



# Hervorming AWBZ

*Een simulatie van de gevolgen*

2014



# Hervorming AWBZ

## *Een simulatie van de gevolgen*

De tekst van *Hervorming AWBZ; Een simulatie van de gevolgen* is vastgesteld op 22 april 2014.  
Het rapport is op 22 april 2014 aangeboden aan de Tweede Kamer.



# Inhoud

<b>Langdurige zorg en de aanstaande hervorming</b>	<b>5</b>
Doelen hervorming	7
Verantwoordelijkheid minister van vws	7
<b>Wat is bekend over de gevolgen van de hervorming?</b>	<b>9</b>
Van één naar vier wetten	10
Voor wie verandert er wat?	10
Nadere toelichting	19
<b>Informatie over het functioneren van het stelsel na de hervorming</b>	<b>20</b>
Overkoepelend beeld concrete gevolgen ontbreekt nog	20
Welke informatie is nodig voor inzicht in gevolgen hervormingen langdurige zorg?	21
Aanbevelingen minister vws	22
<b>Reactie staatssecretaris van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>23</b>
Reactie staatssecretaris van VWS	23
Nawoord Algemene Rekenkamer	24
Bijlage 1 Verantwoording	26
Bijlage 2 Van één naar vier wetten	30



## Langdurige zorg en de aanstaande hervorming

Langdurige zorg is zorg voor mensen met chronische beperkingen als gevolg van een blijvende aandoening van fysieke, verstandelijke of mentale aard. Het gaat om verpleging en verzorging, begeleiding en behandeling van mensen thuis en om zorg die wordt verleend in instellingen.

De langdurige zorg is nu nog hoofdzakelijk wettelijk geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is een verplichte volksverzekering. Dit betekent dat in principe iedereen die in Nederland woont of werkt en langdurige zorg nodig heeft, recht heeft op AWBZ-zorg.

De uitvoering van deze wet valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van vws. In 2012 hadden bijna 800.000 mensen een indicatie voor AWBZ-zorg.<sup>1</sup> Figuur 1 bevat een overzicht van de AWBZ-zorg en AWBZ-uitgaven in 2012. In het eerste deel van de figuur is zichtbaar voor welke zorg mensen in 2012 in aanmerking kwamen, uitgesplitst naar zorg zonder respectievelijk met verblijf en de bijbehorende vormen van zorg. Zo zien we dat in de categorie zorg zonder verblijf persoonlijke verzorging het meest voorkomt. Voor zorg met verblijf is dat verpleging en verzorging. Daarnaast worden in de figuur de gerealiseerde AWBZ-uitgaven in 2012 gepresenteerd. Daaruit blijkt dat aan zorg met verblijf drie keer zoveel wordt uitgegeven als aan zorg zonder verblijf. In totaal werd in 2012 €27 miljard uitgegeven in het kader van de AWBZ.

In het regeerakkoord-Rutte/Asscher is een omvangrijke hervorming in de langdurige zorg aangekondigd.<sup>2</sup> Die zorg, nu onderdeel van de AWBZ, valt straks onder vier verschillende wetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (in het vervolg: Wmo), de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij de Wmo en de Jeugdwet is sprake van een overheveling van taken, bevoegdheden en budgetten naar gemeenten. In deze rapportage gaan we in op de vraag wat nu, voorafgaand aan de hervorming, bekend is over mogelijke gevolgen van deze stelselwijziging en wat er zou kunnen veranderen voor mensen die in de nieuwe situatie aangewezen zijn op langdurige zorg. Verder staan we stil bij de vraag welke informatie de minister van vws nodig heeft om het functioneren van het nieuwe stelsel na de hervorming te kunnen beoordelen.

Wij beogen met deze publicatie in het bijzonder het parlement te ondersteunen bij de behandeling van de hervorming van de langdurige zorg.

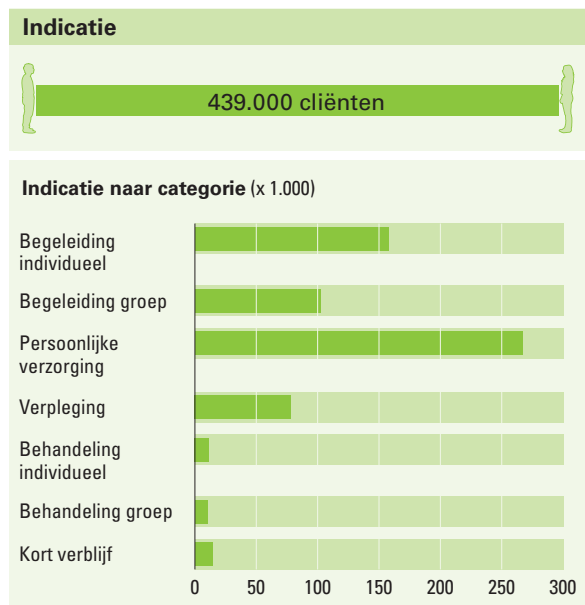
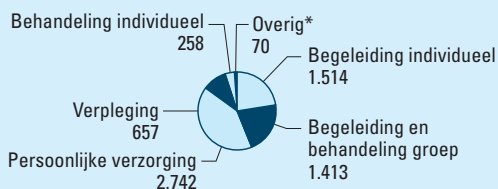
<sup>1</sup> CBS (2013). <http://www.monitorlangdurigezorg.nl>; geraadpleegd op 10 januari 2014.

<sup>2</sup> Rutte, Mark en Diederik Samson (2012). *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD - PvdA*. Z. uitg.

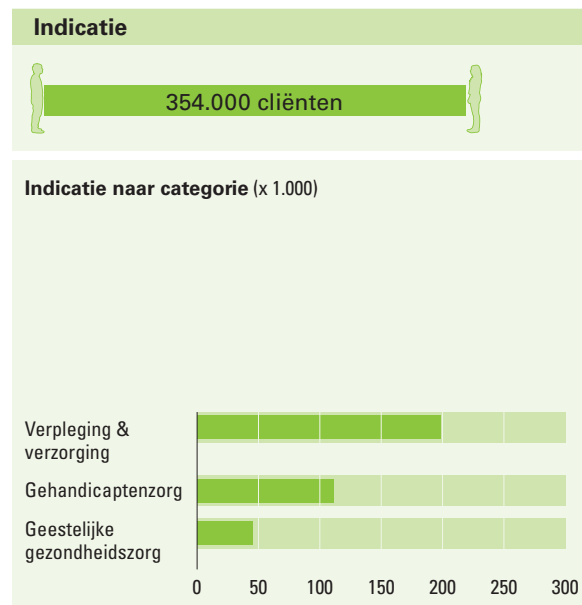
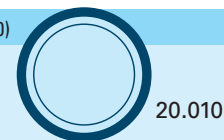
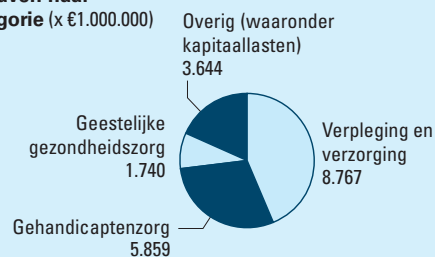
Figuur 1 AWBZ in 2012: aantallen cliënten (indicatie) en uitgaven

**Zorg zonder verblijf**

Extramuraal

**Uitgaven (x €1.000.000)****Uitgaven naar categorie (x €1.000.000)****Zorg met verblijf**

Intramuraal

**Uitgaven (x €1.000.000)****Uitgaven naar categorie (x €1.000.000)**

Joris Eiseler Infographics

Bron: Monitor Langdurige zorg<sup>3</sup> + microbestand persoonsgebonden budget

- Dit is exclusief de 366 miljoen euro uitgegeven aan overige kosten zoals het "Volledig Pakket Thuis"
- Er zijn nog 200 intramurale cliënten met een 'oude indicatie', waarvan niet duidelijk is bij welke sector zij horen.
- De indicatiegegevens zijn gemeten op een peilmoment. De gegevens over uitgaven gaan over een periode (één jaar).
- De uitgaven zijn inclusief uitgaven voor persoonsgebonden budgetten. Deze uitgaven vallen zowel onder zorg zonder verblijf als zorg met verblijf.
- De uitsplitsing van aantallen indicaties bij zorg zonder verblijf telt niet op tot het totaal aantal cliënten. Cliënten kunnen bijvoorbeeld geïndiceerd zijn voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging.
- Gegevens over 2013 zijn nog niet beschikbaar.

## Doelen hervorming

De regering streeft met de hervorming van het stelsel van langdurige zorg drie beleidsdoelen na:<sup>4</sup>

- het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning;
- het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving;
- de financiële houdbaarheid van langdurige zorg en ondersteuning.

## Verantwoordelijkheid minister van VWS

De minister van vws is verantwoordelijk voor uitvoering van de AWBZ. Zorg die nu onderdeel uitmaakt van de AWBZ zal vanaf 2015 - als het parlement instemt met de voorliggende wetsontwerpen - onder vier wetten<sup>5</sup> vallen (zie ook bijlage 3):

- de Zorgverzekeringswet (Zvw): zorg met een medisch karakter gericht op behandelen of genezen, zoals persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, geestelijke gezondheidszorg;
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): gericht op participeren in de samenleving of ondersteuning bij zelfredzaamheid;
- de Jeugdwet: vrijwel alle vormen van (langdurige) zorg voor mensen onder achttien jaar;
- de Wet langdurige zorg (Wlz): zorg in een instelling voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen.<sup>6</sup>

Bij de gedecentraliseerde wetgeving (Wmo en Jeugdwet) is sprake van een overheveling van taken, bevoegdheden en budgetten naar de gemeenten. De lokale volksvertegenwoordiging moet kunnen beschikken over informatie, waarmee zij haar bestuur kan controleren.

Maar ook na de hervorming blijft de minister van vws verantwoordelijk voor het goed functioneren van het stelsel voor langdurige zorg, waaronder het opstellen van wet- en regelgeving en adequate budgetten. De minister omschrijft haar verantwoordelijkheid zelf als volgt: “Deze verantwoordelijkheid brengt met zich dat de minister moet zorgen goed geïnformeerd te zijn over het functioneren van het stelsel en de wijze waarop het beleid wordt uitgevoerd[...]. Het gaat niet alleen om beleidsinformatie over het functioneren van het stelsel zelf, maar ook over de resultaten die ermee worden behaald.”<sup>7</sup>

4 VWS (2013). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Bijlage 224333. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296. Den Haag: Sdu.

5 VWS (2013). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Bijlage 224333. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296. Den Haag: Sdu.

6 VWS (2013). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

7 VWS (2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33841, nr. 3. Den Haag: Sdu.



Bij een beleidswijziging, zeker van deze omvang, zijn twee punten cruciaal voor de informatievoorziening:

- het is van belang dat de minister *voorafgaand* aan de hervorming de gevolgen zo helder mogelijk in beeld brengt;<sup>8</sup>
- ook *na* de hervorming dient de minister op de hoogte te zijn van het functioneren van het stelsel en van de resultaten.

Een goede informatiepositie van de minister van vws is vanzelfsprekend van belang. Zo heeft de minister van vws tijdig inzicht nodig in de verwachte effecten van de hervorming van de langdurige zorg, om vast te stellen of zij de beoogde doelstellingen kan realiseren. Daarnaast heeft zij informatie nodig om zowel om de transitie naar het nieuwe stelsel goed te kunnen volgen, als wel om in het parlement op adequate wijze verantwoording af te kunnen leggen.

In deze rapportage wordt nagegaan wat de *mogelijke* gevolgen van de hervorming van de langdurige zorg zouden kunnen zijn. Daartoe hebben wij een *simulatie* uitgevoerd. Uitgaande van de indicaties AWBZ-zorg aan ruim 800.000 mensen in 2012, wordt in het volgende hoofdstuk de *hypothetische* situatie in beeld gebracht *na* invoering van de voorgenomen hervorming van de langdurige zorg. Op welke wijze zouden *na* 2015 deze 800.000 burgers worden voorzien in hun behoefte aan zorg? Onder welke wettelijke regeling zouden zij vallen? Waar zouden deze mensen terecht komen? Oogmerk is om inzicht te geven in de *mogelijke* nieuwe structurele situatie *na* invoering van de hervorming.

Let wel: het betreft hier een *simulatie* van de *mogelijke* gevolgen voor de cliënten. Wij doen hiermee geen uitspraak over de daadwerkelijk te *verwachten* effecten, noch is sprake van een taxatie van de reële situatie van mensen die nu reeds aangewezen zijn op langdurige zorg en met de concrete gevolgen van de invoering van de hervorming kunnen worden geconfronteerd. Hier speelt ook mee dat er sprake is van een overgangsrecht voor mensen die nu al een aanspraak hebben op huidige AWBZ-zorg. Voorts zal veel afhangen van de nadere concrete invulling van de maatregelen door de staatssecretaris van vws en door de afzonderlijke gemeenten voor wat betreft jeugd-zorg en maatschappelijke ondersteuning.

In het afsluitende hoofdstuk wordt ingegaan op de informatiepositie van de minister van vws en de wijze waarop een adequate verantwoording aan het parlement kan worden geboden.

<sup>8</sup> In 2011 besloot het kabinet dat bij nieuwe voorstellen voor beleid en regelgeving de zeven hoofdvragen uit het Integraal Afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK) beantwoord moeten worden in het (wets)voorstel zelf, waaronder de vraag: "Wat zijn de gevolgen?" Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013) *Integraal Afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK)*: <http://afweging.kc-wetgeving.nl/> geraadpleegd op 21 oktober 2013.

## Wat is bekend over de gevolgen van de hervorming?

De geplande hervorming van de langdurige zorg is een ingrijpende verandering. Het kabinet is voornemens om de langdurige zorg in de toekomst in 4 verschillende wettelijke domeinen onder te brengen. Het gaat bovendien om een stelselwijziging die gepaard gaat met - naar op dit moment bekend is - een bezuinigingsopgave van €3,4 miljard in 2017. Deze bezuiniging wordt doorgevoerd om in de toekomst de jaarlijkse uitgaven te stabiliseren op het niveau van 2013. Met andere woorden: deze bezuiniging moet de voorziene groei (bij ongewijzigd beleid) van de uitgaven in de langdurige zorg compenseren. De grootste korting zal bij vormen van zorg thuis worden doorgevoerd, namelijk korting op begeleiding en persoonlijke verzorging (€ 1,6 miljard) en huishoudelijke hulp (€ 0,6 miljard).<sup>9</sup> Tabel 1 bevat een overzicht van de budgettaire gevolgen.

Tabel 1 Uitgaven langdurige zorg 2013 en 2017 (in miljarden euro, in constante prijzen)<sup>10</sup>

	2013	2017
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	26,5	0
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	1,3	4,0
Wet langdurige zorg (Wlz)	0	17,2
Zorgverzekeringswet (Zvw)	0	3,9
Jeugdwet	0	1,2
<b>Totaal</b>	<b>27,8</b>	<b>26,3</b>

Het is inmiddels bekend welke soorten AWBZ-zorg na de hervorming onder welke wet zullen vallen en wat dit betekent voor het recht op en toegang tot de zorg, maar de exacte gevolgen hiervan voor mensen die momenteel zorg ontvangen zijn nu - aan de vooravond van de hervorming (april 2014) - nog niet geheel te overzien. Gezien de omvang van de operatie en de gevolgen voor kwetsbare mensen, is het van belang dat de minister daar zoveel mogelijk inzicht in verschaft. Begrijpelijkerwijs is het niet mogelijk om de exacte gevolgen reeds nu uit te tekenen - voor een betekenisvol deel zal dat immers afhangen van de vraag hoe de gemeenten en andere uitvoerders hun beleidsvrijheid invullen - maar op basis van informatie die op dit moment wel beschikbaar is, is het mogelijk om een eerste doorkijk te geven. Dat doen wij hierna door te laten zien welke mensen in de nieuwe situatie onder welke wet zouden vallen: met welke problemen kampen deze mensen, welke zorg ontvangen ze en voor hoeveel uur per week?

9 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

VWS (2013). Toekomst AWBZ. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 390.

VWS (2014). Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015). Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 841, nr. 3. Den Haag: Sdu.

VWS (2014). Toekomst AWBZ; verslag van een schriftelijk overleg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 957, nr. 432. Den Haag: Sdu.

10 De mogelijke herschikking van budgetten als gevolg van de uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp is niet verwerkt in deze tabel. Zie verder bijlage 1 voor meer informatie over de motie Keijzer/Bergkamp.

## Van één naar vier wetten

In de huidige situatie is de langdurige zorg hoofdzakelijk wettelijk geregeld in de AWBZ. Iemand die langdurige zorg nodig heeft, thuis of in een instelling, meldt zich bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIS)<sup>11</sup> dat op basis van een landelijk uniform kader vaststelt of de desbetreffende zorg nodig is en in welke omvang. Een zorgkantoor<sup>12</sup> voert vervolgens de AWBZ uit namens de zorgverzekeraars, die belast zijn met de uitvoering van de AWBZ. De zorginstellingen leveren de zorg. Zorgkantoren kopen zorg in bij zorgaanbieders en sluiten met zorgaanbieders contracten af.

Na de hervorming in 2015 wordt de huidige langdurige zorg ondergebracht in vier wetten. Het verschilt per wet bij welk loket iemand zich straks moet melden, hoe iemand toegang tot zorg kan krijgen en welke rechten iemand heeft. Sommige mensen kunnen voor hun behoefte aan zorg te maken krijgen met meerdere wettelijke regelingen.

## Voor wie verandert er wat?

Hierna brengen wij in beeld hoe de structurele situatie zou kunnen zijn als de voorgenomen hervorming van het zorgstelsel zou zijn ingevoerd. Welke mensen zouden in die hypothetische situatie dan onder welke wet vallen en welke zorg zouden zij ontvangen als de huidige indeling naar type zorg gehanteerd zou blijven? We gebruiken hierbij de realisatiegegevens (aantallen cliënten, aantallen en soorten zorgvragen etc.) over het jaar 2012.

In figuur 2 zien we dat er in 2012 in totaal bijna 800.000 mensen een indicatie hadden voor AWBZ-zorg, van wie 354.000 voor zorg met verblijf. We passen de voorgenomen hervorming toe op deze indicaties uit 2012. In deze simulatie onderscheiden wij drie hoofdcategorieën:

1. mensen die nu recht (zouden) hebben op zorg zonder verblijf en na de hervorming ook “recht” kunnen hebben op zorg zonder verblijf;
2. mensen die nu recht (zouden) hebben op zorg met verblijf en na de hervorming “recht” zouden kunnen hebben op zorg zonder verblijf;
3. mensen die nu recht (zouden) hebben op zorg met verblijf en na de hervorming ook “recht” kunnen hebben op zorg met verblijf.

In bijlage 1 staat welk ‘type’ cliënt in welke categorie valt.

Voor de aanspraak na de hervorming staat “recht” bewust tussen aanhalingstekens.

Na de hervorming wordt de zorg verleend op basis van de Wlz, de Zvw, de Wmo en/of de Jeugdwet. Daarbij gaat de regie op de zorg of ondersteuning in de laatste twee gevallen naar de gemeenten. Het verzekerd recht wordt in deze situatie vervangen door een “voorziening” (Wmo) die kan worden aangevraagd bij de gemeente, dan wel wordt een beroep gedaan op de “jeugdhulpplicht” die voor de gemeenten geldt.

11 Een uitzondering hierop vormt Bureau Jeugdzorg, dat indicaties afgeeft voor jongeren tot 18 jaar met een psychiatrische diagnose.

12 De functie van zorgkantoor wordt per regio uitgevoerd door één zorgverzekeraar, de concessiehouder. Overigens verandert de rol van de zorgverzekeraars en zorgkantoren na de hervorming waar het de Wlz en de Zvw betreft niet wezenlijk. Voor de Jeugdwet en de Wmo is ook na de decentralisatie voor deze organen geen rol weggelegd. Zie ook bijlage 2.

We benadrukken nogmaals dat we niet de reële situatie direct na ingang van de hervorming in 2015 schetsen. Het gaat om een simulatie. We gaan namelijk uit van het aantal mensen en van de indeling<sup>13</sup> naar type zorg zoals deze in 2012 binnen de AWBZ golden. Deze aantallen en indeling zullen door de hervorming veranderen. Bovendien is er sprake van overgangsrecht voor de mensen die nu gebruikmaken van de AWBZ, waardoor de situatie in 2012 niet zonder meer met de toekomstige situatie te vergelijken is.

#### Overgangsrecht

Mensen die nu in een instelling verblijven behouden hun recht en hun plek in de instelling. Voor de meeste overige mensen die op dit moment gebruik maken van AWBZ-zorg geldt dat zij hun recht op deze zorg behouden gedurende de looptijd van het indicatiebesluit, maar uiterlijk tot 2016. Voor mensen met de indicatie beschermd wonen geldt dat zij hun recht op deze zorg behouden gedurende de looptijd van het indicatiebesluit, maar uiterlijk tot 2016. Voor mensen met de indicatie beschermd wonen geldt een overgangsrecht van vijf jaar.<sup>14</sup>

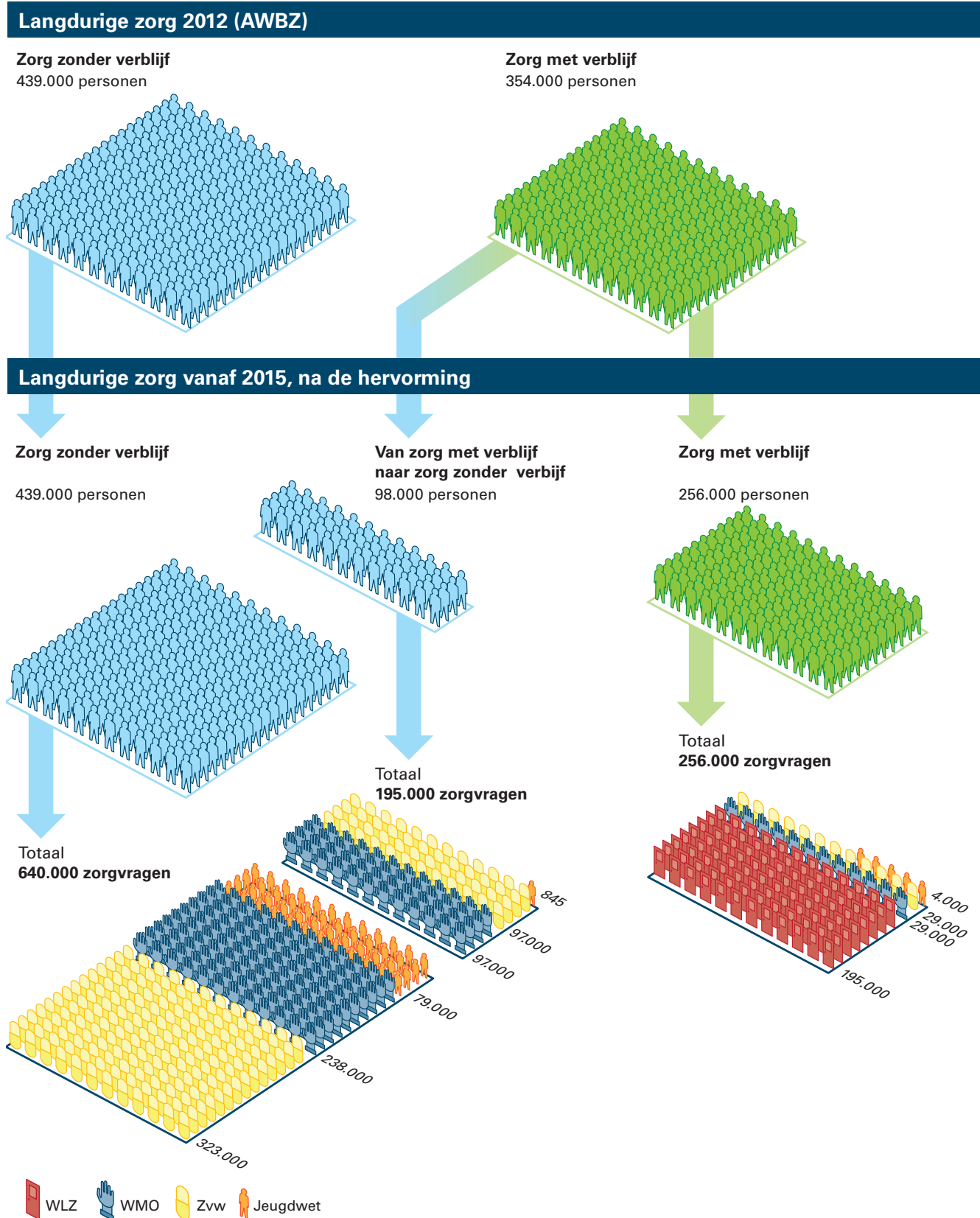
De daadwerkelijke gevolgen hangen af van de concrete uitwerking van de Wlz en Zvw. Ook is relevant hoe gemeenten hun beleidsvrijheid bij de Wmo en de Jeugdwet invullen. Zo kunnen gemeenten in individuele gevallen zoeken naar een maatwerkoplossing voor de zorg en ondersteuning die naar de Wmo overgaat. Dat kan betekenen dat een aantal taken (deels) wordt overgenomen door mantelzorgers of vrijwilligers. In figuur 2 treft u het algemene beeld van de simulatie. Bovenin de figuur is de feitelijke situatie in 2012 weergegeven: 439.000 mensen hadden in dat jaar recht op zorg zonder verblijf. 354.000 mensen maakten aanspraak op zorg met verblijf. In het onderste deel van de figuur is gesimuleerd binnen welk wettelijk regime en op welke wijze deze mensen in de nieuwe situatie geholpen zouden worden. Daarbij is niet alleen in beeld gebracht om hoeveel mensen het gaat, maar ook welk type zorgvraag (en de omvang daarvan) het betreft. We onderscheiden in de nieuwe situatie een drietal hoofdcategorieën:

1. Zorg zonder verblijf (in de huidige situatie: zorg zonder verblijf),
2. zorg zonder verblijf (in de huidige situatie: zorg met verblijf) en
3. zorg met verblijf (in de huidige situatie: zorg met verblijf). Elke categorie wordt hierna nader toegelicht.

<sup>13</sup> Het gaat om cijfers over 2012, omdat er nog geen volledige cijfers over 2013 beschikbaar zijn.

<sup>14</sup> VWS (2014). *Toekomst AWBZ. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bijlage 5. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 428. Den Haag: Sdu.*  
 VWS (2014). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

Figuur 2 Simulatie op basis van aantallen personen/zorgvragen 2012 (indicaties) per wet: voor en na hervorming<sup>15 16</sup>

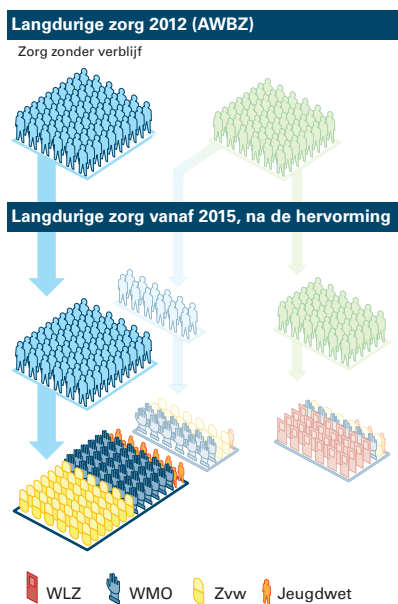


15 CBS (2013). <http://www.monitorlangdurigezorg.nl>; geraadpleegd op 10 januari 2014.

16 Het totaal aantal zorgvragen kan afwijken van de optelling van de afzonderlijke aantallen vanwege afronding.

## Zorg zonder verblijf na hervorming (was al zorg zonder verblijf)

Toelichting op figuur 2: Zorg zonder verblijf



De huidige aanspraak ‘zorg zonder verblijf’ valt straks onder drie wetten: de Jeugdwet, de Zvw en de Wmo. Voor mensen met een zorgvraag zou dit in de nieuwe situatie het volgende betekenen:

- Jongeren krijgen vrijwel allemaal te maken met de Jeugdwet, over welke vorm van langdurige zorg het ook gaat.
- Voor iedereen boven de achttien jaar geldt:
  - verpleging en daarmee samenhangende verzorging en behandeling vallen straks onder de Zvw;
  - dagactiviteiten, begeleiding en daarmee samenhangende verzorgende taken vallen onder de Wmo.

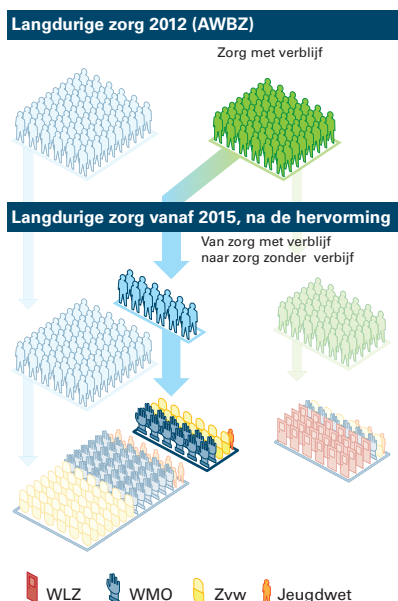
Het gaat hier in totaal om 439.000 mensen die samen 640.000 ‘zorgvragen’ hebben. Mensen kunnen immers meer dan één vorm van zorg nodig hebben en gebruiken. In onderstaande tabel 2 wordt nader toegelicht binnen welk wettelijk regime de zorgvragen terecht zouden komen. In de nieuwe situatie zouden bijvoorbeeld 74.000 mensen met zorgvragen die betrekking hebben op persoonlijke verpleging aangewezen zijn op de Zorgverzekeringswet.

Tabel 2 Uitsplitsing zorg zonder verblijf (indicaties)

	 Wmo	 Zvw	 Jeugdwet
	<b>Wmo 238.000 zorgvragen</b>	<b>Zvw 323.000 zorgvragen</b>	<b>Jeugdwet 79.000 zorgvragen</b>
<b>Zorg zonder verblijf 640.000 zorgvragen (was al zorg zonder verblijf)</b>	<b>139.000 zorgvragen</b> van mensen die thuis wonen, zoals ouderen die dreigen te vereenzamen, volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking  1-22,5 uur per week: individuele begeleiding zoals hulp bij aanbrengen dagstructuur	<b>74.000 zorgvragen</b> van mensen die thuis verpleegd worden bij ziekte of beperking na een medische behandeling  1-18 uur verpleging zoals: wondverzorging, geven van injecties, aanbrengen van een katheter	<b>79.000 zorgvragen:</b> alle vormen van zorg thuis
	<b>82.000 zorgvragen</b> van mensen die thuis wonen zoals ouderen die dreigen te vereenzamen, volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking  4-36 uur per week: groepsbegeleiding zoals dagbestedingsactiviteiten of sociale vaardigheidstrainingen	<b>240.000 zorgvragen</b> van mensen die thuis zorg ontvangen, bijvoorbeeld met een hersentumor, blindheid, dementie, depressie, syndroom van Down  1-22,5 uur: persoonlijke verzorging die samenhangt met verpleging zoals hulp bij douchen, pillen innemen of verzorgen van een katheter	
	<b>13.000 zorgvragen</b> van mensen die thuis wonen met een zintuiglijke of verstandelijke beperking of psychiatrische problemen  1-22,5 uur: persoonlijke verzorging die samenhangt met begeleiding of ondersteuning zoals hulp bij aankleden, douchen of eten.	<b>8.000 zorgvragen</b> (behandeling individueel en groep opgeteld) van mensen die thuis wonen en bijvoorbeeld een hersenbloeding hebben gehad of een zintuiglijke handicap hebben  1-36 uur: behandeling, zowel individueel als in een groep, gericht op herstel of verbetering, bijvoorbeeld hulp bij het opnieuw leren lopen of bij het leren omgaan met woedeaanvallen	
	<b>5.000 zorgvragen</b> van mensen die maximaal 72 uur per week in een instelling verblijven met bijvoorbeeld een ernstige hartaandoening, dementie of valgevaar  24-72 uur: kortdurende zorg in een instelling, waarbij permanent toezicht nodig is en gericht is op de ontlasting van de omgeving		

## Zorg zonder verblijf na hervorming (voorheen zorg met verblijf)

Toelichting op figuur 2: Zorg zonder verblijf (voorheen zorg met verblijf)



Zorg met verblijf, die na de hervorming als zorg zonder verblijf wordt geïndiceerd, valt na de hervorming onder drie wetten: de Jeugdwet, de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Voor mensen met een zorgvraag zou dit het volgende betekenen:

- 845 jonge verstandelijk gehandicapten die nu geïndiceerd zijn voor verblijf in een instelling zouden onder de Jeugdwet gaan vallen en geen recht hebben op zorg met verblijf;
- 97.000 mensen die nu geïndiceerd zijn voor verblijf in een instelling (ouderen in een verpleeg- of verzorgingstehuis, verstandelijk gehandicapten, mensen met een psychiatrische aandoening of mensen met een lichamelijke of zintuiglijke handicap) zouden in de nieuwe situatie geen recht hebben op zorg met verblijf. Het type zorg dat zij in de huidige situatie ontvangen, valt na de hervorming binnen het kader van de Wmo (begeleiding) en Zvw (behandeling, persoonlijke verzorging of verpleging).

Voor de groep cliënten die al een indicatie voor zorg met verblijf heeft, geldt zoals gezegd een overgangsrecht (zie pagina 9).

In onderstaande tabel 3 wordt nader toegelicht binnen welk wettelijk regime de zorgvragen geadresseerd zouden worden. De behoeften aan zorg van deze groep mensen wordt na de hervorming over twee wetten verdeeld. Het maatschappelijke uitgangspunt van de hervorming is dat zorg zonder verblijf zo beter aansluit bij de wens om ouderen, maar ook mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen en mensen met een psychiatrische aandoening steeds langer zelfstandig (te laten) wonen.<sup>17</sup> Uit tabel 3 kan worden afgelezen dat 67.000 mensen met een behoefte aan begeleiding en persoonlijke verzorging in de nieuwe situatie zowel een beroep zouden kunnen doen op de Wmo als op de Zvw.

17 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bijlage 224333. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296. Den Haag: Sdu.

Zie ook: VWS (2012). Toekomst AWBZ. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 266. Den Haag: Sdu.

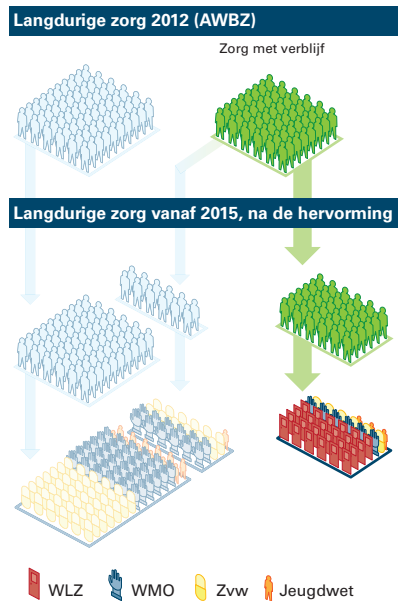


Tabel 3 Uitsplitsing zorg zonder verblijf (indicaties)

	 Wmo	 Zvw	 Jeugdwet
	<b>Wmo 97.000 zorgvragen</b>	<b>Zvw 97.000 zorgvragen</b>	<b>Jeugdwet 845 zorgvragen</b>
<b>Zorg zonder verblijf 195.000 zorgvragen (voorheen zorg met verblijf)</b>	<b>67.000 mensen</b> die nu zorg zouden ontvangen in een verpleeg- of verzorgingstehuis – de ‘lichte’ tot ‘gemiddelde’ bewoners, voornamelijk ouderen van boven de 80 jaar met dementie, hartklachten, diabetes en depressie  1-5,5 uur: begeleiding zoals hulp bij het nemen van besluiten of dagbestedingsactiviteiten	<b>67.000 mensen</b> die nu zorg zouden ontvangen in een verpleeg- of verzorgingstehuis – de ‘lichte’ tot ‘gemiddelde’ bewoners, voornamelijk ouderen van boven de 80 jaar met dementie, hartklachten, diabetes en depressie  1 – 10 uur: persoonlijke verzorging zoals hulp bij het eten en drinken, bij verplaatsingen buitenshuis; soms ook verpleging of behandeling	<b>790 verstandelijk gehandicapten</b> onder de achttien jaar die nu in een instelling zouden verblijven  6,5 tot 39,5 uur: hulp bij persoonlijke verzorging zoals wassen, nagels knippen; begeleiding zoals hulp bij het aangaan van sociale contacten, nemen van besluiten, concentratie; dagbestedingsactiviteiten
	<b>19.000 verstandelijk gehandicapten</b> die nu in een instelling zouden verblijven  5,5 – 36 uur: begeleiding zoals hulp bij het aangaan van sociale contacten, nemen van besluiten, concentratie; dagbestedingsactiviteiten	<b>19.000 verstandelijk gehandicapten</b> die in nu in een instelling zouden verblijven  1 – 3 uur: hulp bij persoonlijke verzorging zoals wassen, nagels knippen	<b>55 jongeren</b> met een lichamelijke of zintuiglijke handicap die nu in een instelling zouden verblijven  1-56 uur: persoonlijke verzorging zoals toezicht, hulp of stimulatie bij wassen, kleden, eten, verplaatsen en bewegen binnenshuis; begeleiding zoals toezicht bij communiceren, uitvoeren van taken, informatieverwerking; dagbestedingsactiviteiten
	<b>6.000 mensen</b> met een psychiatrische aandoening of psychische stoornis die nu ‘beschermd’ zouden wonen  3,5-21,5 uur: begeleiding, zoals hulp bij het aangaan van sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven en het invullen van de dag en ondersteuning bij concentratie, geheugen en motivatie; dagbestedingsactiviteiten	<b>6.000 mensen</b> met een psychiatrische aandoening of psychische stoornis die nu ‘beschermd’ zouden wonen  1 -3 uur: persoonlijke verzorging, vooral toezicht op of stimulatie van verzorging	
	<b>4.000 mensen</b> met een lichamelijke of zintuiglijke handicap die nu in een instelling zouden verblijven  5,5 – 47,5 uur: begeleiding zoals toezicht bij communiceren, uitvoeren van taken, informatieverwerking; dagbestedingsactiviteiten	<b>4.000 mensen</b> met een lichamelijke of zintuiglijke handicap die nu in een instelling zouden verblijven  1-8,5 uur: persoonlijke verzorging en verpleging zoals toezicht, hulp of stimulatie bij wassen, kleden, eten, verplaatsen en bewegen binnenshuis	
	<b>265 mensen</b> met een psychiatrische aandoening of psychische stoornis die nu in een instelling zouden verblijven  5,5 tot 21 uur: begeleiding, zoals hulp bij het onderhouden van sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, invullen van de dag en uitvoeren van complexere taken; dagbestedingsactiviteiten bijvoorbeeld gericht op omgaan met gedragsproblemen	<b>265 mensen</b> met een psychiatrische aandoening of psychische stoornis die nu in een instelling zouden verblijven  1,5 uur: persoonlijke verzorging en verpleging, toezicht op of stimuleren van uitvoeren algemene dagelijkse verrichtingen	

## Zorg met verblijf na hervorming)

Toelichting op figuur 2: Zorg met verblijf



Zorg met verblijf valt na de hervorming onder alle vier genoemde wetten. Voor mensen met een zorgvraag zou dit het volgende betekenen:





- Ongeveer 4.000 jongeren die nu in een instelling verblijven, zouden dat ook in de nieuwe situatie doen, maar vallen dan onder het regime van de Jeugdwet;
- Ongeveer 10.000 mensen met psychiatrische problemen die in een instelling worden behandeld, ontvangen die zorg straks vanuit de Zvw.<sup>18</sup> Dat geldt ook voor 19.000 mensen die alleen tijdelijk extra zorg nodig hebben;
- Ongeveer 29.000 mensen met psychiatrische problemen die 'beschermd wonen' ontvangen die zorg in de nieuwe situatie vanuit de Wmo<sup>19 20</sup>;
- Ongeveer 112.000 veelal oudere bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen die meer zorg nodig hebben (ernstige dementie, meervoudige problematiek), zouden die zorg straks ontvangen vanuit de nieuwe Wlz (van de in totaal 195.000 zorgvragen die onder de Wlz vallen). Dit laatste geldt ook voor circa 83.000 (verstandelijk) gehandicapten in instellingen. In onderstaande tabel 4 wordt nader toegelicht binnen welk wettelijk regime de zorgvragen terecht zouden komen. De behoeften aan zorg van deze groep mensen wordt na de hervorming over vier wetten verdeeld.

<sup>18</sup> De uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp houdt in dat een deel van deze mensen zullen instromen of doorstromen naar de Wlz. Zie voor meer informatie bijlage 1.

<sup>19</sup> De aantallen mensen naar de Wmo en Zvw zijn exclusief de mensen die nu al onder de Wmo en Zvw vallen.

<sup>20</sup> De uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp houdt in dat een deel van deze mensen zullen instromen of doorstromen naar de Wlz. Zie voor meer informatie bijlage 1.

Tabel 4 Uitsplitsing zorg met verblijf (indicaties)

	 Wmo	 Zvw	 Jeugdwet	 Wlz
	<b>Wmo 29.000 zorgvragen</b>	<b>Zvw 29.000 zorgvragen</b>	<b>Jeugdwet 4.000 zorgvragen</b>	<b>Wlz 195.000 zorgvragen</b>
<b>Zorg met verblijf 256.000 zorgvragen (was al zorg met verblijf)</b>	<p><b>29.000 mensen</b> met een psychiatrische aandoening of psychische stoornis die 'beschermd' wonen, mogelijk in combinatie met lichamelijke aandoening, handicap of verstandelijke beperking, mogelijk verslaving of gedragsproblematiek</p> <p>9,5 tot 37,5 uur: begeleiding, zoals hulp bij het aangaan van sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven en het beheren van en het invullen van de dag en ondersteuning bij concentratie, geheugen en motivatie; persoonlijke verzorging zoals hulp bij het eten en drinken en het wassen en kleden; mogelijk verpleging</p>	<p><b>10.000 mensen</b> in een instelling met een psychiatrische aandoening, mogelijk in combinatie met gezondheidsproblemen, verslaving, verstandelijke beperking of ernstige gedragsproblematiek</p> <p>10,5-49,5 uur: begeleiding zoals hulp bij sociale relaties, of daginvulling, concentratie, geheugen of geldzaken; persoonlijke verzorging: variërend van toezicht bij wassen, kleden, toiletgang tot volledig zorgafhankelijke cliënten; behandeling gericht op stabilisatie of terugkeer naar huis of beschermd wonen</p>	<p><b>4.000 mensen</b> (jongeren onder de achttien) die nu in een instelling verblijven met een lichte verstandelijke beperking</p> <p>12,5 tot 33 uur: begeleiding, zoals hulp bij het nemen van besluiten of het uitvoeren van complexe taken; behandeling die gericht is op het reguleren van gedragsproblematiek (bijvoorbeeld agressief gedrag of angsten); persoonlijke verzorging, toezicht of stimulatie of overname van taken zoals wassen</p>	<p><b>112.000 mensen</b> die in een verplegings- of verzorgingstehuis verblijven, de 'gemiddelde' tot 'zware' bewoners, voornamelijk ouderen van boven de 80 jaar met klachten als: (ernstige) dementie, (ernstige) beperkingen zoals Parkinson of blijvend hersenletsel; vaak meervoudige problematiek</p> <p>11-32,5 uur: begeleiding zoals hulp of overname van taken op het gebied van sociale redzaamheid en cognitieve functies; hulp bij persoonlijke verzorging en mobiliteit; voortdurende verpleging</p>
			<p><b>19.000 mensen</b> die in een instelling verblijven en die een tijdelijke behoefte hebben aan extra behandeling en zorg, bijvoorbeeld cliënten met problemen met de bloedsomloop, een psychogeriatrische aandoening of mobiliteit</p> <p>18-22 uur: begeleiding op vrijwel alle fronten, zoals oriëntatie, mobiliteit, concentratie, geheugen en denken; persoonlijke verzorging zoals hulp of overname bij eten/drinken, kleine verzorgingstaken, nagels knippen en de toiletgang; verpleging</p>	

Voor een uitgebreide verantwoording over de informatie in dit hoofdstuk verwijzen we naar bijlage 1.

## Nadere toelichting

Zorg, die nu vanuit één wet, de AWBZ, wordt georganiseerd en gefinancierd krijgt vanaf 2015 een andere grondslag. Dan wordt deze zorg verleend op basis van de Wlz, de Zvw, de Wmo en/of de Jeugdwet. Daarbij gaan taken, bevoegdheden en budgetten in de laatste twee gevallen over naar de gemeenten.

Het verzekerd recht op zorg wordt in deze situatie vervangen door een 'voorziening' (Wmo) die kan worden aangevraagd bij de gemeente, dan wel dat een beroep wordt gedaan op 'jeugdhulpplicht' die voor gemeenten geldt (Jeugdwet). In de nieuwe situatie vallen 37.000 jongeren voor alle vormen van zorg thuis onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dat geldt ook voor de groep ouderen die dreigen te vereenzamen en die in de huidige situatie onder de AWBZ aanspraak kunnen maken op individuele begeleiding of groepsbegeleiding.

Verder valt op dat er een aanzienlijke groep patiënten is die onder de AWBZ recht zouden hebben op een indicatie zorg met verblijf, en onder het nieuwe regime aangewezen zouden zijn op een indicatie zorg zonder verblijf. Bij deze groep valt de zorgvraag straks ook onder twee wetten: de Wmo en Zvw. Dat geldt bijvoorbeeld voor de 67.000 ouderen - meestal ouder dan 80 jaar -, bij wie sprake is van bijvoorbeeld dementie, hartklachten en depressie. Zij verblijven nu, onder de AWBZ, in een instelling en krijgen enkele uren per week begeleiding en doen mee aan dagactiviteiten. Bovendien krijgt deze groep hulp bij het eten en drinken (zogenoemde persoonlijke verzorging), en soms behandeling en verpleging. In de nieuwe situatie zou deze groep cliënten voor de begeleiding aangewezen zijn op de Wmo, en voor de persoonlijke verzorging en verpleging zou een aanspraak gedaan kunnen worden op de Zvw. Ook de groep van 19.000 verstandelijk gehandicapten die nu in een instelling verblijven en tot 36 uur begeleiding krijgen zouden in de nieuwe situatie onder de Wmo vallen, maar voor de hulp bij persoonlijke verzorging onder de Zvw. Let wel: dit is een simulatie. Er is sprake van overgangsrecht voor mensen die nu aanspraak maken op AWBZ-zorg. Zie ook het kader op pagina 9.

Voorgaande vraagt om (meer) afstemming tussen de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de gemeenten. Ook zal gewaakt moeten worden voor het ten onrechte afwentelen van verantwoordelijkheden tussen de uitvoerders van de Wmo en de Zvw.

## Informatie over het functioneren van het stelsel na de hervorming

Om haar systeemverantwoordelijkheid waar te kunnen maken, moet de minister kunnen beoordelen of het systeem naar behoren functioneert en of de drie doelen<sup>21</sup> worden behaald (zie pagina 3). Daarvoor heeft de minister informatie nodig die inzicht verschaft in resultaat en werking van het stelsel.<sup>22</sup> We maken hierbij onderscheid tussen het deel van het stelsel dat vanaf 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt (decentralisatie van de jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning) en het deel dat onder directe verantwoordelijkheid van de minister valt (Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet).

Bij de gedecentraliseerde wetgeving (Wmo en Jeugdwet) is sprake van een overheveling van taken, bevoegdheden en budgetten naar de gemeenten. De lokale volksvertegenwoordiging moet kunnen beschikken over informatie, waarmee zij haar bestuur kan controleren. Die informatie zou een totaal inzicht moeten bieden op basis waarvan de democratische verantwoording op zowel lokaal als landelijk niveau plaats kan vinden. Daarmee kan ook een noodzakelijke vergelijking tussen gemeenten uitgevoerd worden.

### Overkoepelend beeld concrete gevolgen ontbreekt nog

De hervorming van de langdurige zorg inclusief de decentralisatie van de jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning heeft invloed op het leven van kwetsbare mensen. Het beeld van deze mogelijke gevolgen dat zich nu lijkt af te tekenen is divers. De meeste mensen die in 2014 al een aanspraak op een AWBZ-voorziening hebben vallen onder het overgangsrecht en zullen ook in de nieuwe situatie deze aanspraak behouden. Dat - zo is het voornemen van de staatssecretaris - geldt gedurende de looptijd van het indicatiebesluit en uiterlijk tot 2016. Voor mensen met een indicatie beschermd wonen geldt een overgangsrecht van vijf jaar. Daarna zullen deze mensen zijn aangewezen op het nieuwe regime voor langdurige zorg. Mensen met een 'nieuwe' zorgbehoefte na invoering van de hervorming zullen rechtstreeks vallen onder het nieuwe stelsel. Mede in het licht van de complexe gevolgen van de voorgenomen hervorming is het van belang dat de minister van VWS tijdig inzicht heeft in de verwachte effecten van de hervorming van de langdurige zorg, om hiermee vast te kunnen stellen of de zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen adequaat is en zij de beoogde doelstellingen kan realiseren. Daarnaast is dit inzicht van belang voor adequate beleidsvoorbereiding en uitvoering door gemeenten. Verder mogen we verwachten dat de minister de Tweede Kamer tijdig informeert over de verwachte en gerealiseerde effecten van de hervorming langdurige zorg.

Er is enerzijds de nodige informatie beschikbaar over de mogelijke gevolgen van de hervormingen voor de mensen die het betreft<sup>23</sup>, maar deze informatiebronnen en

21 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bijlage 224333. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296. Den Haag: Sdu.

22 Zie ook RVZ (2014). Gemeentezorg: Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten. Den Haag: Z. uitg.

23 Zie bijvoorbeeld: Gupta (2012). Het sociale hart van zakelijk Nederland. Amsterdam: Z. uitg.; KIWA Prismant (2013). Mogelijke effecten van bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging. Z. pl.: Z. uitg.; VWS (2012). Vitale ouderen en de houdbaarheid van de zorg Kwalitatieve systeemanalyse. Z. pl.: Z. uitg.

publicaties bieden nog geen overkoepelend beeld. Dat komt mede doordat nog recent ingrijpende wijzigingen in de hervormingsplannen zijn aangekondigd: de persoonlijke verzorging wordt bijna volledig ondergebracht in de Zvw in plaats van in de Wmo<sup>24</sup> en zorg voor mensen die langdurig zijn aangewezen op geestelijke gezondheidszorg (alleen ggb-z) zal onderdeel van de Wlz uitmaken in plaats van de Zvw.<sup>25</sup>

Het opstellen van een goed overkoepelend beeld van de gevolgen van de hervormingen kost tijd. Hoe dichter de wijzigingen op de beoogde inwerkingtreding van de hervorming worden aangekondigd, des te moeilijker het wordt een toereikend beeld van de gevolgen op te stellen voordat de wijzigingen in werking treden. De wijzigingen zorgen daarnaast voor een kortere voorbereidingstijd, die de betrokken actoren (vooral gemeenten, maar ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders) als problematisch ervaren.<sup>26</sup>

## Welke informatie is nodig voor inzicht in gevolgen hervormingen langdurige zorg?

Om de gevolgen van de hervormingen van de langdurige zorg te kunnen volgen en vaststellen, heeft de minister van vws informatie nodig over de zorg en ondersteuning die mensen ontvangen van betrokken partijen en de kwaliteit ervan. Daarnaast zal de minister informatie nodig hebben over de financiële houdbaarheid van zorg en ondersteuning. Van bijzonder belang is ook dat de informatie niet alleen per wet, maar ook in samenhang moet worden gezien. De minister moet kunnen beoordelen of een onbedoelde afwenteling plaatsvindt tussen de verschillende wetten die de langdurige zorg en ondersteuning regelen (Wlz, Wmo, Zvw en de Jeugdwet).

### Initiatieven

Inmiddels zijn er diverse initiatieven gericht op het verzamelen van informatie tijdens de transitie en na het van kracht worden van de hervormingen langdurige zorg. Het gaat hierbij om initiatieven voor het verzamelen, het op elkaar aan laten sluiten, het benutten en het openbaar maken van gegevens, dit mede in het kader van de overige decentralisaties in het sociaal domein. Voor de geestelijke gezondheidszorg worden de bestaande monitors zodanig uitgebreid dat vragen als ‘worden de inhoudelijke doelen van de hervorming bereikt?’ en ‘hoe ervaren cliënten de kwaliteit?’ in de toekomst kunnen worden beantwoord.<sup>27</sup> Ook komen partijen - waaronder het Ministerie van vws, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) - in het platform Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning (IZO) bijeen om de informatievoorziening op elkaar aan te laten sluiten. Verder heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in opdracht van het Ministerie van vws de Monitor Langdurige Zorg samengesteld, een database die als doel heeft gegevens over indicaties voor, gebruik en volume van en uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning in kaart te brengen en openbaar te maken.<sup>28</sup>

24 VWS (2013). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

25 VWS (2014). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 427. Den Haag: Sdu.

26 Zie bijvoorbeeld VNG (2013). *Reactie op brief HLZ d.d. 6 november 2013*. Den Haag: Z. uitg.

27 VWS (2014). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Bijlage. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 427. Den Haag: Sdu.

28 CBS (2013). <http://www.monitorlangdurigezorg.nl>; geraadpleegd op 10 januari 2014.

De staatssecretaris van vws is bezig met de betrokken partijen uit het veld werkafspraken te maken over informatievoorziening en monitoring.<sup>29</sup>

In ons Verantwoordingsonderzoek 2013 dat we op 21 mei 2014 publiceren gaan we op verzoek van de Tweede Kamer in op de decentralisaties van de arbeidsparticipatie, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. We besteden daarin ook aandacht aan het inrichten van de informatievoorziening om inzicht te krijgen in de gevolgen en resultaten van de decentralisaties.

## Aanbevelingen minister VWS

We bevelen de minister van vws aan een goede en tijdige informatievoorziening over de hervorming van de langdurige zorg te borgen. Het zou winst zijn om deze informatievoorziening - waar het de te decentraliseren langdurige zorg betreft - aan te laten sluiten bij de informatie die gemeenten en andere actoren verzamelen. Dit vraagt ook een goede samenhang met data en gegevens over de andere grote decentralisatie-operaties in het sociale domein.

Verder bevelen we de minister van vws aan bij het verzamelen, analyseren en toegankelijk maken van informatie gebruik te maken van moderne technieken, zoals het koppelen van informatie op kaart met als resultaat een beter (lokaal en landelijk) inzicht in de situatie van kwetsbare mensen. Het ontsluiten van informatie via een open data platform maakt het mogelijk dat ook burgers zelf kunnen vaststellen hoe bijvoorbeeld hun gemeente het doet. Daarnaast bevordert een open data platform het leren over wat wel en niet werkt.<sup>30</sup>

Het door de minister van VWS aangekondigde 'Programma Informatiehuishouding op Orde'<sup>31</sup> biedt daarvoor een geschikt startpunt. Hierin onderschreef de minister van vws - mede in reactie op ons rapport 'Uitgavenbeheersing in de zorg' - het belang van een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Met het 'Programma Informatiehuishouding op Orde' wil de minister van VWS een fundament bouwen voor de informatievoorziening in de zorg en ondersteuning. Hierbij betreft zij ook de mogelijkheden die open zorgdata bieden.

29 VWS (2014). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (inclusief bijlagen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 428. Den Haag: Sdu.

30 Zie ook ons *Tendrapport Open data* dat we op 27 maart 2014 hebben gepubliceerd: Algemene Rekenkamer (2014) *Tendrapport open data*. Den Haag: z. uitg.

31 VWS (2013). *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 32 620, nr. 93. Den Haag: Sdu.

# Reactie staatssecretaris van VWS en nawoord Algemene Rekenkamer

We hebben de conceptversie van ons rapport voor een reactie voorgelegd aan de staatssecretaris van VWS. De staatssecretaris heeft op 18 april 2014 gereageerd op het conceptrapport. Hieronder geven we zijn reactie integraal weer. Daarna volgt ons nawoord.

## Reactie staatssecretaris van VWS

‘Met belangstelling heb ik het conceptrapport ‘Hervorming langdurige zorg: informatie over mogelijke gevolgen en informatievoorziening voor de toekomst’ gelezen. Met dit schrijven geef ik mijn reactie op het rapport.

Ik ga eerst in op de aanbevelingen en plaats twee algemene kanttekeningen bij het rapport. Vervolgens ga ik dieper in op de door de Algemene Rekenkamer uitgevoerde simulatie van mogelijke gevolgen. In de bijlage is een aantal opmerkingen opgenomen bij het rapport ten aanzien van een aantal onjuistheden in het rapport.

### Aanbevelingen en algemene kanttekeningen

De aanbevelingen bevatten waardevolle suggesties die in het implementatietraject van de hervorming van langdurige zorg kunnen worden meegenomen. Ik waardeer het dat de Algemene Rekenkamer constateert dat het “Programma Informatiehuishouding op Orde” een geschikt startpunt is voor de verdere inrichting van de informatie- en monitoringsfunctie.

In algemene zin geeft het rapport aanleiding om een tweetal kanttekeningen te plaatsen.

Het rapport schetst het beeld dat cliënten nu worden verdeeld van één domein naar vier domeinen. Hierbij dient bedacht te worden dat ook nu al vier domeinen bestaan en cliënten uit meer domeinen zorg ontvangen (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp uit de Wmo, extramurale zorg uit AWBZ en ziekenhuiszorg uit de Zvw). Met de hervorming wordt juist beoogd om vanuit het perspectief van de cliënt de samenhang tussen de verschillende zorgdomeinen te versterken, zodat een cliënt juist met minder domeinen te maken krijgt. Zo is het bijvoorbeeld van belang het “sociale domein” (ondersteuning thuis) veel meer te verbinden met de eerstelijnszorg (“het medische domein”). Deze notie klinkt onvoldoende door in het rapport.

Ook wordt ingegaan op de effecten van extramuralisering. Op bladzijde 21 wordt het beeld geschetst dat 67.000 ouderen met ernstige klachten niet meer in een instelling kunnen verblijven maar thuis zorg zullen ontvangen. Uit deze weergave zou de suggestie kunnen ontstaan dat deze mensen verplicht moeten verhuizen, terwijl het bij de extramuralisering om nieuwe instroom gaat en oude rechten niet worden aangetast. Verder gaat het om een trend die reeds jaren geleden is ingezet, waarbij ouderen er zelf voor kiezen om niet naar een instelling te gaan, maar thuis zorg te ontvangen.



Zoals u zelf terecht aangeeft, heeft de Rekenkamer geen rekening kunnen houden met het recente voorjaarsakkoord. Zoals u weet hebben deze afspraken belangrijke gevolgen voor de cijfers met betrekking tot extramuraliseren.

### **De uitgevoerde simulatie**

Het rapport bevat een simulatie waarin, op basis van het indicatiebestand 2012, wordt benaderd vanuit welk domein de verschillende cliënten zorg en ondersteuning krijgen in de structurele situatie. Zoals het rapport zelf al aangeeft op bladzijde 6, gaat het om de mogelijke gevolgen uitgaande van het indicatiebestand. Daarbij gaat het om de structurele situatie en is geen rekening gehouden met overgangsrecht en de actuele beleidsontwikkeling.

Ik hecht eraan hier te wijzen op de beperkingen van de simulatie. Het gaat daarbij om de volgende aspecten:

- Het betreft het bestand 2012. De ontwikkeling 2013 is niet meegenomen in de simulatie;
- Het rapport gaat over indicaties en het is bekend dat er een groot verschil zit tussen de indicaties en de feitelijke zorg die mensen ontvangen (omvang, wel/niet gebruik maken van recht, leveringsvorm);
- Het gaat om de structurele situatie. Omdat er sprake is van overgangsrecht is het beroep op de Wlz in de eerste jaren veel groter dan in het rapport wordt geschetst. Duidelijk moet zijn dat de structurele situatie pas na vele jaren wordt bereikt.
- In het rapport is nog geen rekening gehouden met de recente beleidsontwikkeling zoals de knip in de GGZ en het voorjaarsakkoord waarin de extramuralisering wordt beperkt. Dit heeft tot gevolg dat niet in alle gevallen de juiste toedeling naar domeinen is toegepast in het rapport.'

## **Nawoord Algemene Rekenkamer**

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de reactie van de staatssecretaris van vws op dit rapport. Zijn opmerkingen van feitelijke aard hebben wij zoveel mogelijk overgenomen in het rapport.

Wij waarderen het streven van de staatssecretaris de samenhang tussen de verschillende zorgdomeinen met de hervorming van de langdurige zorg te versterken. Met de hervorming worden taken, bevoegdheden en budgetten op het terrein van de langdurige zorg en ondersteuning anders verdeeld tussen gemeenten, zorgverzekeraars en de Rijksoverheid. Dit is in vier verschillende wetten geregeld: Wmo 2015, Wlz, Zvw en Jeugdwet. Wij onderstrepen dat een goede afstemming tussen de betrokken partijen een voorwaarde is om de gewenste samenhang in het zorgdomein te bereiken.

Zoals wij in het rapport al aangeven, beklemtonen we hierbij nogmaals dat het gaat om een simulatie, waarbij wij de mogelijke gevolgen voor toekomstige cliënten in beeld brengen. Dat betekent dat huidige cliënten met recht op zorg in een instelling dit recht behouden. Het doel van de simulatie is het ondersteunen van het parlement bij de behandeling van de Wmo 2015 en Wlz.

De precieze inrichting van de hervorming van de AWBZ is nog aan verandering onderhevig. De in het rapport vermelde gegevens en gehanteerde beleidsvoornemens hebben betrekking op de stand half maart 2014. In dit onderzoek zijn de resultaten van het recente voorjaarsakkoord over de zorg tussen het kabinet en een aantal fracties uit de Tweede Kamer niet betrokken. De strekking van de simulatie blijft hiermee ongewijzigd.

## Bijlage I Verantwoording

In figuur 2 gaan we in op het aantal cliënten per wet voor en na de hervorming. Het betreft een simulatie van de verschuivingen in cliëntstromen. Wij gaan uit van het huidige aantal cliënten en de huidige indeling naar type zorg zoals deze nu binnen de AWBZ geldt. Deze aantallen en indeling zullen door de hervorming veranderen. Bovendien is er sprake van overgangsregelingen.

Wij hebben de volgende uitgangspunten en werkwijze gehanteerd bij het berekenen van de omvang van de verschillende groepen cliënten:

- Voor het jaar 2012 gaan we uit van indicaties voor de AWBZ. De bron is de Monitor Langdurige Zorg.
- Vervolgens hebben we voor elke extramurale functie en elk zorgzwaartepakket gekeken onder welke wet deze na de hervorming in 2015 zal vallen.
- De AWBZ-indicaties uit 2012 hebben we verdeeld over de vier wetten waar de extramurale functies en zorgzwaartepakketten vanaf 2015 onder gaan vallen. Voorbeeld: In 2012 waren er 78.305 cliënten met een AWBZ-indicatie voor de extramurale functie verpleging. Vanaf 2015 valt de extramurale functie verpleging voor personen boven de 18 jaar onder de Zvw en voor personen onder de 18 jaar onder de Jeugdwet. De 73.800 personen boven de 18 die in 2012 een indicatie hadden voor de functie verpleging hebben wij verplaatst naar de Zvw. De 4.505 personen onder de 18 die in 2012 een indicatie hadden voor de functie verpleging hebben wij verplaatst naar de Jeugdwet.
- In de toelichting op figuur 2 geven we in enkele tabellen aan welke en hoeveel zorg verschillende groepen cliënten ontvangen. Het aantal uur zorg per week is gebaseerd op de huidige indeling van AWBZ-zorg in extramurale functies en zorgzwaartepakketten voor intramurale cliënten. Voor de cliënten die in een verplegings- of verzorgingshuis verblijven is sprake van een onderschatting van het aantal uur zorg per week. Dit heeft ermee te maken dat voor deze groep mensen geen afzonderlijke tijd voor dagbesteding is aangegeven. De tijd die aan dagbesteding wordt besteed is omgeslagen over de gehele populatie en opgenomen in het totaal aantal uren zorg per week. Het omslaan van de tijd die aan begeleiding wordt besteed over de hele populatie leidt tot een onderschatting van het aantal uren zorg per cliënt. Voor alle cliënten die in een instelling verblijven geldt dat deelname aan sociaal-culturele activiteiten en reguliere dagstructurering die de instelling organiseert niet meetellen voor het weergegeven aantal uur zorg.
- In de situatie na de hervorming kunnen zorgvragen van één persoon onder verschillende wetten vallen. In onderstaande tabel gaan wij per functie en zorgzwaartepakket in op de wijze van toedeling:
  - De blauwe kleur staat voor ‘van zorg zonder verblijf naar zorg zonder verblijf’.
  - De groene kleur staat voor ‘van zorg met verblijf naar zorg zonder verblijf’.
  - En de rode kleur staat voor ‘van zorg met verblijf naar zorg met verblijf’.
  - Voor de niet-gekleurde vakken geldt dat de helft van de cliënten recht heeft op zorg met verblijf en de andere helft recht heeft op zorg zonder verblijf.

Functie of zorgzwaartepakket 2012	Aantallen geïndiceerden in 2012	Zorg zonder of met verblijf in 2012	Bij welke wet na hervorming in 2015	Zorg zonder verblijf of zorg met verblijf in 2015
Begeleiding individueel	157775	Zonder verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Begeleiding groep	101450	Zonder verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Persoonlijke verzorging	266780	Zonder verblijf	95% naar Zvw, 5% naar Wmo (alle onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Verpleging	78305	Zonder verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Behandeling individueel	11095	Zonder verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Behandeling groep	10310	Zonder verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
Kort verblijf	14225	Zonder verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 1	5605	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 2	19860	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 3	25520	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 4	32870	Met verblijf	50% cliënten: Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet) 50% cliënten: naar Wlz	50% zonder verblijf, 50% met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 5	54560	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 6	22665	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 7	13100	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 8	2445	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 9	30	Met verblijf	Zvw	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 9a	19055	Met verblijf	Zvw	Met verblijf
ZZP Verpleging & Verzorging 9b	1525	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 10 Verpleging & Verzorging	955	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1 Verstandelijk gehandicapt	1355	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 2 Verstandelijk gehandicapt	8225	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 3 Verstandelijk gehandicapt	19810	Met verblijf	50% cliënten: Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet) 50% cliënten: naar Wlz	50% zonder verblijf, 50% met verblijf
ZZP 4 Verstandelijk gehandicapt	10780	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 5 Verstandelijk gehandicapt	12825	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 6 Verstandelijk gehandicapt	16290	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 7 Verstandelijk gehandicapt	10590	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 8 Verstandelijk gehandicapt	2215	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1 Licht Verstandelijk gehandicapt	210	Met verblijf	Wlz (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 2 Licht Verstandelijk gehandicapt	1590	Met verblijf	Wlz (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 3 Licht Verstandelijk gehandicapt	3360	Met verblijf	Wlz (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 4 Licht Verstandelijk gehandicapt	1935	Met verblijf	Wlz (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 5 Licht Verstandelijk gehandicapt	515	Met verblijf	Wlz (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 1 Sterk gedragsgestoord Licht Verstandelijk gehandicapt	545	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1 Lichamelijk Gehandicapt	820	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf

ZZP 2 Lichamelijk Gehandicapt	1830	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 3 Lichamelijk Gehandicapt	2415	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 4 Lichamelijk Gehandicapt	4335	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 5 Lichamelijk Gehandicapt	1635	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 6 Lichamelijk Gehandicapt	4835	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 7 Lichamelijk Gehandicapt	1565	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1 Zintuiglijk Gehandicapt auditief	295	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 2 Zintuiglijk Gehandicapt auditief	430	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 3 Zintuiglijk Gehandicapt auditief	645	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 4 Zintuiglijk Gehandicapt auditief	395	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1 Zintuiglijk Gehandicapt visueel	485	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 2 Zintuiglijk Gehandicapt visueel	125	Met verblijf		Met verblijf
ZZP 3 Zintuiglijk Gehandicapt visueel	315	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 4 Zintuiglijk Gehandicapt visueel	355	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 5 Zintuiglijk Gehandicapt visueel	250	Met verblijf	Wlz	Met verblijf
ZZP 1b Geestelijke gezondheidszorg	30	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 2b Geestelijke gezondheidszorg	235	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 3b Geestelijke gezondheidszorg	1165	Met verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 4b Geestelijke gezondheidszorg	1485	Met verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 5b Geestelijke gezondheidszorg	3985	Met verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 6b Geestelijke gezondheidszorg	1150	Met verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 7b Geestelijke gezondheidszorg	1715	Met verblijf	Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 1c Geestelijke gezondheidszorg	850	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 2c Geestelijke gezondheidszorg	5375	Met verblijf	Deel zorg naar Wmo, deel zorg naar Zvw (onder de 18 naar Jeugdwet)	Zonder verblijf
ZZP 3c Geestelijke gezondheidszorg	16460	Met verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 4c Geestelijke gezondheidszorg	7225	Met verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 5c Geestelijke gezondheidszorg	4530	Met verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf
ZZP 6c Geestelijke gezondheidszorg	675	Met verblijf	Wmo (onder de 18 naar Jeugdwet)	Met verblijf

### Motie Keijzer/Bergkamp

Op 17 januari 2014 heeft de Tweede Kamer de motie Keijzer/Bergkamp aangenomen. De strekking van de motie is mensen die langdurig zijn aangewezen op de ggz niet over te hevelen naar de Zvw, maar naar de Wlz.

De staatssecretaris van vwsS heeft de Tweede Kamer op 24 maart 2014 geïnformeerd over de nadere uitwerking van deze motie:

- Het eindperspectief is dat ggz-cliënten op basis van objectieve inhoudelijke criteria toegang krijgen tot de Wlz. De staatssecretaris acht dit niet haalbaar per 1 januari 2015, omdat de criteria hiervoor nog ontwikkeld moeten worden. Daarom wordt in twee stappen naar het eindperspectief toegewerkt.
  - Per 1 januari 2015 krijgen ggz-b-cliënten die drie jaar aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van verblijf gericht op behandeling toegang tot de Wlz.

- De tweede stap kan gezet worden als de objectieve inhoudelijke criteria voor in- en uitstroom zijn ontwikkeld en geoperationaliseerd. GGZ-cliënten die voldoen aan deze criteria kunnen vanuit de Wmo 2015 en de Zvw doorstromen naar de Wlz.
- Dit zou ook tot herschikking van budgetten tussen de verschillende wettelijke kaders kunnen leiden.<sup>32</sup>

Hieronder geven wij aan in hoeverre we de uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp door de staatssecretaris in het rapport hebben verwerkt:

- Tabel 1 geeft een overzicht van de uitgaven aan langdurige zorg in 2013 en 2017. De staatssecretaris heeft nog geen precieze informatie gegeven over de financiële gevolgen van de uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp. In tabel 1 is er daarom geen rekening gehouden met deze motie. De uitwerking van de motie houdt naar verwachting in dat de Wlz-uitgaven zullen stijgen en de Wmo- en Zvw-uitgaven in de toekomst zullen dalen. Het is nu nog niet bekend hoeveel ggz-cliënten uiteindelijk niet in de Zvw of Wmo, maar in de Wlz zullen terecht komen. De criteria voor toelating tot de Wlz zijn namelijk nog in ontwikkeling en het is onbekend welk deel van de huidige ggz-cliënten drie jaar aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van de ggz. In 2012 waren er in totaal ongeveer 45.000 ggz-cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg. De uitgaven aan ggz in de AWBZ in 2012 bedroegen ongeveer € 1,7 miljard.
- Figuur 2 geeft een simulatie van het aantal personen/zorgvragen per wet voor en na de hervorming. De uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp is hierin niet meegenomen. Het is namelijk op dit moment niet bekend hoeveel ggz-cliënten uiteindelijk onder de Wlz zullen vallen. Bovendien houdt de uitwerking van de motie Keijzer/Bergkamp in dat ggz-cliënten mogelijk door zullen stromen vanuit de Zvw/Wmo naar de Wlz. Het is niet mogelijk om dit in de figuur te verwerken, omdat deze een momentopname geeft van de situatie in 2015 en niet van de mogelijke wijzigingen daarna.
- In de hoofdtekst hebben wij telkens met voetnoten aangegeven wanneer de motie Keijzer/Bergkamp gevolgen heeft die wij niet hebben kunnen verwerken gezien de bovenstaande redenen.

32 VWS (2014). *Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013,2014, 30 597, nr. 427. Den Haag: Sdu.

## Bijlage 2 Van één naar vier wetten

### Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Mensen die begeleiding thuis nodig hebben vallen straks onder de Wmo. Hetzelfde geldt voor een klein deel van de mensen die persoonlijke verzorging nodig hebben (voor bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke of zintuiglijke beperking) en voor kortdurend verblijf. Het hoofddoel van de Wmo is participeren in de samenleving of ondersteuning bij zelfredzaamheid.<sup>33</sup>

- Loket: gemeente

Mensen moeten deze zorg of ondersteuning voortaan aanvragen bij hun gemeente in plaats van bij het CIZ.

- Toegang tot zorg of ondersteuning: gemeente

De gemeente beoordeelt de ondersteuningsvraag en bepaalt samen met de cliënt welke zorg of ondersteuning hij of zij krijgt. Doordat gemeenten beleidsvrijheid krijgen kan de zorg of ondersteuning die iemand uiteindelijk ontvangt per gemeente verschillen.

- Wettelijke borging: gemeenten zorgen voor maatwerk

Binnen de Wmo geldt geen ‘recht op zorg’ zoals in de AWBZ. Gemeenten leveren straks maatwerk waarbij ze rekening houden met iemands zelfredzaamheid en sociale netwerk. Ondersteuning door de gemeente vindt alleen plaats wanneer iemand niet zelfredzaam is of niet kan participeren<sup>34</sup>, ook niet samen met familie of anderen uit zijn netwerk.

### Zorgverzekeringswet (Zvw)

De zorg aan mensen die (meestal) thuis verpleging, behandeling en/of persoonlijke verzorging ontvangen, wordt na de hervorming verleend vanuit de Zvw. Hierbij gaat het om zorg met een medisch karakter die gericht is op behandelen of genezen.<sup>35</sup>

- Loket: zorgverzekeraars

De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars.

- Toegang tot zorg: eerstelijns zorgverleners

Om gebruik te kunnen maken van Zvw-zorg is geen indicatie nodig. De toegang vindt in principe plaats via de zorgverleners van de eerste lijn, zoals een huisarts.

- Wettelijke borging : mensen hebben een verzekerd recht op zorg

Elke burger is verplicht om een zorgverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar die hij zelf kan kiezen. In de Zvw geldt net als in de AWBZ het verzekerde ‘recht op zorg’. Waar de burger recht op heeft is vastgelegd in het basispakket, al dan niet in combinatie met een aanvullende verzekering.

### Wet langdurige zorg (Wlz)

Mensen die vanwege hun beperkingen niet meer in staat zijn in de thuisomgeving te wonen, zullen terecht komen in de Wlz<sup>36</sup>, een nieuwe volksverzekering voor de meest kwetsbaren die vanaf 1 januari 2015 gaat gelden. De Wlz is er voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen.<sup>37</sup>

33 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

34 VWS (2014). Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015). Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 841, nr. 3. Den Haag: Sdu.

35 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

36 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bijlage 224333. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 30 597, nr. 296. Den Haag: Sdu.

37 VWS (2013). Toekomst AWBZ; Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 30 597, nr. 380. Den Haag: Sdu.

- Loket: Wlz-uitvoerders

De uitvoering van de wet komt in handen van Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerder is een afzonderlijke rechtspersoon van de Zvw-verzekeraar. De minister zal per regio één Wlz-uitvoerder aanwijzen die namens alle andere Wlz-uitvoerders in de regio de administratieve en controletaken verricht: het zorgkantoor.<sup>38</sup> Op termijn zal de minister bezien of het mogelijk is de zorg risicodragend door verzekeraars voor de eigen verzekerden te laten uitvoeren.

- Toegang tot zorg: CIZ

De indicatiestelling wordt uitgevoerd door het CIZ. Het CIZ bepaalt toegang en zorgzwaarte. Anders dan in de AWBZ indiceert het CIZ dan niet meer in omvang, uren en zorgzwaartepakketten, maar in zorgprofielen die aard en inhoud van de zorg weer spiegelen.

- Wettelijke borging: mensen hebben recht op zorg

In principe geldt dat iemand zijn aanspraak op zorg op grond van de Wlz de rest van zijn leven behoudt.

## Jeugdwet

Jongeren onder de 18 jaar die langdurige zorg nodig hebben vallen straks grotendeels<sup>39</sup> onder de Jeugdwet.

- Loket: gemeente

De Jeugdwet zal, net als de Wmo, door gemeenten worden uitgevoerd.

- Toegang tot zorg: gemeente

Net als bij de Wmo geldt dat gemeenten beleidsvrijheid krijgen. Daardoor kan de zorg die iemand uiteindelijk ontvangt per gemeente verschillen.

- Wettelijke borging: gemeenten hebben een jeugdhulpplicht.

In het wetsvoorstel is opgenomen dat het wettelijke recht op zorg wordt vervangen door een 'jeugdhulpplicht' voor gemeenten. Gemeenten kijken per individu welke zorg iemand nodig heeft, waarbij het uitgangspunt de eigen kracht is. Alleen wanneer een jeugdige en zijn ouders er op eigen kracht niet uitkomen is de gemeente verplicht een voorziening te treffen.<sup>40</sup>

38 Het zorgkantoor heeft de wettelijke verantwoordelijkheid voor administratie en controle. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor het zorgen voor zorg, de zorginkoop en het uitvoeren van het pgb voor de eigen verzekerden.

39 Een deel van de zorg voor jeugdigen zal onder de Wlz vallen.

40 VWS (2013). *Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders, bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 33 684, nr. 13. Den Haag: Sdu.





### **Onderzoeksteam**

Dhr. drs. A.B.M. Gloerich (projectleider)  
Dhr. drs. J.F.C. Freriks  
Mw. drs. M. Gorrée  
Mw. drs. L. Hage RO  
Mw. J.T. de Jong-van Til MSc  
Mw. ir. E. Wiemer

### **Voorlichting**

Afdeling Communicatie  
Postbus 20015  
2500 EA Den Haag  
telefoon (070) 342 44 00  
voorlichting@rekenkamer.nl  
www.rekenkamer.nl

### **Omslag**

Ontwerp: Corps Ontwerpers  
Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

Den Haag, april 2014