daarop zijn aangewezen. Tegelijkertijd zullen meer mensen dan nu in staat worden gesteld om met ondersteuning en zorg thuis te blijven wonen: naar schatting gaat het op termijn, gegeven het huidige aantal intramurale cliënten met een lichtere intramurale indicatie, om zo'n 78.000 personen.

Om cliënten met psychiatrische problemen langer thuis te laten wonen, gelden al andere beleidsafspraken. Met de GGZ-sector is in 2012 een bestuurlijk akkoord gesloten over het beperken van de jaarlijkse uitgavengroei. Ook is besloten tot een afbouw van een derde van de intramurale GGZ-capaciteit voor 2021 (ten opzichte van peiljaar 2008). Bij de uitwerking van die afspraken gaat de sector na voor welke doelgroepen en onder welke voorwaarden het voor cliënten mogelijk is om zelfstandig (al dan niet geclusterd) te wonen. Hoewel cliënten met ZZP GGZ3 niet reeds per 2015 zelfstandig wonen, streef ik met partijen wel de ambitie na dit zoveel mogelijk in gang te zetten. Bij deze cliënten is vanaf ZZP GGZ3 sprake van zeer beperkte zelfredzaamheid en het soms (tijdelijk) verergeren van psychiatrische problemen, waarbij intramurale behandeling of begeleid wonen noodzakelijk kan zijn.<sup>11</sup>

Mijn beleid ten aanzien van langer thuis wonen heeft effecten op de combinatie van wonen en zorg. Ik ben in gesprek met de minister voor Wonen en Rijksdienst over de gezamenlijke uitwerking van dit vraagstuk.

### **3.2 Decentralisatie naar gemeenten en herinrichting van de Wmo**

Sinds de invoering van de Wmo in 2007 zijn gemeenten aan de slag met *De Kanteling*. Deze ontwikkeling sluit aan bij de visie van het kabinet op de langdurige zorg. De burger en de gemeente gaan samen in gesprek, waarbij de individuele behoeften en mogelijkheden centraal staan in plaats van de beperking of de zorgvraag. In goed overleg wordt gekeken naar de mogelijkheden van de burger zelf en die van zijn sociale omgeving. Als de burger met behulp van het eigen netwerk redelijkerwijs niet in staat is om te participeren, kan een beroep worden gedaan op ondersteuning door de gemeente. Hierbij wordt eerst verkend of een (meer doelmatige) algemene of collectieve voorziening toereikend is. Individuele voorzieningen zijn beschikbaar indien

<sup>8</sup> Het gaat hierbij niet om ZZP nummers. Echter, om een indruk te geven van de zorgzwaarte van de cliënten die een beroep zullen doen op de kern-AWBZ is hier nog de ZZP terminologie gebruikt.

<sup>9</sup> De ZZP-klassen voor lichamelijke gehandicapten hebben een andere indeling die niet oploopt naar zorgzwaarte. In tegenstelling tot ZZP LG2 en LG4 en hoger, is bij cliënten met ZZP LG3 nog geen sprake van regieverlies en kunnen zij zelfstandig wonen.

<sup>10</sup> Het gaat om cliënten boven de 18 jaar. Cliënten onder de 18 jaar met de grondslag LVG worden onderdeel van de nieuwe Jeugdwet, met uitzondering van de SGLVG-jongeren.

<sup>11</sup> De zorg bij psychische problemen voor personen jonger dan 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Datzelfde geldt voor begeleiding van jongeren tot 18 jaar.

een collectieve voorziening ontoereikend is. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen in het gehele sociale domein op grond van de Wmo, Jeugdwet en de Participatiewet. Hierdoor zijn zij beter in staat om te komen tot een oplossing, die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van hun inwoners. Overigens krijgen gemeenten ook in het kader van de Jeugdwet te maken met een aantal cliënten die tot dusver onder de AWBZ vallen.

Gemeenten krijgen per 1 januari 2015 op grond van de Wmo een brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van burgers die beperkt kunnen participeren. Door gerichte ondersteuning bij het voeren van regie op het eigen leven, het uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen en het ontmoeten van anderen, kunnen burgers met een beperking langer thuis blijven wonen en participeren in de maatschappij. Dit draagt bij aan hun welbevinden en voorkomt onnodige medicalisering. De aanspraken op extramurale zorg in de AWBZ komen te vervallen, de Wmo wordt aangepast en de bijbehorende budgetten worden overgeheveld naar gemeenten. Dit betekent geen overheveling van rijkstaken, maar wel een overheveling van het budget zodat gemeenten in grote beleidsvrijheid ondersteuning op maat kunnen organiseren. Derhalve kan men, anders dan aan de AWBZ, geen verzekerde rechten ontlenuen aan de Wmo.

De nieuwe en belangrijke rol die gemeenten daarin vervullen vraagt om een herijking van de Wmo. Ik zal daarom later dit jaar een nieuw, integraal wetsvoorstel naar de Tweede Kamer sturen. Hierbij zijn onder meer de navolgende maatregelen en uitgangspunten van belang. Het aanhangige wetsvoorstel begeleiding<sup>12</sup> zal worden ingetrokken.

#### *Uitwerking maatregelen Regeerakkoord*

- Mede naar aanleiding van de motie Samsom en Zijlstra<sup>13</sup> blijft het mogelijk om in 2014 aanspraak te maken op dagbesteding op grond van de AWBZ. Deze vorm van ondersteuning kan voor gemeenten vanaf 2015 een nuttig instrument zijn om duurdere (individuele) voorzieningen te voorkomen.
- In 2014 blijft het mogelijk om op grond van de AWBZ aanspraak te maken op persoonlijke verzorging bij een indicatie korter dan zes maanden. De norm voor gebruikelijke zorg wordt in 2014 niet verhoogd.
- Nieuwe cliënten kunnen in 2014 een beroep doen op huishoudelijke hulp. Van gemeenten zal in 2014 een bijdrage gevraagd worden ter dekking hiervan.
- Per 2015 kan geen aanspraak meer worden gemaakt op de extramurale functies begeleiding, kortdurend verblijf en bijbehorend vervoer in de AWBZ.<sup>14</sup> Circa 75% van het budget wordt overgeheveld naar gemeenten voor de ondersteuning van mensen.
- Per 2015 kan geen aanspraak meer worden gemaakt op de extramurale functie persoonlijke verzorging in de AWBZ. Gemeenten worden verantwoordelijk voor ondersteuning en ontvangen circa 85% van het budget (exclusief het deel dat naar de Zvw gaat).
- De voorziening hulp bij het huishouden in de Wmo wordt beperkt tot mensen die deze echt nodig hebben en die er zelf (financieel) niet in kunnen voorzien. De voorgenomen maatregel uit het Regeerakkoord wordt verzacht. Gemeenten houden 60% van het budget om breed in te zetten voor ondersteuning van burgers. Vanaf 2015 is een vorm van huishoudelijke hulp in individuele situaties mogelijk, als onderdeel van een breed ondersteuningspakket. Dit kan bijdragen aan de wens van mensen om langer thuis te blijven wonen.
- Gemeenten kunnen besparen op uitgaven aan hulpmiddelen in de Wmo. Het Gemeentefonds is hiervoor taakstellend verlaagd met structureel € 50 mln. Ik zal gemeenten ondersteunen bij het stimuleren van hergebruik van hulpmiddelen en het ontwikkelen van poolbeheer voor scootmobielen.
- Het kabinet investeert € 50 mln. in het opzetten van sociale wijkteams binnen gemeenten, waarmee de ondersteuning uit het gemeentelijk sociale domein afgestemd kan worden op het medisch domein.
- Het beleid wonen dat gericht is op participatie is meer passend binnen het gemeentelijk domein. Ik zal gezamenlijk met de sector de uitwerking van het begeleid wonen (voor zover deze niet afhankelijk is van op genezing gerichte zorg) verkennen. Gemeenten zouden dan in 2015 verantwoordelijk worden voor de ondersteuning van mensen met psychiatrische problemen, waarbij niet behandeling, maar op participatie gerichte ondersteuning vanuit een beschermende woonomgeving centraal staat. Ook het bieden van een beschermende

<sup>12</sup> TK 2011-2012, 33127, nrs. 2, 3 en 63.

<sup>13</sup> TK 2012-2013, 33410, nr. 39.

<sup>14</sup> Tot 18 jaar valt dit onder de verantwoordelijkheid van gemeenten in het kader van de Jeugdwet. Ditzelfde geldt voor persoonlijke verzorging. De ondersteuning en langdurige zorg aan jeugdigen vergt afstemming met onderwijs. De eventuele inzet van begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging tijdens onderwijstijd wordt nader uitgewerkt door de ministeries van OCW en VWS in samenwerking met de VNG en onderwijsraden.



woonomgeving aan deze doelgroep wordt een taak van gemeenten. De bijbehorende budgetten worden dan volledig overgeheveld naar gemeenten. Vooral nog worden primair de centrumgemeenten verantwoordelijk voor de opvang van deze groep. Ik zal met de VNG aanvullende afspraken maken over maatregelen die de continuïteit, waaronder de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ondersteuning, borgen. Na vier jaar wordt de overheveling van de woonfunctie geëvalueerd en bekeken of zich nieuwe arrangementen ontwikkelen, waarbij cliënten zelfstandiger kunnen wonen. Gemeenten worden tevens verantwoordelijk voor het creëren van laagdrempelige voorzieningen (inloopfunctie GGZ).

#### *Werkgelegenheid en arbeidsmarkt*

De voorgenomen hervorming in de langdurige zorg brengt onzekerheid met zich mee voor werknemers. Deze werknemers vormen het sociaal kapitaal in de zorg en zijn van grote waarde voor de kwaliteit van de verleende ondersteuning en zorg. Alle partijen moeten zich uiterste inspanningen getroosten om gedwongen ontslagen te voorkomen en er voor te zorgen dat mensen van werk naar werk worden begeleid.

Bovengenoemde maatregelen hebben mede als doel de arbeidsmarkteffecten van de maatregelen in de langdurige zorg te verzachten: zowel de structurele redressering van de maatregel huishoudelijke hulp als de verzachting van de eerder voorgestane mate van extramuraliseren. Hierdoor worden de werkgelegenheidseffecten in deze sector substantieel verzacht. Huishoudelijke hulp kan onderdeel blijven van de ondersteuningsketen.

De daadwerkelijke effecten van de hervormingen (inclusief voorliggende afspraken) op de arbeidsmarkt worden nauwlettend in de gaten gehouden en in beeld gebracht door een arbeidsmarkteffectrapportage (AER). Het is van groot belang dat dit vroegtijdig geschiedt. De eerste effectrapportage wordt dan ook al conform het verzoek van kamerlid Leijten komende zomer naar de Kamer gezonden, vergezeld van een visie van het kabinet op de arbeidsmarkt in de zorg. De komende periode kan worden benut om – aan de hand van de effectrapportage – in het spoor van het gevoerde sociaal overleg, een sectorplan voor de transitiefase van de arbeidsmarkt in de zorg op te stellen, met als doel om mensen die hun baan dreigen te verliezen via mobiliteit, om-, her- en bijscholing aan de slag te houden. In de brief Resultaten sociaal overleg van 11 april jongstleden is aangegeven dat in de zorg geen nulurencontracten meer kunnen worden gebruikt. Vanuit de overtuiging dat werknemers op de werkvloer goede arbeidsvoorwaarden verdienen, heeft het kabinet in het Regeerakkoord € 100 miljoen beschikbaar gesteld voor het verbeteren van de arbeidsmarktpositie van specifieke groepen. Het ligt in de rede hierbij een verbinding te leggen met genoemd sectorplan. Voorts is € 250 miljoen beschikbaar voor intensivering van de wijkverpleging en sociale wijkteams.

#### *Maatwerkvoorziening inkomenssteun*

Per 1 januari 2014 worden de bestaande regelingen voor financiële compensatie<sup>15</sup> afgeschaft en vervangen door één vangnet bij de gemeenten oplopend tot circa € 700 mln. structureel vanaf 2017. Het budget wordt via het sociaal domein in het Gemeentefonds overgeheveld naar gemeenten. Gemeenten kunnen maatwerk bieden door het compenseren van beperkingen met voorzieningen via de Wmo of het geven van directe inkomenssteun via de bijzondere bijstand.

#### *Een nieuwe verhouding tussen burger en overheid*

Met de komst van de Wmo in 2007 is een ontwikkeling in gang gezet die beoogt eerst de eigen mogelijkheden en die van de sociale omgeving na te gaan, alvorens men een beroep kan doen op publiek gefinancierde ondersteuning. Dit uitgangspunt wordt in de herziene Wmo explicieter vastgelegd. Zo wordt benadrukt wat de burger van de gemeente mag verwachten en omgekeerd. De compensatieplicht wordt daartoe herijkt, waarmee gemeenten meer ruimte krijgen om mensen zo nodig – als de hulp in eigen kring ontoereikend is – te ondersteunen met passende voorzieningen. De gemeente die een inwoner ondersteunt, mag van deze verwachten dat die er zelf ook alles aan doet om te kunnen participeren, zowel in sociaal als in financieel opzicht. Ik sluit hiermee aan bij onder andere het advies dat de Raad voor volksgezondheid en zorg<sup>16</sup> onlangs hierover uitbracht.

---

<sup>15</sup> In een eerder aan uw Kamer gestuurde analyse is de overlap tussen de bestaande regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten in beeld gebracht. Daaruit bleek de grote verscheidenheid aan regelingen als de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de Compensatie Eigen Risico (CER), de fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten en de daarmee samenhangende Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten. In deze analyse is uiteengezet dat de Wtcg en CER onvoldoende gericht zijn op de doelgroep, de criteria voor toekenning twijfelachtig zijn, de regelgeving zeer onderhoudsintensief is en dat dit leidt tot risico's voor de budgettaire beheersbaarheid. Ook de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten is ondoeltreffend en daarnaast te generiek van aard. Niet alle chronisch zieken en gehandicapten worden bereikt en ook personen buiten de beoogde doelgroep maken gebruik van de fiscale aftrek.

<sup>16</sup> RVZ, *Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf!*, Den Haag maart 2013.

Gemeenten betrekken het netwerk en de sociale draagkracht bij het beoordelen van een vraag om ondersteuning. Wellicht kan een familielid, buur of vrijwilliger een rol spelen bij het verlichten van de problematiek. Ik wil ook deze gedachte in de herziene Wmo verankeren. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een verplichtend kader in de wet op te nemen. Het is juist de bedoeling om aan te sluiten bij de gebruikelijke sociale verhoudingen tussen mensen.

Het idee dat mensen voor elkaar willen zorgen, wordt gedragen door de notie van wederkerigheid. Over het algemeen is men zeer bereid om iets voor 'een ander' te doen en iets terug te geven wanneer iemand iets heeft ontvangen; wederkerigheid werkt naar twee kanten.

De financiële draagkracht van burgers zal via de weg van de eigen bijdragesystematiek worden gewogen zodat gemeenten, naast de eigen bijdrage, geen aanvullend inkomensbeleid kunnen voeren. Zoals nu ook al het geval is, zijn burgers zelf verantwoordelijk voor voorzieningen die algemeen gebruikelijk worden verondersteld, zoals eenvoudige vervoermiddelen of eenvoudige woonvoorzieningen. Daarbij kan iemand die de voorziening zelf moet betalen ook gebruik maken van de voordelen die gezamenlijke inkoop door een gemeente biedt.

#### *Waarborgen in de Wmo*

Voor burgers is het van belang dat inzichtelijk is hoe het gemeentelijke beoordelingsproces werkt en welke voorwaarden worden gesteld. Zoveel mogelijk moet worden aangesloten bij de individuele situatie, zodat bijvoorbeeld een eenvoudige ondersteuningsvraag snel (eventueel digitaal) wordt opgepakt. De mogelijkheid van rechtsgang voor de burger blijft in de Wmo gehandhaafd.

Wanneer de situatie er om vraagt kan, als de burger dit wenst, in een gesprek integraal worden gekeken naar de behoeften en naar mogelijke achterliggende problemen van de burger ("vraag achter de vraag"). Bij de afweging wordt ook de inzet van mantelzorgers en het eigen steunsysteem van de burger betrokken. De gemeente zal zich er tijdens de vraagverkenning van moeten vergewissen dat de burger ook daadwerkelijk in staat is om een dergelijk gesprek aan te gaan. Voor met name burgers die moeite hebben met het voeren van de regie over het eigen leven kan iemand uit het sociale netwerk, een vrijwilliger, een mentor of zo nodig een professionele cliëntondersteuner bijstand verlenen in het gesprek met de gemeente. Gemeenten bepalen zelf hoe de cliëntondersteuning wordt ingezet. De professionele cliëntondersteuner is onafhankelijk. Steeds meer gemeenten schakelen consulents van MEE in voor het voeren van de gesprekken met de burger. Deze ontwikkelingen kunnen bijdragen aan het succesvol implementeren van de decentralisaties. De middelen in de AWBZ voor cliëntondersteuning worden om deze reden per 2015 overgeheveld naar gemeenten. Tezamen bieden deze instrumenten een sluitende waarborg dat de burger een oplossing wordt geboden die aansluit bij zijn individuele behoeften en mogelijkheden.

#### *Zeggenschap op collectief niveau*

In de huidige Wmo wordt de betrokkenheid van burgers bij het Wmo-beleid van gemeenten expliciet genoemd, maar de vorm waarin dit moet gebeuren is niet wettelijk vastgelegd. In de praktijk hebben veel gemeenten voor dit doel een Wmo-raad ingesteld. Een belangrijk instrument bij het versterken van de Wmo-raden is het programma *Aandacht voor iedereen* van de gezamenlijke cliëntenorganisaties. In de Wmo wordt ruimte gecreëerd voor gemeenten om desgewenst de medezeggenschap rondom de Jeugdwet, Participatiewet en Wmo gezamenlijk te organiseren. In de herziene Wmo wordt de gemeente verplicht om in het gemeentelijk beleidsplan aan te geven welke eisen zij stellen ten aanzien van de medezeggenschap van cliënten van aanbieders van Wmo-ondersteuning.

#### *Specifieke groepen*

In eerder onderzoek<sup>17</sup> is een aantal cliëntgroepen geïdentificeerd met een specifieke zorgvraag. Deze is specifiek vanwege de aard van de beperking, de mate waarin deze voorkomt en de concentratie van het aanbod. Ook voor deze specifieke groepen staat participatie centraal en bieden gemeenten desgewenst voorzieningen op grond van de Wmo. Tijdens de hervorming zal extra aandacht nodig zijn bij de signalering, toewijzing en inkoop. Ik ben in overleg met gemeenten om voor deze groep tot specifieke arrangementen te komen, bijvoorbeeld via centrale inkoopvoorwaarden. Ook in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars zal hier aandacht voor moeten zijn.

#### *Kwaliteit en toezicht*

Mensen die aangewezen zijn op een voorziening binnen de Wmo moeten kunnen rekenen op ondersteuning van goede kwaliteit. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning en voor het toezicht daarop. Maatwerk door gemeenten vereist terughoudendheid met centrale normstelling. Om kwaliteit te borgen, zal ik in de Wmo een

---

<sup>17</sup> TK 2011-2012, 30597, nr. 236.

wettelijke basisnorm stellen voor verantwoorde maatschappelijke ondersteuning van goed niveau. Deze norm kan door betrokken partijen worden uitgewerkt tot een gezamenlijk kwaliteitskader met veldnormen. Door standaardisering worden de administratieve lasten, als gevolg van uiteenlopende lokale kwaliteitskaders, voorkomen.

Ook in de nieuwe Wmo is kwaliteit belangrijk. Daarom zal de rol van de IGZ en van het Kwaliteitsinstituut nog nader worden gezien. Ik zal ook de wenselijkheid en mogelijkheden van een rol voor de IGZ in het toezicht op ondersteuning, waarvoor een individuele beschikking is afgegeven door gemeenten, nader verkennen.

De motie van der Staaij<sup>18</sup> verzoekt de mogelijkheden te onderzoeken om de reikwijdte van het wetsvoorstel dat de taken voor het Kwaliteitsinstituut regelt uit te breiden naar de over te hevelen domeinen in de Wmo. Het Kwaliteitsinstituut kan een belangrijke adviserende en faciliterende rol spelen bij de ontwikkeling van het eerder genoemde gezamenlijk kwaliteitskader. Daarom zal ik het Kwaliteitsinstituut vragen na te gaan op welke wijze die rol kan worden ingevuld, gegeven de wettelijke mogelijkheden.

#### *Persoonsgebonden budget*

Alvorens mensen een beroep doen op publiek gefinancierde ondersteuning dient de burger en de gemeente te bezien of een oplossing in de eigen sociale omgeving voorhanden is. Vervolgens wordt binnen de Wmo bekeken of ondersteuning via een collectieve voorziening een oplossing biedt. Ten slotte zijn individuele voorzieningen voor handen. Ook bij individuele voorzieningen is zeggenschap en keuzevrijheid van de burger een groot goed. Daarom introduceert dit kabinet in die gevallen een recht op het pgb onder stringente voorwaarden. Burgers kunnen vragen om een pgb, maar deze wordt onder strikte voorwaarden afgegeven door de gemeente. Deze voorwaarden dienen nader uitgewerkt te worden, maar zijn – net als in de kern-AWBZ – onder andere oriëntatie op gemeentelijke ingekochte voorzieningen, de mogelijkheid van regievoering bij de budgethouder, het borgen van goede kwaliteit, doelmatigheid en fraudebestendigheid onder andere door het bieden van de mogelijkheid van trekkingsrecht. Tevens wordt bezien of gemeenten zelf mogen besluiten of en onder welke voorwaarden een pgb kan worden verstrekt bij mantelzorg.

#### *Informele zorg*

In de visie van het kabinet op de langdurige ondersteuning en zorg wordt het werk van vrijwilligers en mantelzorgers nog belangrijker. Gemeenten hebben een belangrijke rol in het ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers en het voorkomen van overbelasting. De gemeenten zullen in het gesprek met de zorgvrager ook de behoeften, mogelijkheden en de belastbaarheid van de mantelzorger en het sociale netwerk betrekken. Door het versterken van sociale cohesie en het ondersteunen van vrijwilligers kunnen gemeenten het al omvangrijke potentieel van informele zorg verder uitbreiden. Ik zal eerst met gemeenten nader verkennen hoe de ondersteuning van mantelzorgers is in te vullen.

#### *Sociaal domein*

Gemeenten staan voor een grote opgave om de nieuwe verantwoordelijkheden in het sociaal domein waar te kunnen maken, zodat burgers die zijn aangewezen op ondersteuning door de overheid niet tussen wal en schip vallen. In de decentralisatiebrief<sup>19</sup> heeft het kabinet een aantal maatregelen aangekondigd die de bestuurs- en uitvoeringskracht versterken en belemmeringen om te komen tot een lokale, integrale maatwerkoplossing wegnemen. Zo worden onder meer de geldstromen in het sociaal domein gebundeld, wordt er één brede monitor ontwikkeld, wordt er samenhang aangebracht in de ondersteuning van gemeenten en wordt de uitvraag van informatie gestroomlijnd. Tevens wordt er van gemeenten gevraagd om hun gemeentelijke uitvoeringskracht te versterken door samen te werken. Dit kan door voort te bouwen op de praktijk van intergemeentelijke samenwerking op verschillende schaalniveaus.

Zoals in het Regeerakkoord is afgesproken streeft het kabinet maximale beleidsruimte na voor gemeenten om te komen tot nieuwe, doelmatige en integrale arrangementen. Hierbij past een systeem van horizontale verantwoording over resultaten en ingezette middelen. Tegelijkertijd moeten gemeenten wel tot goede resultaten komen in het sociale domein. Deze wil het kabinet intensief monitoren. Samen met de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Veiligheid & Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid zal ik nagaan in hoeverre er los van de instrumenten die de Wet Revitalisering Generiek Toezicht biedt, in zeer specifieke situaties nog noodzaak is via een aanwijzingsbevoegdheid in te grijpen.

---

<sup>18</sup> TK 2012-2013, 33243, nr. 29.

<sup>19</sup> TK 2012-2013, 33400 VII, nr. 59.

### Overig

Het nieuwe wetsvoorstel zal ook ingaan op specifieke thema's als inkoop, meldplicht calamiteiten en geweld, cliëntvervalsundersoeken en aanbevelingen van de commissie De Jong over vrouwenopvang.

## 4. Samenhangende zorg in de Zorgverzekeringswet

### 4.1 Uitwerking van het Regeerakkoord

Goede ketenzorg, in samenhang met Wmo-ondersteuning en jeugdzorg en afgestemd op de informele zorg, stelt mensen in staat om zo lang mogelijk thuis te wonen. Door het overhevelen van zorg, die is gericht op herstel van een aandoening of het tegengaan van verslechtering, naar de Zvw krijgen aanbieders en zorgverzekeraars meer mogelijkheden zorgketens in samenhang te organiseren.

Het kabinet is daarom van plan de volgende maatregelen te nemen:

- Vanaf 2015 wordt in de Zvw een nieuwe aanspraak 'thuisverpleging' opgenomen, waardoor extramurale verpleging binnen de eerste lijn geboden kan worden.
- Het kabinet investeert structureel € 200 mln. in de wijkverpleegkundige zorg. Hierdoor kunnen oudere en kwetsbare mensen langer zorg thuis ontvangen en wordt de samenhang tussen zorg, preventie, welzijn en wonen verbeterd. De wijkverpleegkundige zorg valt onder de Zvw. Zoals hiervoor al gemeld is bovendien € 50 mln. beschikbaar voor sociale wijkteams; dit bedrag wordt toegevoegd aan het deelfonds sociaal domein van het Gemeentefonds.
- De langdurige op behandeling gerichte GGZ vanaf 18 jaar wordt overgebracht in de Zvw. Hiermee wordt vanaf 18 jaar alle op behandeling gerichte GGZ uit de Zvw gefinancierd. Ik zal met de sector de positionering van het begeleid wonen in het gemeentelijk domein verkennen.<sup>20</sup>
- Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) adviseert het kabinet dit voorjaar over welke onderdelen van de extramurale AWBZ-behandeling onder de Zvw zouden passen.

### 4.2 Nadere uitwerking van de maatregelen

#### *Nieuwe aanspraak thuisverpleging*

Met het opnemen van de aanspraak thuisverpleging in de Zvw wordt verpleging dichtbij andere eerstelijnszorg gepositioneerd. Samen met de huisartsenzorg is de (wijk)verpleegkundige zorg erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Cliënten gaan niet of minder snel naar het ziekenhuis en kunnen omgekeerd sneller naar huis. Door de aanspraak thuisverpleging in de Zvw wordt de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het hele medische domein, van verpleging thuis tot en met opname in het ziekenhuis. Zo is er ook een financiële prikkel voor het leveren van kwalitatief goede zorg dichtbij mensen thuis.

De aanspraak thuisverpleging in de Zvw omvat naast verpleging ook de verzorgende activiteiten als deze onlosmakelijk met de verpleging vervlochten zijn. Niet alle cliënten hebben recht op thuisverpleging. Bijvoorbeeld degenen die geen verpleging nodig hebben maar alleen persoonlijke verzorging (algemene dagelijkse levensverrichtingen, hulp bij zelfverzorging of aanleren van deze handelingen) of waarbij deze activiteiten niet vervlochten zijn met het verpleegkundige handelen. Deze cliënten kunnen in de toekomst een beroep doen op de Wmo. In overleg met het CVZ wordt de aanspraak thuisverpleging uitgewerkt in regelgeving.<sup>21</sup>

Het is van belang dat zowel de doelmatigheid als de financiële beheersbaarheid van thuisverpleging is geborgd. Wat betreft doelmatigheid: er bestaat alleen aanspraak op thuisverpleging als de medische zorgbehoefte niet met behulp van de eigen omgeving is op te lossen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de beroepsgroep in een professionele standaard uitwerkt wanneer thuisverpleging

<sup>20</sup> De raakvlakken met het justitiële domein, met name het wetsvoorstel forensische zorg, worden hierbij nadrukkelijk in ogenschouw genomen. De standpunten ten aanzien van de forensische zorg aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn terug te vinden in de gezamenlijke kabinetsreactie met de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie op het advies *Stoornis en Delict* van de RVZ.

<sup>21</sup> De mensen die thuis kunnen blijven wonen, kunnen beroep doen op een nieuwe aanspraak thuisverpleging. Deze is bedoeld om mensen, die voorheen een zwaarder zorgzwaartepakket zouden hebben gekregen, langer thuis te laten blijven wonen. Bij het nader definiëren van deze nieuwe aanspraak, worden de elementen verpleging, verzorging en begeleiding betrokken die voorheen onder de AWBZ vielen.

is aangewezen, en ook wanneer er geen noodzaak toe is. Ik zal via het Kwaliteitsinstituut stimuleren dat de beroepsgroep deze standaard gaat ontwikkelen. Wat betreft de financiële beheersbaarheid van de aanspraak: zorgverzekeraars zijn vanaf 2017 risicodragend voor de extramurale verpleging en de daaraan gekoppelde persoonlijke verzorging. Voor de jaren 2015 en 2016 wil ik een akkoord sluiten met verzekeraars en aanbieders waarin een budgetplafond wordt afgesproken. Verder wordt bij de bekostiging van thuisverpleging aansluiting gezocht bij de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg, die momenteel in lijn met het Regeerakkoord wordt ontwikkeld. Ik streef naar een vergelijkbare manier van bekostiging en samenwerkingsprikkels. De bekostiging moet een verschuiving bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg.

#### *Intensiveren wijkverpleegkundigen*

De wijkverpleegkundige is steeds meer op afstand van de daadwerkelijke vraag van de cliënt komen te staan. Dit komt door de wijze waarop het indicatiebesluit in de AWBZ is vormgegeven (functies in aantal uren) en de wijze van bekostiging en verantwoording (geld per tijdseenheid van de functie). Om als wijkverpleegkundige goed te kunnen functioneren, heeft deze ruimte nodig om te doen wat nodig is voor de cliënt. Het kabinet stelt € 200 mln. ter beschikking voor de inzet van wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige zorg wordt, in het verlengde van de nieuwe aanspraak thuisverpleging, in de Zvw gepositioneerd.

In het ZonMw programma 'Zichtbare schakel' is al veel ervaring opgedaan. Wijkverpleegkundigen combineren verpleegkundige taken waarvoor ze bekwaam en bevoegd zijn (de huidige binnen de AWBZ geïndiceerde verpleging) met taken op sociaal gebied, zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Wijkverpleegkundige zorg kan alleen succesvol worden ingezet als verzekeraars, gemeenten en zorgverleners afspraken maken over de invulling ervan. Tevens worden de gemeenten financieel in staat gesteld te investeren in sociale wijkteams zodat de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn in de wijk wordt gemaakt.

#### *Persoonsgebonden budget*

Zorgverzekeraars kennen op grond van de Zvw een zorgplicht. Dit betekent dat verzekerden die een zogeheten naturapolis hebben en hun verzekeraar er onverhoopt niet in slaagt om de benodigde zorg in te kopen, zelf deze zorg kunnen inroepen en de kosten dan volledig vergoed krijgen door hun zorgverzekeraar. Het kabinet verwacht dat op deze wijze adequate en doelmatige zorg op maat kan worden geboden. Mede in dit licht zal de mogelijkheid van een vorm van een pgb voor thuisverpleging voor de groep mensen, die op dit moment een pgb voor verpleging heeft, nader worden verkend.

#### *Overheveling van intramurale GGZ gericht op behandeling en begeleiding*

Op dit moment wordt het eerste jaar van intramurale GGZ-behandeling uit de Zvw betaald, daarna is de financiering uit de AWBZ afkomstig. Deze knip in financieringsstelsels draagt niet bij tot kwalitatief goede zorg voor de cliënt. Er is vanuit financieel oogpunt, onvoldoende prikkel om te komen tot ambulante zorg. Blijft een cliënt in een instelling dan dekt de AWBZ de kosten. Krijgt de cliënt na een jaar ambulante zorg, dan zijn de kosten voor rekening van de risicodragende zorgverzekeraar. Aan deze situatie komt een einde door per 2015 alle intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling over te hevelen naar de Zvw. Het begeleid wonen dat gericht is op participatie vind ik meer passend binnen het gemeentelijk domein. Ik zal gezamenlijk met de sector de positionering van het begeleid wonen (voor zover deze niet afhankelijk is van op genezing gerichte zorg) verkennen.

In de Zvw worden zorgverzekeraars in 2017 volledig risicodragend voor de over te hevelen intramurale GGZ. Het scheiden van huidige AWBZ GGZ-cliënten op basis van zorgbehoefte (behandeling naar de Zvw en begeleiding naar de Wmo) vereist scherpe richtlijnen die domeinoverstijgend worden gebruikt. Het moet zowel voor de cliënten, verzekeraars, gemeenten als voor behandelaars en begeleiders duidelijk zijn welke cliënten recht hebben op intramurale behandeling uit de Zvw en welke cliënten behoren tot de verantwoordelijkheid van gemeenten.

#### *Extramurale AWBZ-behandeling en intensieve kindzorg*

Ik zal later een besluit nemen over de positionering van de extramurale AWBZ-behandeling. Een groot deel (circa 60%) betreft kortdurende zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking. Het CVZ adviseert het kabinet dit voorjaar over welke onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw zouden passen. Op basis hiervan zal ik een besluit nemen over de toekomstige positionering van deze zorg. Later dit jaar zal het CVZ ook adviseren over extramurale AWBZ-behandeling in de overige sectoren. Extramurale AWBZ-behandeling tot 18 jaar in verband met een verstandelijke beperking of psychische stoornis wordt onderdeel van het nieuwe gemeentelijke stelsel voor jeugd.

Ik zal nog nader bezien waar de intensieve kindzorg, die op dit moment wordt gefinancierd vanuit de AWBZ, in de toekomst kan worden ondergebracht.

## **5. Recht op zorg voor kwetsbare mensen via de kern-AWBZ**

### **5.1 Uitwerking van het Regeerakkoord**

In het toekomstige stelsel van langdurige zorg blijft intramurale zorg beschikbaar voor degenen die deze nodig hebben. Zorg op grond van de kern-AWBZ is bestemd voor kwetsbare mensen, volwassenen en kinderen, die vanwege beperkingen niet meer in staat zijn in de thuisomgeving te wonen. Het gaat hierbij om een combinatie van het bieden van zorg, bescherming en veiligheid aan kwetsbare mensen waarbij sprake is van (soms volledig) regieverlies. Het kabinet wil bereiken dat enerzijds de kwaliteit van deze zorg voor de meest kwetsbaren optimaal is en anderzijds de meest kwetsbaren toegang houden tot deze 24-uurs intramurale zorg.

Meer concreet gaat het in de kern-AWBZ om volwassenen en kinderen onder de 18 jaar<sup>22</sup> :

- die cognitieve beperkingen en/of gedragsproblemen<sup>23</sup> hebben waardoor zij (nog maar) in zeer beperkte mate de gevolgen van eigen keuzen kunnen overzien (zij hebben niet of nauwelijks eigen regie);
- of die dusdanige fysieke beperkingen hebben waardoor zij niet in staat zijn (tijdig) om hulp te vragen en dagelijks meerdere keren ongeplande zorg nodig hebben;
- en waarbij de mogelijkheden om de zorg in de eigen omgeving vorm te geven met hulp van het sociale netwerk, de Wmo, Zvw of de Jeugdwet niet (langer) voldoende zijn, en waarbij dit ook niet verantwoord en doelmatig is;
- en die aangewezen zijn op een veilige, beschermende woonomgeving waar een samenhangend pakket van zorg wordt geleverd en permanent toezicht gehouden wordt, omdat de cliënt een gevaar voor zichzelf en anderen vormt en niet (meer) in staat is hulp in te roepen.

Ten aanzien van de afbakening met andere stelsels geldt dat de Wmo, Zvw en Jeugdwet voorliggend zijn. Eén persoon kan niet gelijktijdig gebruik maken van de Wmo of Jeugdwet enerzijds en de kern-AWBZ anderzijds. Bij de Zvw en de kern-AWBZ ligt dat anders. Eén persoon kan gelijktijdig zowel zorg via de Zvw en de kern-AWBZ ontvangen, maar een dubbele verstrekking is uitgesloten.

Het aantal cliënten in de kern-AWBZ zal veel kleiner zijn dan in de huidige AWBZ. Dit is het gevolg van het inzetten op langer zelfstandig thuis wonen en de overhevelingen naar Wmo, Zvw en Jeugdwet. Naar verwachting gaat het in de kern-AWBZ om minder dan 200.000 mensen. Het aantal cliënten is in het begin hoger, omdat huidige cliënten met een licht zorgzwaartepakket recht op verblijf in een instelling behouden. Het zorgaanbod dat deel uitmaakt van de kern-AWBZ zal overigens verschillen van de huidige institutionele zorg. Het kabinet zet in op meer nadruk op de relatie cliënt – professional, meer maatwerk, meer ruimte voor professioneel handelen en minder regels en bureaucratie.

### **5.2 Vormgeving van de kern-AWBZ**

#### *Karakter van de kern-AWBZ*

In de kern-AWBZ wordt de zorg georganiseerd voor de meest kwetsbaren. Voor deze mensen is het niet (meer) verantwoord om in de eigen woonomgeving te blijven en daar de benodigde ondersteuning en zorg te betrekken uit meerdere domeinen. Daarom wordt deze zorg onder één stelsel gebracht. Gelet op de zware problematiek acht het kabinet een verzekerd recht in overeenstemming met de aard van de geleverde zorg. De toegang tot de kern-AWBZ kent een strikte afbakening ten opzichte van de hiervoor genoemde voorliggende wetten.

#### *Indicatiestelling*

Juist om de zorg voor, en de solidariteit met, de meest kwetsbare mensen in onze samenleving te kunnen blijven garanderen, moet streng gekeken worden bij de toegang tot de kern-AWBZ. Dit

---

<sup>22</sup> Een deel van de intramurale zorg aan kinderen wordt ondergebracht in de Jeugdwet. Een uitzondering wordt gemaakt voor intensieve verblijfszorg die in de kern-AWBZ beschikbaar blijft voor kinderen onder de 18 jaar. Het gaat hierbij om ZZP LG 2 en 4-7; ZZP VG 4-8; ZZP ZG auditief en/of visueel (ZZP 2 en hoger); SGLVG.

<sup>23</sup> De afbakening van de kern-AWBZ moet zodanig scherp zijn dat cliënten met de huidige grondslag psychiatrie zijn uitgezonderd van de kern-AWBZ. Deze zorg maakt deel uit van de Zvw; de woonfunctie en ondersteuning is belegd bij gemeenten.

vraagt om een objectieve en professionele indicatiestelling voor de kern-AWBZ. De indicatiestelling blijft in handen van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), maar ik breng veranderingen aan in de toegangscriteria en het indicatieproces. Het CIZ bepaalt in de toekomst of een recht op zorg bestaat en welke zorgzwaarte een cliënt heeft. De zorgaanbieder geeft vervolgens invulling aan dat recht via een zorgplan, door te kijken welke zorg dan het beste kan worden geleverd, gegeven de zorgzwaarte die het CIZ heeft geïndiceerd en gegeven de specifieke behoefte van die cliënt. Met deze wijzigingen beoog ik professionals meer ruimte te geven om zorg op maat te leveren, in plaats van een standaardaanbod bij een bepaalde indicatie. Ik ga de verantwoordelijkheden van CIZ en van de zorgaanbieders duidelijker scheiden. De invloed van aanbieders op het indicatieproces vermindert. Dat betekent geen standaard indicatieprotocollen, indicatiemeldingen en herindicaties via taakmandaat meer. Er komt meer persoonlijk contact tussen indicatiesteller en cliënt. Het CIZ indiceert niet meer in ZZP's, maar bepaalt de zorgzwaarte. Welke zorg het meest passend is, gegeven de zorgzwaarte, bepaalt de zorgaanbieder met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger, binnen de (budgettaire) kaders die zijn overeengekomen met het zorgkantoor. Ik ben met het CIZ en het CVZ in overleg over de operationalisering van de toegangscriteria voor de kern-AWBZ en de wijzigingen in het indicatieproces. Tevens wil ik regionale verschillen in indicatiestelling verder terug dringen.

#### *Kwaliteit*

Kwaliteit in de kern-AWBZ kan sterk verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het normale leven dat een cliënt gewend was te leiden. Het is belangrijk dat de zorgverlener met de cliënt serieus de dialoog aangaat over diens wensen over de inrichting van zijn leven en de zorg die daarvoor nodig is. Het koppelen van informele zorg aan formele zorg hoort daar een onderdeel van te zijn. Het zorgplan wordt dan meer vanuit het perspectief van de cliënt, eventueel met ondersteuning, opgesteld en wordt meer transparant naar cliënt en/of verwanten. Kwaliteit kan ook verhoogd worden als professionals meer de ruimte wordt geboden voor het leveren van maatwerk. Het zou goed zijn als er meer aandacht is voor mogelijkheden die het welbevinden van de cliënt positief beïnvloeden. In opleidingen moet meer aandacht zijn voor de competenties en vaardigheden die dit vereist. Voorts is het van belang dat professionals met elkaar vaststellen wat goede zorg is en hoe deze gemeten kan worden. Binnen het experiment regelarme instellingen wordt hiermee ervaring opgedaan. Door cliëntenorganisaties meer te betrekken bij de ontwikkeling van professionele standaarden zal de cliëntbeleving toenemen. Pas als de wijze van zorgverlening, op basis van de zorgstandaard, past in het leven van de cliënt zal die cliënt een kwaliteitsverbetering ervaren. Het Kwaliteitsinstituut stimuleert deze ontwikkeling. Via InvoorZorg! blijf ik kennis over vernieuwingen beschikbaar stellen en zorgaanbieders helpen de verbeteringen door te voeren. Ik zal nagaan op welke wijze vernieuwingen zijn in te bedden in bijvoorbeeld kwaliteitseisen in inkoopvoorwaarden, dat zorgaanbieders worden aangesproken als zij achterblijven (benchmarking). Daarbij is de waardering van de zorg door cliënten een belangrijke maatstaf. Ook zorgkantoren spelen hierbij een rol. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van kwalitatief hoogwaardige zorg.

#### *Persoonsgebonden budget*

Conform het Regeerakkoord blijft een pgb in de kern-AWBZ mogelijk. Het kabinet acht dit wenselijk om enerzijds mensen die binnen de (financiële) grenzen van het pgb zelf hun zorg goed kunnen organiseren ook die zeggenschap te geven. Anderzijds heeft het pgb bewezen innovatie in de zorg te stimuleren. Overigens zal het gelet op het karakter van de kern-AWBZ vaak gaan om wettelijke vertegenwoordigers (bijvoorbeeld partners of ouders van kinderen met een beperking) die het pgb beheren. Gezien de ervaringen met de pgb-regeling de afgelopen jaren gelden hierbij wel de reeds genoemde voorwaarden die aansluiten bij de afspraken uit het Begrotingsakkoord 2013. Daarbij gaat het om het voorkomen van aanzuigende werking, goede kwaliteit, lagere kosten dan via zorg in natura en invoering van het al eerder genoemde bruto-rgb. Voorts moet de nieuwe regeling fraudebestendig zijn door onder andere de introductie van een trekkingsrecht. Het blijft dus de keuze van de cliënt om een pgb aan te vragen, waarbij het zorgkantoor aan de hand van de gestelde voorwaarden beslist of een pgb wordt verstrekt. Met het oog op de kwetsbaarheid van deze groep is het kabinet van mening dat het zorgkantoor bij risico op slechte zorg de cliënt in bescherming moet nemen. Dit geldt tevens voor risico's van (financieel) misbruik door de cliënt of derden.

#### *Uitvoering*

Ten aanzien van de uitvoering overweegt het kabinet een twee fasen aanpak. In de eerste instantie blijft de uitvoering regionaal plaatsvinden door zorgkantoren. Wel wordt de uitvoering gestroomlijnd door per 2015 het aantal zorgkantoren en regio's terug te brengen en de zorginkoop meer te uniformeren en de waarborgen voor een doelmatige uitvoering door zorgkantoren te versterken. Doordat straks alleen de zware intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg overblijven

in de kern-AWBZ, hebben we immers te maken met een veel kleinere doelgroep. In tweede instantie wordt bezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door de zorg die deel uit gaat maken van de kern-AWBZ op termijn risicodragend door verzekeraars voor de eigen verzekerden te laten uitvoeren. Op deze wijze worden verzekeraars verder aangemoedigd integraal zorg in te kopen voor hun verzekerden. In de vormgeving ligt overheveling naar de Zvw het meest voor de hand, omdat dan gebruik kan worden gemaakt van de bestaande infrastructuur.

Deze stap kan gezet worden zodra de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de kern-AWBZ, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid (voor kern-AWBZ en Zvw) en zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. De beslissing over risicodragende uitvoering zal niet voor 2017 worden genomen, waarbij onder meer gekeken zal worden naar de doelmatige uitvoering, de beschikbaarheid van een adequaat vereveningsmodel, voorkomen van afwenteling op Wmo en andere voorwaarden voor volledige risicodragendheid. Ook kan deze stap alleen gezet worden als de kern-AWBZ via de extramuralisering een beperktere omvang heeft gekregen.

Om de kern-AWBZ budgettair beheersbaar te houden, blijft naast de onafhankelijke indicatiestelling tevens de regionale contracteeruimte bestaan. Het is van belang dat zorgkantoren zich maximaal inspannen om voldoende, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen. Ik onderzoek hoe zorgkantoren sterker kunnen worden geprikkeld om, als de zorgvraag in de regio hiertoe aanleiding geeft en de continuïteit gewaarborgd is, doelmatiger zorg in te kopen. Benchmarking door de NZa is hierbij een mogelijkheid. Hierbij ga ik tevens met zorgkantoren in overleg hoe elementen van persoonsvolgende bekostiging onderdeel kunnen worden van dit proces en hoe innovatie meer aandacht bij de zorginkoop kan krijgen. De taken van het zorgkantoor strekken echter, net als nu, verder dan de inkoop. Zij zijn er primair voor hun cliënten. Dit betekent onder meer goede service en bereikbaarheid, goede informatie over de gecontracteerde zorg, wachtlijstbemiddeling en alert blijven op de prestaties van de gecontracteerde aanbieders, zowel zorginhoudelijk als financieel. Ik vind het van belang dat zorgkantoren hierin vooruitgang boeken. Daarom wil ik deze in een landelijk beleidskader of convenant vast te leggen en eventueel ook op wetsniveau voor de nodige aanscherping te zorgen.

#### *Eigen bijdrage*

Het kabinet kiest voor een beperktere verhoging van de eigen bijdrage, ten opzichte van de maatregelen verhogen intramurale eigen bijdrage die zijn voorzien per 1 januari 2014 in het Regeerakkoord. Het is mijn bedoeling dat alle bewoners van een instelling een extra bedrag boven op het zak- en kleedgeld houden, waarbij dat bedrag kan verschillen tussen groepen. In het Regeerakkoord is besloten de eigen bijdrage voor intramurale bewoners te verhogen tot de zak- en kleedgeldnorm (opbrengst € 50 mln.). Hiertoe zouden de fiscale ouderentoeslag en de Wajongtoeslag verdwijnen en de Wtcg-korting (8% of 16%) voor de intramurale eigen bijdrage AWBZ worden beperkt. Bovendien is in het Regeerakkoord besloten de Wtcg-tegemoetkoming en de CER te laten vervallen. Door te kiezen voor een beperktere verhoging van de eigen bijdrage voor deze groep wordt een stapeling van maatregelen voor bewoners van een intramurale instelling verzacht. Op deze manier maak ik het mogelijk dat de intramurale eigen bijdrage beperkter wordt verhoogd dan eerder voorzien.

Nu de kern-AWBZ wordt gericht op de meest kwetsbare mensen rijst de vraag of het geboden pakket aan zorg en de verschuldigde eigen bijdragen goed op elkaar zijn afgestemd. Overwogen kan worden om instellingen naast het verzorgen van voeding en ADL, ook een bredere verantwoordelijkheid te geven in de verzorging van cliënten, bijvoorbeeld in de zorg voor het wassen en verstellen van kleding. En in het verlengde hiervan ligt de vraag of het zinvol is om deze cliënten een sociale zekerheidsuitkering te verstrekken of dat het –in het kader van het voorkomen van het rondpompen van geld- de voorkeur verdient deze cliënten een bijdrage te geven in de vorm van zak- en kleedgeld. Dit vraagstuk zal ik nader bezien en uw Kamer over de bevindingen informeren bij gelegenheid van de aanpassing van de AWBZ.

#### *Financiële houdbaarheid*

Financiële beheersbaarheid van de kern-AWBZ is essentieel. Met de beschreven aanpassingen in de afbakening, indicatiestelling en uitvoering heb ik deze financiële randvoorwaarden geborgd. In het Regeerakkoord is voorts een taakstelling aangekondigd op de kern-AWBZ, van € 500 mln. ofwel ongeveer 5% van het AWBZ-budget. Deze zal onder andere worden gerealiseerd door het verminderen van de (regionale) verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkooprijzen. Door middel van benchmarking worden zorgkantoren en zorgaanbieders gestimuleerd om minimaal even



goed te presteren. Voorts zal worden bespaard op administratieve lasten bij instellingen en zorgkantoren door het standaardiseren van de inkoopvoorwaarden en data-uitvraag van zorgkantoren aan aanbieders, meer ruimte voor maatwerk en door te werken met meerjarige aanbestedingen. De contracteerruimte en tarieven zullen op deze maatregelen worden aangepast. Ten slotte wordt met de wijzigingen in de pgb-regeling de budgettaire beheersbaarheid geborgd. Voor de beheersbaarheid van de kern-AWBZ in zijn geheel zal ik het pgb en de contracteerruimte onder één budgettair kader brengen.

## **6. Flankerend beleid**

### *Samenwerking gemeenten en verzekeraars*

Arrangementen voor integrale zorg en ondersteuning zullen in samenhang op het lokale niveau worden geboden, gebruik makend van zowel de Wmo als de Zvw. Dat kan alleen als verzekeraars en gemeenten nauw samenwerken. Die samenwerking heeft voor mij tot doel dat de burger straks, indien nodig, gebruik kan maken van een op maat toegesneden integraal en samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning. Verzekeraars en gemeenten zijn zich bewust van hun verantwoordelijkheid. Ik ben met Zorgverzekeraars Nederland en de VNG in overleg over de vorm, inhoud en borging waarlangs de samenwerking het beste gestalte kan krijgen. Hierbij kan onder andere gebruik gemaakt worden van de kennis die al is opgedaan bij enkele experimenten regelarme instellingen.

### *Via inkoop door gemeenten samenwerking stimuleren*

De nieuwe verantwoordelijkheden zijn een uitdaging voor gemeenten en aanbieders. Gemeenten en aanbieders, en aanbieders onderling, zullen met elkaar op een constructieve wijze moeten samenwerken zodat cliënten zo goed mogelijk worden geholpen. Dit betekent dat professionals over de grenzen van hun eigen organisaties en werkterrein moeten kijken, dus ook naar de andere leefgebieden van de cliënt en naar andere aanbieders.

Door de wijze van inkoop beïnvloeden gemeenten het speelveld waarin aanbieders ondersteuning kunnen aanbieden. Nieuwe samenwerkingsverbanden op lokaal niveau kunnen zo worden gestimuleerd. Daarom is het belangrijk dat partijen een kans geven aan innovatieve, doelmatige ondersteuningsarrangementen, die beter aansluiten bij de behoefte van mensen. Om gemeenten en aanbieders te helpen om deze ondersteuningsarrangementen te realiseren, zal het transitiebureau Wmo faciliterend optreden.

### *Innovatie*

Innovatie is essentieel om in te spelen op de veranderende vraag naar langdurige ondersteuning en zorg. Het is noodzakelijk om het bestaande aanbod zo aan te passen dat het snel kan inspelen op wat mensen nu en in de toekomst nodig hebben. Het gaat dan zowel om procesinnovatie, zoals nieuwe manieren om hulp te leveren, als om productinnovatie, zoals de inzet van nieuwe technologie bij zorg thuis. ICT biedt ook kansen om de mantelzorg te ontlasten of op afstand mogelijk te maken. De meerwaarde van nieuwe producten en diensten is vaak evident en komt al in 'best practices' tot uiting. Toch blijkt het moeilijk om deze snel en breed te implementeren. Ik wil in overleg met de veldpartijen komen tot een meerjarig programma gericht op innovatie. Ik zal op het thema innovatie terugkomen in een aparte brief aan uw Kamer.

### *Administratieve lasten*

De uitvoering van de voorgenomen maatregelen in de langdurige zorg gaat gepaard met een reductie van de administratieve lastendruk in de sector. Zo vervalt bijvoorbeeld voor de huidige extramurale zorg in de AWBZ de indicatiestelling door het CIZ. De inzet is er op gericht om zoveel mogelijk gebruik te maken van de praktische ideeën en aanpak in de sector zelf. Met ingang van 2013 zijn de experimenten met regelarme instellingen gestart. Op de werkvloer zelf wordt maximaal twee jaar, met medewerking van uitvoeringsorganisaties als het CIZ, CVZ, zorgkantoren, IGZ, NZa en CAK, getest welke aanpak daadwerkelijk leidt tot lagere administratieve lasten. Bij de uitvoering van de voorgenomen maatregelen in de langdurige zorg zal vanzelfsprekend van deze "lessons learned" dankbaar gebruik worden gemaakt. Met deze initiatieven streeft het kabinet ernaar de kosten van regeldruk in de langdurige zorg in 2017 te verminderen, in overeenstemming met de recent verschenen programmabrief over de aanpak hiervan.

### *Governance en toezicht*

Voor de kwaliteit van de ondersteuning, is het bestuur van die gemeente eindverantwoordelijk. De gemeenteraad houdt dan ook toezicht op de kwaliteit van ondersteuning uit hoofde van de Wmo. De hervorming van de langdurige zorg vergt ook een bezinning op de regels voor de interne organisatie van zorgaanbieders (kern-AWBZ en Zvw) en het toezicht. Voorwaarde voor het leveren

van goede zorg is dat in de bestuursstructuur van een instelling de verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor alles wat de zorgaanbieder doet en levert. De Raad van Toezicht kan de Raad van Bestuur aanspreken wanneer er zaken niet goed gaan en kan ook een klankbord voor de Raad van Bestuur zijn. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar in de afgelopen jaren is gebleken dat dit niet altijd goed gaat. Later dit jaar sturen de minister van VWS en ik uw Kamer een brief over onze visie op goed bestuur in de zorg.

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg in de kern-AWBZ en de Zvw en grijpt in wanneer de kwaliteit onvoldoende is. De IGZ bezoekt instellingen in beginsel via onaangekondigde bezoeken. De IGZ streeft naar een lage toezichtlast voor instellingen die goede kwaliteit leveren en juist meer handhavend optreden tegen instellingen die geen goede kwaliteit leveren.

## **7. Transitie**

De hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg is meer dan alleen een bestuurlijk traject met nieuwe wet- en regelgeving. De hervorming vraagt om een andere oriëntatie op de langdurige zorg in de samenleving en vergt ook een andere rol van iedereen: gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders. De visie doet ook een groter beroep op burgers om na te denken over de invulling van ondersteuning en zorg, ook als zij deze zelf nog niet nodig hebben.

De transitie zal enkele jaren in beslag nemen en vergt inspanning op meerdere terreinen, ook in samenhang met bijvoorbeeld de Jeugdwet, de Participatiewet en de veranderingen in het openbaar bestuur. Daarom acht ik het van belang om de hervorming in goed overleg met alle betrokken partijen vorm te geven. Een breed draagvlak voor deze veranderopgave is van groot belang. Om die reden ben ik de dialoog gestart met de partijen die aan deze hervorming mede gestalte moeten geven, waaronder cliënten- en patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Uit deze waardevolle dialoog blijkt dat de hiervoor beschreven hoofdrichting in de langdurige ondersteuning en zorg inhoudelijk op steun van partijen kan rekenen. Ook de sector onderkent dat de langdurige zorg anders moet. Ook spreek ik met uitvoerende organisaties als de NZa, het CVZ, het CIZ, het CAK en de IGZ over de consequenties voor hen.

Partijen wijzen er terecht op dat de hervorming van grote omvang is en dat gewaakt moet worden voor ongewenste effecten.

Ik verwacht dat aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars in belangrijke mate invulling geven aan de hervorming. Het kabinet zal de hervorming van de langdurige zorg ondersteunen met een meerjarig transitieprogramma. De vier pijlers van het transitieprogramma zijn:

1. communicatie van de veranderingen;
2. het ondersteunen van partijen bij de verandering, waarbij InvoorZorg! en het bestaande transitiebureaus jeugd en Wmo een belangrijke rol spelen;
3. het inrichten van proeftuinen gericht op de veranderingen;
4. het monitoren van de veranderingen, in samenhang met de uitvoering van de motie Schouw en de voornemens uit de decentralisatiebrief van 19 februari jl.

Voor die onderwerpen die gemeenten raken, maar de transitie overstijgen hanteren Rijk en VNG een gezamenlijke werkagenda om gemeenten in samenhang en vraaggericht te ondersteunen.

Naast het ondersteunen van de transitie zijn de activiteiten er ook nadrukkelijk op gericht om tijdens de transitie te luisteren en te leren en daar waar nodig in gezamenlijkheid bij te sturen. Gelet op de omvang van de veranderingen zullen alle betrokkenen onverwachte kansen en risico's tegenkomen. In samenwerking met alle betrokken partijen zullen we deze moeten benutten, dan wel van een adequate reactie voorzien.

Het meerjarig transitieprogramma is een samenwerking van alle betrokken partijen. Ik streef ernaar de invulling van dit programma voor de zomer af te ronden.

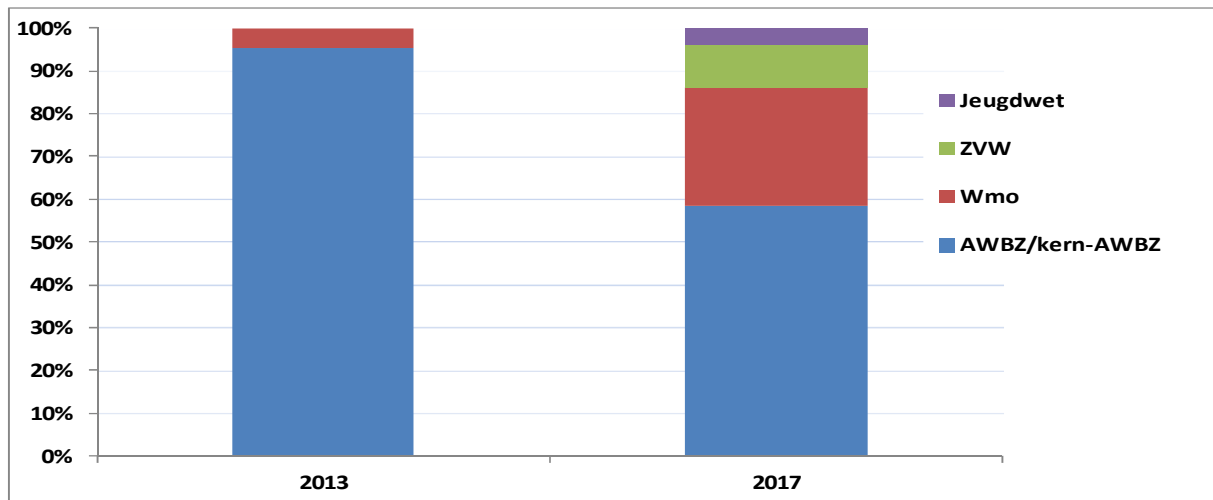
## **8. Financiële gevolgen**

De hiervoor beschreven wijzigingen leiden tot majeure financiële verschuivingen binnen de huidige langdurige ondersteuning en zorg. Ten aanzien van de totale uitgaven is het beeld dat deze, met inbegrip van alle maatregelen, nagenoeg gelijk blijven aan de geraamde uitgaven in 2013.

Onderstaande tabel laat zien welke verschuivingen zich voordoen binnen de wettelijke regimes. Daar waar in 2013 bijna alle uitgaven onder de AWBZ vallen, is dit beeld in 2017 sterk gewijzigd. In 2017 is dat nog circa 60%. De rest van de uitgaven wordt door de overheveling verdeeld over Wmo, Zvw en de nieuwe Jeugdwet. Door de decentralisatie naar gemeenten groeit het

uitgavenkader van de Wmo van een paar procenten naar ongeveer 25% van de gehele langdurige ondersteuning en zorg. De Zvw krijgt een aandeel van ongeveer 10%.

Figuur 8.1 Verdeling van langdurige zorg naar de verschillende wetten



Dit betreft een eerste beeld op basis van huidige gegevens, waarin als gevolg van nadere uitwerkingen die in de brief staan genoemd, periodieke actualisering van de uitgaven en ramingsbijstellingen nog wijzigingen zullen optreden. Tevens dient gerealiseerd te worden dat het beeld in de jaren na 2017 nog wijzigt in verband met de uitstroom uit de kern-AWBZ van cliënten met lagere ZZP's.

#### Financiële effecten uitwerking Regeerakkoord

De uitwerking van het Regeerakkoord, zoals hiervoor beschreven, heeft financiële effecten tot gevolg. Deze worden binnen het beschikbare financiële kader opgelost. In onderstaande tabel zijn de effecten in kaart gebracht.

Tabel 8.2: Overzicht financiële effecten uitwerking regeerakkoord (in mln.)

Maatregel	2014	2015	2016	2017	2018
Minder mensen blijven thuis wonen dan voorzien volgens Regeerakkoord		30	130	280	300
Extramurale dagbesteding en geen aanpassing aanspraak persoonlijke verzorging in 2014	330				
Huishoudelijke hulp blijft voor nieuwe cliënten beschikbaar in 2014	90				
Middelen (huishoudelijke) hulp (Wmo) blijven 60% in plaats van 25%		510	530	530	530
<b>Totaal</b>	420	540	660	810	830

Ter dekking van de wijzigingen wordt een aantal alternatieve maatregelen getroffen. Het betreft onder andere een korting van de contracteerruimte, een tariefskorting pgb, het meerjarig bevroren van de middelen ten behoeve van de incidentele loonontwikkeling en een algemene tariefskorting vanaf 2014 voor de verpleging en de intramurale zorg. In het overleg met uw Kamer van 24 april jongstleden over de resultaten van het zorgoverleg is toegezegd een financiële onderbouwing toe te sturen. Hier verwijs ik naar.

## 9. Informatievoorziening

De hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg hebben rechtstreeks effect op de inrichting van de beleids-, kwaliteits- en financiële verantwoordingsinformatie van aanbieders, gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en anderen, zoals het CVZ, NZa, CIZ, CAK en de IGZ. Ook is het nodig informatie te ontsluiten die inzicht levert in de transitie en voorbereiding op de wijzigingen. Met de kennisinstellingen SCP en RIVM zal ik verkennen op welke wijze resultaten van de omslag kunnen worden gemeten. Over de herziening van de wijzigingen in de informatievoorziening ten behoeve van beleidsvorming, inkoop, verantwoording en toezicht ga ik in overleg met betrokken partijen.

De informatievoorziening moet dienstbaar worden gemaakt aan de ondersteuning van mensen. De gedachte is dat de burger zo min mogelijk last moet hebben van het feit dat hij of zij met verschillende stelsels te maken heeft. Voorkomen moet worden dat cliënten steeds dezelfde gegevens moeten verstrekken aan verschillende organisaties. Voor alle betrokkenen is een goed beeld nodig van de cliënt, zijn omgeving en de problematiek die speelt. Het is wenselijk dat de verschillende actoren binnen de wettelijke grenzen informatie kunnen uitwisselen, als dat noodzakelijk is voor de dienstverlening. Deze informatie-uitwisseling is thans wettelijk niet mogelijk. Het is van belang om daar waar noodzaak tot uitwisseling bestaat, die mogelijkheid te regelen in het kader van de huidige hervormingen. Momenteel vindt in samenwerking met betrokken organisaties en ministeries al een verkenning plaats van de benodigde informatie-uitwisseling, waarbij ook wordt gekeken naar consequenties voor wet- en regelgeving. De resultaten worden voor de zomer verwacht.

Voor de AWBZ wordt gewerkt aan een vereenvoudiging en modernisering van de informatievoorziening. Met alle betrokken organisaties wordt dit kwartaal een meerjarenplan vorm gegeven. De maatregelen maken 'digitale ontschotting' noodzakelijk. Burgers ervaren een betere dienstverlening als de uitvoering van de kern-AWBZ, Wmo en Zvw in samenhang aansluiten bij wat zij nodig hebben. Meer samenwerking door het uniformeren van bedrijfsfuncties, stroomlijnen van werkprocessen en standaardiseren van proces- en gegevenskoppelingen leiden tot minder administratieve handelingen. Dit vormt de basis voor betere verantwoordingsinformatie en een beter inzicht in de kosten van de uitvoering, ook op stelselniveau. Zoals al aangekondigd in de decentralisatiebrief van 19 februari jl. zal bezien worden op welke wijze de effecten van de hervorming ook tussen de verschillende domeinen zijn te volgen. Ook de effecten op de forensische zorg zullen worden meegenomen.

## **10. Wetgeving**

Om de maatregelen uit deze brief te realiseren is wet- en regelgeving noodzakelijk. Die wet- en regelgeving moet met grote voortvarendheid tot stand worden gebracht. Hierna wordt voor de verschillende maatregelen aangegeven welke wet- en regelgeving zal worden voorbereid en wat de planning ter zake is.

### *Wtcg en CER*

Het recht op een algemene tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en het recht op een uitkering voor de compensatie van het verplicht eigen risico zal met ingang van 2014 vervallen. Indiening van het daartoe strekkende wetsvoorstel bij uw kamer is voorzien voor het tweede kwartaal van 2013.

### *Eigen bijdragen AWBZ*

Het Regeerakkoord bevat een aantal maatregelen inzake de eigen bijdrage voor de AWBZ. Met ingang van 2014 wordt de hoge intramurale eigen bijdrage AWBZ verhoogd naar het niveau van zak- en kleedgeld. Daarnaast wordt met ingang van 2014 de korting op de intramurale eigen bijdrage AWBZ uit hoofde van de Wtcg beperkt. Het kabinet wil deze maatregelen aanpassen en tevens de intramurale eigen bijdrage regeling vereenvoudigen. Het daartoe strekkende besluit treedt met ingang van 2014 in werking. De korting op de extramurale eigen bijdrage AWBZ en Wmo uit hoofde van de Wtcg wordt met ingang van 2015 afgeschaft. Het daartoe strekkende besluit treedt met ingang van 2015 in werking.

### *Wmo*

Het voorliggende wetsvoorstel rond wijziging van de Wmo zal worden ingetrokken. De met ingang van 2015 in de Wmo door te voeren wijzigingen inzake de uitbreiding van de taken en de aanpassing van de compensatieplicht worden opgenomen in een wetsvoorstel voor een nieuwe Wmo. Indiening van dit wetsvoorstel bij uw kamer is voorzien voor najaar 2013. Zodra het wetsvoorstel voor een nieuwe Wmo door het parlement is aanvaard, volgt publicatie van de eventueel noodzakelijke wijzigingen in het Besluit maatschappelijke ondersteuning in het Staatsblad. Dit besluit treedt met ingang van 2015 in werking.

### *Zvw*

De op grond van de Zvw te verzekeren prestaties worden uitgebreid met verpleging, een deel van verzorging<sup>24</sup> en langdurige intramurale GGZ vanaf 18 jaar die nu op grond van de AWBZ verzekerd zijn. Dit vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering. Daarnaast is het nodig enkele

<sup>24</sup> Met uitzondering van extramurale behandeling tot 18 jaar op de grondslag psychische problemen en op de grondslag verstandelijke beperking, die onderdeel worden van de Jeugdwet.

risicovereveningsregels in het Besluit zorgverzekering aan te passen. Ik ben voornemens de wijzigingen van het Besluit zorgverzekering uiterlijk begin juni 2014 aan uw kamer voor te leggen.

#### *Kern-AWBZ*

De maatregelen op het terrein van de kern-AWBZ dienen op 1 januari 2015 in werking te treden. Indiening van een wetsvoorstel voor een kern-AWBZ is voorzien voor het derde kwartaal van 2013. Dit wetsvoorstel heeft betrekking op de AWBZ-zorg die resteert na de hiervoor beschreven overhevelingen naar de Wmo en de Zvw. Dit wetsvoorstel bevat tevens onder andere een wijziging van de thans bestaande situatie, waarin het CIZ in opdracht van gemeenten de indicatiestelling voor de AWBZ verzorgt. Gelet op de toenemende verantwoordelijkheid van de gemeenten voor het Wmo-domein, is voortzetting van die situatie onwenselijk. Het wetsvoorstel zal ook gevolgen hebben voor hetgeen thans in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, Zorgindicatiebesluit en Bijdragebesluit geregeld is. Het daartoe te treffen besluit treedt eveneens per 1 januari 2015 in werking.

#### *Langer thuis wonen*

De voorgenomen maatregelen worden gerealiseerd door aanpassing van de Regeling zorgaanspraken AWBZ. Deze treedt met ingang van 2015 in werking.

Figuur 10.1 Overzicht benodigde wijziging in wet- en regelgeving

<b>Wet- en regelgeving</b>	<b>Indiening Tweede Kamer (voor zover relevant)</b>	<b>Beoogde inwerkingtreding</b>
Wetsvoorstel afschaffing Wtcg / CER	2 <sup>e</sup> kwartaal 2013	2014
Wijziging Besluit AWBZ t.b.v. maatregelen intramurale eigen bijdrage AWBZ		2014
Wetsvoorstel kern-AWBZ	4 <sup>e</sup> kwartaal 2013	2015
Wijziging Bijdragebesluit zorg en Besluit maatschappelijke ondersteuning t.b.v. maatregelen extramurale eigen bijdrage AWBZ/Wmo		2015
Wijziging Besluit zorgverzekering	2 <sup>e</sup> kwartaal 2014	2015
Besluit op grond van kern-AWBZ		2015
Wetsvoorstel Wmo	4 <sup>e</sup> kwartaal 2013	2015
Wijziging Besluit maatschappelijke ondersteuning (eventueel)		2015
Wijziging Besluit zorgverzekering (t.b.v. overheveling verpleging en langdurige zorg naar de Zvw)	2 <sup>e</sup> kwartaal 2014	2015
Wijziging regeling zorgaanspraken AWBZ (t.b.v. langer thuis wonen)		2015

## Bijlage I Uitwerking langer thuis wonen

### Fasering langer thuis wonen

De maatregel uit het Regeerakkoord om cliënten langer thuis van zorg te voorzien is een vervolg op een maatregel die al was aangekondigd in het begrotingsakkoord 2013 met betrekking tot ZZP 1 t/m 3.

Nieuwe cliënten krijgen in plaats van een indicatie voor een licht zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning (in functies en klassen). Zolang de extramurale zorg en ondersteuning nog onderdeel uitmaakt van de AWBZ krijgen cliënten extramurale zorg vanuit de AWBZ. Bij decentralisatie van extramurale zorg naar het gemeentelijk domein (Wmo) en Zvw gaat dat ook gelden voor de nieuwe cliënten die voorheen een licht ZZP zouden hebben gekregen.

De fasering is als volgt:

- Per 1-1-2013 is inmiddels - zoals voorzien - gestart met ZZP VV 1 en VV 2, GGZ 1 en GGZ 2 en VG 1 en VG 2 voor nieuwe cliënten vanaf 23 jaar.
- Per 1-1-2014 vervolgstap met VV 3 voor nieuwe cliënten.
- Per 1-1-2015 volgt een deel (naar verwachting 50%) van de nieuwe cliënten met ZZP VG 3.
- Per 1-1-2016 volgen ZZP LG 1 en LG 3, ZG 1 (zowel auditief als visueel) en VV 4 (naar verwachting voor 50%) voor nieuwe cliënten.
- Voor de volledigheid merk ik hier op dat ZZP GGZ 3 per 1-1-2015 inclusief wooncomponent wordt overgeheveld naar Zvw en Wmo. Binnen deze domeinen wordt bezien hoe intramurale capaciteit kan worden afgebouwd en cliënten langer zelfstandig kunnen wonen.

Tabel I: Raming aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen, volgens het scenario van de HLZ brief

ZZP	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Raming langer thuis wonen	Totaal intramurale capaciteit sector
VV 1	1.100	3.500	5.800	7.000	7.900	7.900	7.900	
VV 2	3.000	9.000	15.100	18.100	19.900	19.900	19.900	
VV 3		3.000	9.400	15.600	18.600	18.900	18.900	
VV 4 (o.b.v. 50%)				2.000	6.000	9.000	11.000	
<b>Totaal VV</b>	<b>4.100</b>	<b>15.500</b>	<b>30.300</b>	<b>42.700</b>	<b>52.400</b>	<b>55.700</b>	<b>57.700</b>	<b>150.000</b>
VG 1	100	200	400	600	700	900	1.500	
VG 2	200	700	1.200	1.600	2.100	2.600	5.500	
VG 3 (o.b.v. 50%)			300	900	1.600	2.200	6.600	
LG 1+3 en ZG 1 (auditief en visueel)		100 <sup>25</sup>	200 <sup>26</sup>	300	500	800	1.500	
<b>Totaal GHZ</b>	<b>300</b>	<b>1.000</b>	<b>2.100</b>	<b>3.400</b>	<b>4.900</b>	<b>6.500</b>	<b>15.100</b>	<b>78.000</b>
GGZ 1	100	300	400	600	800	800	1.100	
GGZ 2	400	1.100	1.900	2.600	3.400	3.800	4.000	
<b>Totaal GGZ<sup>27</sup></b>	<b>500</b>	<b>1.400</b>	<b>2.300</b>	<b>3.200</b>	<b>4.200</b>	<b>4.600</b>	<b>5.100</b>	<b>28.000</b>
<b>Totaal alle sectoren</b>	<b>4.900</b>	<b>17.900</b>	<b>34.700</b>	<b>49.300</b>	<b>61.500</b>	<b>66.800</b>	<b>77.900</b>	<b>255.000</b>

In bovenstaande tabel is een raming weergegeven van het aantal cliënten dat gedurende de jaren uitstroomt uit een intramurale instelling en niet vervangen wordt door nieuwe instroom van cliënten met een licht zorgzwaartepakket. In de sector verpleging en verzorging is vanwege de hoge leeftijd van cliënten rekening gehouden met een grote dynamiek van in- en uitstroom. Voor de gehandicaptensector geldt dat de dynamiek van in- en uitstroom veel minder groot is, terwijl de GGZ daar tussenin zit. Voor de sector verpleging en verzorging geldt dat een deel van de capaciteit gebruikt kan worden voor het leveren van zorg aan de zwaardere cliënten waarvan het aantal in de komende jaren als gevolg van de vergrijzing zal toenemen.

<sup>25</sup> Hoewel in de LG- en ZG-sector geen ZZP's worden geschrappt vóór 2016 zullen er - doordat de toegang tot een verblijfsindicatie in de beleidsregels indicatiestelling scherper is geformuleerd - ook een beperkt aantal nieuwe cliënten in de betreffende sectoren langer thuis geholpen worden.

<sup>26</sup> Zie hierboven onder 1.

<sup>27</sup> Naar verwachting komt het grootste deel onder verantwoordelijkheid van gemeenten en valt een kleiner deel onder de Zvw.

## **Veranderingen voor mensen met een zorgvraag**

De verschuiving naar langer thuis wonen is al enkele jaren geleden in gang gezet. In veel gevallen kunnen gemeente, thuiszorg en curatieve eerstelijnszorg bij cliënten extramurale zorg aan huis leveren. Veelal is dat de eigen woning, soms zijn woningaanpassingen nodig en soms is verhuizen naar een meer geschikte woonomgeving nodig.

Ook een geclusterde woonomgeving kan passend zijn, bijvoorbeeld vanwege het gevoel van veiligheid en nabijheid van ondersteuning. Zo'n geclusterde woning kan ook in een verzorgingshuis of andere instelling gerealiseerd worden. De cliënt betaalt dan huur en servicekosten. Hij ontvangt extramurale zorg en betaalt een extramurale eigen bijdrage, net zoals andere cliënten van extramurale zorg. Voor de zorginstelling betekent dit dat in plaats van het volledige pakket aan intramurale diensten, aan deze cliënten thuiszorg op maat wordt geleverd. De cliënten kunnen een afweging maken of het wonen en de zorg in een geclusterde omgeving qua kwaliteit kan concurreren met wat zij in hun eigen huis kunnen ontvangen.

Ik ga met gemeenten het gesprek aan om te bevorderen dat zij bij het maken van prestatieafspraken met woningcorporaties, in hun toewijzingsbeleid en bij het aanpassen van woningen voldoende rekening houden met de mensen die in de toekomst langer in hun eigen omgeving geholpen gaan worden. Een andere voorwaarde om langer thuis te wonen is het ontstaan van nieuwe ondersteuningsarrangementen van aanbieders, daartoe gestimuleerd door gemeenten.

## **Gevolgen voor zorginstellingen**

Voor intramurale zorgaanbieders betekent de hervorming dat geleidelijk minder cliënten een beroep doen op de bestaande intramurale zorg. De cliënten die in de instellingen verblijven, zullen gemiddeld een zwaardere zorgvraag hebben. Deze cliënten zullen ook de voornaamste doelgroep zijn. Voor instellingen betekenen veranderende wensen van cliënten dat ze een heroriëntering op hun dienstverlening moeten maken. Dit kan gevolgen hebben voor de inzet van hun vastgoed, maar ook over de inzet van hun personeel. Veel instellingen hebben zich al voorbereid op deze trend, die al veel langer zichtbaar en gaande is.

Zorgaanbieders kunnen samen met woningcorporaties en gemeenten zorgen voor een meer divers en bij de wensen van cliënten aansluitend aanbod. Dat is in sommige opzichten nieuw, omdat partijen elkaars werelden nog niet zo goed kennen, maar gelukkig zijn er ook nu al goede voorbeelden te noemen. In het besef dat partijen elkaar in de toekomst meer nodig zullen hebben, hoop ik dat ze ook gaan profiteren van elkaars sterke kanten en in gezamenlijkheid komen tot goede zorg in de nabijheid.

Voor een aantal instellingen kan het langer thuis wonen van mensen betekenen dat ze te maken kunnen krijgen met leegstand. Zorginstellingen kunnen eventueel een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt, verhuren. Naast het leveren van zorg aan cliënten die extramurale zorg krijgen (gecombineerd met het verhuren van woonruimtes) kunnen de zorginstellingen zich ook richten op het leveren van zorg aan de zwaardere doelgroepen (de doelgroepen die in de kern-AWBZ terechtkomen). Voor de bepaling van de maximale huur voor een cliënt gelden de regels van het woningwaarderingstelsel. Dit stelsel kent een opslag van 35% op de punten indien voldaan wordt aan een aantal voorwaarden, de zogenoemde serviceflattoeslag. Zorginstellingen zullen over het algemeen kunnen voldoen aan die voorwaarden en daarmee een hogere maximale huur berekenen. Voorkomen moet worden dat instellingen zich uit de markt prijzen als ze een huurprijs willen berekenen die even hoog is als de huidige kapitaallastenvergoeding. Incidenteel zal ook het afstoten van vastgoed en het terugdringen van de intramurale capaciteit aan de orde zijn. Doordat het kabinet ten opzichte van het Regeerakkoord de grens voor intramurale zorg iets lager legt, zijn de effecten voor instellingen navenant beperkter. Instellingen kunnen zich de komende jaren aanpassen aan de nieuwe situatie.

De brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben gewezen op boekwaardeproblematiek als gevolg van het langer thuis wonen. De boekwaarde van de gebouwen moet mogelijk worden afgewaardeerd doordat de inkomsten bij huur mogelijk lager zijn dan de vergoeding van de kapitaallasten die instellingen op dit moment krijgen. Een eventuele boekwaardeproblematiek hangt af van meerdere factoren die bovendien van instelling tot instelling en zelfs van locatie tot locatie kan verschillen:

- de afhankelijkheid van de inkomsten van de betreffende ZZP's;
- de mogelijkheid die instellingen hebben om zorg te gaan verlenen aan zwaardere doelgroepen;

- het aanbod in de regio van alternatieve vormen van wonen, zorg en welzijn;
- de geschiktheid en aantrekkelijkheid van de gebouwen om deze te verhuren en extramurale zorg te verlenen;
- de mogelijkheden voor herbestemming van het vastgoed;
- de restwaarde van het vastgoed (indien het vastgoed in eigendom is);
- de lengte van de huurcontracten van het vastgoed (indien het vastgoed niet in eigendom is);
- de capaciteiten van het bestuur (om de omslag te maken naar zorg aan huis) en de mate waarin al is ingespeeld op de tendens van langer thuis wonen.

Niet alle zorginstellingen kunnen eenvoudig aanpassen aan een geleidelijk afnemend beroep op hun intramurale zorgaanbod. Ik ben van mening dat instellingen wel voldoende tijd hebben om het beleid van de zorginstelling, soms ingrijpend, te wijzigen. Soms worden de financiële vermogens van instellingen, die de afgelopen jaren gemiddeld zijn gestegen, als noodzakelijke buffer ingezet voor de financiële consequenties van bijvoorbeeld het afwaarderen van de boekwaarde van gebouwen. In een aantal gevallen draagt sluiting van gebouwen die niet meer voldoen aan de eisen van de huidige tijd, ook bij aan verhoging van de kwaliteit. Uit een onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van HEAD<sup>28</sup> blijkt dat 72% van de instellingen die inzicht hebben in de financiële gevolgen van het langer thuis wonen, voor hun instelling geen afwaardering van de boekwaarde verwacht. Slechts 6% van de respondenten verwacht een afboeking van meer dan 5%.

Ik vind het belangrijk dat de continuïteit van zorg voor mensen die zorg nodig hebben, gewaarborgd blijft. Zorgaanbieders en verzekeraars zijn hiervoor samen verantwoordelijk. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. Op basis van die zorgplicht contracteren zij zorg en maken verzekeraars ook afspraken met de zorgaanbieder over tijdige signalering van mogelijke problemen die de continuïteit van zorg bedreigen. Zo nodig, bijvoorbeeld in geval van een faillissement van een zorgaanbieder, zal de zorgverzekeraar moeten zorgen voor vervangend zorgaanbod voor zijn verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zorgt voor de handhaving.

Alleen als blijkt dat de verzekeraars niet kunnen voorzien in de continuïteit van zorg heeft de overheid een publieke verantwoordelijkheid. De NZa toetst of dit het geval is. Zo ja, dan kan de overheid een vangnetstichting oprichten. De continuïteit van cruciale zorg in de AWBZ en Zvw voor cliënten staat bij mij voorop, niet de continuïteit van de instelling. In die zin wordt de lijn uit de kamerbrief *Waarborgen voor continuïteit van zorg* van 27 april 2011 op overeenkomstige wijze gevolgd.

### ***Uitwerking langer thuis wonen (actieplan Langer thuis wonen)***

De verdere uitwerking *langer thuis wonen* omvat de volgende punten:

- Ik werk in overleg met alle betrokken partijen aan het vergroten van de mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen. Dit doe ik door het langer thuis wonen onder te brengen in het meerjarig transitieprogramma.
- De voorbereidingen op het langer thuis wonen heb ik ondergebracht bij het transitiebureau en InvoorZorg!
- In de afgelopen maanden zijn er meerdere regionale bijeenkomsten georganiseerd om alle betrokken partijen voor te lichten.
- Uit de regionale bijeenkomsten bleek dat veel instellingen antwoorden zoeken op vragen over verhuur, vaststellen van huur etc. Ik zal bezien of het mogelijk is om in de transitiefase een nauwere samenwerking aan te gaan met het kenniscentrum wonen en zorg van Aedes en Actiz.
- Op Invoorzorg.nl is een themapagina ingericht met tools, informatie en goede voorbeelden over langer thuis wonen.
- Via InvoorZorg! kunnen instellingen ook ondersteuning krijgen bij het aanpassen van hun strategie en/of bedrijfsvoering o.a. om cliënten met een zorgbehoefte langer thuis te helpen. Er is een nieuwe beleidsregel vastgesteld door het College sanering zorginstellingen over verhuur van appartementen aan cliënten met een extramurale zorgvraag. Deze beleidsregel is zo min mogelijk belastend voor zorgaanbieders.
- Ik heb de Regeling zorgaanspraken en de beleidsregels indicatiestelling aangepast. In de Regeling zorgaanspraken is al in december 2012 vastgelegd dat ZZP VV 3 per 1-1-2014 vervalt voor nieuwe cliënten, waarmee ik duidelijkheid heb gegeven wat er in 2014 gebeurt zodat betrokken partijen zich daar ook op hebben kunnen voorbereiden<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> HEAD Finance ideas, Financiële thermometer 1<sup>e</sup> kwartaal 2013.

<sup>29</sup> Staatscourant, Nr. 26775, 21 december 2012



- Om het mogelijk te maken mensen daadwerkelijk langer thuis te laten wonen, is inzet op innovatie en ICT toepassingen zeer belangrijk. Het gaat hierbij zowel om het doen van onderzoek als daadwerkelijke implementatie. Ik kom op termijn met een innovatie agenda, maar ook nu zijn er al veel goede initiatieven. Bijvoorbeeld het topsectoren beleid dat onder regie van het ministerie van Economische Zaken wordt uitgevoerd. Hierbij wordt ook gekeken naar doorbraakprojecten op het terrein van ICT in de zorg. Hiernaast is er het programma InvoorZorg! dat is gericht op de implementatie van bewezen innovaties.
- Ik werk samen met het ministerie van BZK aan een kennis- en experimentenprogramma wonen en zorg.
- De minister voor Wonen en Rijksdienst zal advies vragen aan de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur over de effecten van de beleidsveranderingen binnen de Langdurige zorg voor ouderen en mensen met beperkingen op de woningmarkt en de handelingsperspectieven daarbij voor de overheden, het maatschappelijk middenveld en marktpartijen.
- Ik zal de gevolgen van het langer thuis wonen op de lichtere ZZP's de komende tijd nauwkeurig monitoren in samenhang met de overige onderdelen van de hervorming langdurige zorg.
- Zoals het lid Bergkamp en Van Dijk in hun motie<sup>30</sup> vroegen, heb ik de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar het effect van het langer thuis wonen. De NZa zal aan de hand van de beleidskeuzes in deze brief een en ander uitwerken.

---

<sup>30</sup> Vergaderjaar 2012–2013, 30597, Nr. 274, motie van de leden Bergkamp en Van Dijk.