Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg

Onderzoek naar de regeldruk in het nieuwe stelsel van langdurige zorg

SIRA consulting

SIRA Consulting B.V.
Edisonbaan 14 G-1
3439 MN Nieuwegein

Telefoon: 030 – 602 4900
Fax: 030 – 602 4919
E-mail: info@siraconsulting.nl

Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg

Onderzoek naar de regeldruk in het nieuwe stelsel van langdurige zorg

Eindrapport

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en begeleid door:

Dhr. F.J. Pronk

Mw. H.P. Oosterveld

Dhr. M. Heikoop

Nieuwegein, 21 maart 2014

Dhr. P.M.H.H. Bex

Dhr. J.J.F.M. van den Hurk

Mw. A.C. Beukers

Mw. C.A.M. Buil

SIRA Consulting is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken, mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van SIRA Consulting. SIRA Consulting

SIRA Consulting B.V.
Edisonbaan 14 G-1
3439 MN Nieuwegein

Telefoon: **030 – 602 4900**
Fax: **030 – 602 4919**
E-mail: **info@siraconsulting.nl**

aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	**Inleiding, onderzoeksopdracht en leeswijzer**	**5**
1.1	Inleiding	5
1.2	Onderzoeksopdracht	6
1.3	Leeswijzer	7
2	**Werkwijze, methodiek, en verantwoording**	**9**
2.1	Werkwijze	9
2.2	Methodiek	10
2.3	Verantwoording	13
3	**Huidige situatie**	**15**
3.1	Beschrijving van de huidige situatie	15
3.2	Berekening regeldruk huidige situatie	18
3.3	Observaties huidige situatie: het voorkomen van onnodige regeldruk	20
4	**Overgangssituatie**	**24**
4.1	Beschrijving van de overgangssituatie	24
4.2	Berekening regeldruk overgangssituatie	27
4.3	Observaties overgangssituatie: het beperken van incidentele regeldruk	30
5	**Nieuwe situatie**	**35**
5.1	Beschrijving van de nieuwe situatie	35
5.2	Berekening regeldruk nieuwe situatie	38
5.3	Observaties nieuwe situatie: het beperken van structurele regeldruk	40
6	**Conclusies en aanbevelingen**	**47**
6.1	Conclusies	47
6.2	Aanbevelingen	49

Bijlage I	**SKM Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg**
Bijlage II	**Verklarende woordenlijst**
Bijlage III	**Interviewlijst organisaties en deskundigen**

1 Inleiding, onderzoeksopdracht en leeswijzer

1.1 Inleiding

De regering heeft zich voorgenomen om het stelsel van langdurige zorg te herzien. De regering heeft aangekondigd dat gemeenten met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) verantwoordelijk worden voor activiteiten op het gebied van ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie die onderdeel uitmaakten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ook wordt de jeugdzorg gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarnaast is aangekondigd dat de extramurale verpleging en verzorging, en de intramurale geestelijke gezondheidszorg (gericht op behandeling) worden ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tot slot is het voornemen aangekondigd dat de huidige AWBZ wordt omgevormd tot een nieuwe landelijke voorziening waarin de zware intramurale ouderen-, gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg landelijk wordt georganiseerd. De Wet langdurige zorg (Wlz) zal een vangnet bieden voor ouderen en mensen met psychische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen die – ook met steun van de omgeving of gemeente – niet (meer) zelfredzaam kunnen zijn. Voor mensen die niet willen verblijven in een instelling, zal er de mogelijkheid zijn van een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een persoonsgebonden budget (pgb). De Wlz beoogt samen met de drie stelselwetten - de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw - en met de zorgbrede wetten die gericht zijn op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, een samenhangend wettelijk kader te c,reëren waarbinnen zorg geleverd kan worden die gericht is op de wensen, mogelijkheden en behoeften van individuele mensen.

In het voorliggend onderzoeksrapport worden de regeldruk effecten beschreven die de stelselwijziging heeft voor burgers en zorgaanbieders. De focus van dit rapport ligt op het kwantitatief én kwalitatief beschrijven van de regeldruk effecten van de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet.

1.2 Onderzoeksopdracht

In een brief d.d. 25 april 2013 (Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296) heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd over de maatregelen waartoe het kabinet heeft besloten in het kader van de hervorming van de langdurige zorg. Deze brief heeft de basis gelegd voor nadere uitwerking in de wetsvoorstellen Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wetsvoorstellen hangen zeer nauw met elkaar samen en met name de totstandkoming van de Wlz heeft effect op zowel de Wmo als de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bij beide wetsvoorstellen is sprake geweest van een zeer brede consultatie, om zo de uitvoering zoveel mogelijk ten dienste van de cliënt vorm te geven en zo in te richten dat uitvoerende partijen en organisaties zo min mogelijk belast worden. Een volgende stap is het inzichtelijk maken van de gevolgen voor regeldruk, zoals dat gebruikelijk is bij wetsvoorstellen. De uitkomsten van het voorliggend onderzoek moeten daarom inzicht bieden in de gevolgen van de wetsvoorstellen voor regeldruk.

Naast het inzichtelijk maken van die effecten conform het Standaardkostenmodel (SKM), is het van belang om ook aandacht te besteden aan kwalitatieve aspecten, die invloed hebben op de ervaren regeldruk of waarbij te voorzien is dat uitvoering onder gemeentelijke verantwoordelijkheid tot (te veel) diversiteit kan leiden. Het is van belang om deze kwalitatieve aspecten zoveel mogelijk te voorzien van verbetervoorstellen, omdat deze de basis kunnen vormen voor een daar uit voortvloeiende follow-up.

De bovengenoemde onderzoeksopdracht is vertaald in de volgende onderzoeksdoelstellingen:

- Het identificeren van de wijzigingen – ten opzichte van de huidige regelgeving - die door de wetsvoorstellen Wmo 2015 en Wlz worden geïntroduceerd in wet- en regelgeving.
- Het kwantificeren van de effecten van deze wijzigingen en de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet op de regeldruk voor zorgaanbieders en burgers (zowel structureel als initiëel) met behulp van een geïntegreerd SKM.
- Het kwantificeren van de regeldruk effecten:
  - In administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten.
  - Voor burgers, totaal (PxQ) en als verloop in de tijd.
  - Voor zorgaanbieders, totaal (PxQ) en als verloop in de tijd.
- Het inzichtelijk maken van de kwalitatieve elementen die samenhangen met de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet.
- Het identificeren van de mogelijkheden om ongewenste, onbedoelde of onnodige regeldruk effecten te voorkomen en het geven van een concreet advies hoe de hier uit voorvloeiende aanbevelingen zijn te operationaliseren.

Het onderzoek is opgezet vanuit het perspectief van het huidige AWBZ stelsel. Nog slechts een deel van de regeldruk zal in de toekomst veroorzaakt worden door de AWBZ/Wlz. De rest van de regeldruk wordt door de overheveling verdeeld over de Wmo 2015, de Zvw en de Jeugdwet.

Daarom zijn eerst de cliënten, zorgaanbieders en (informatie)verplichtingen geïdentificeerd die door de stelselwijziging te maken krijgen met veranderingen. Vervolgens is gekeken wat er met deze cliënten, zorgaanbieders en (informatie)verplichtingen gebeurd tijdens de overgangsperiode

in 2015. Tenslotte is onderzocht waar cliënten en zorgaanbieders in 2016 landen na de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet.

1.3 Leeswijzer

In Hoofdstuk twee wordt de werkwijze, methodiek en verantwoording toegelicht.

In hoofdstuk drie wordt een beschrijving gegeven van de huidige situatie in de langdurige zorg. Vervolgens wordt de regeldruk berekend voortkomend uit de AWBZ. Tenslotte wordt gekeken wat gedaan kan worden in de toeloop naar de stelselwijziging om onnodige regeldruk te voorkomen.

In Hoofdstuk vier wordt een beschrijving gegeven van de overgangssituatie (2015) in de langdurige zorg. Vervolgens wordt de regeldruk berekend voortkomend uit de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet. Tenslotte wordt gekeken wat gedaan kan worden om incidentele lasten tijdens de transitie te beperken.

In Hoofdstuk vijf wordt een beschrijving gegeven van de nieuwe situatie in de langdurige zorg. Vervolgens wordt de regeldruk berekend voortkomend uit de Wlz en de overgehevelde functies. Tenslotte wordt gekeken wat gedaan kan worden om structurele lasten te beperken

In Hoofdstuk zes worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

In de Bijlage is een standaardkostenmodel (SKM) opgenomen met bronvermelding (Bijlage I), een toelichting op gehanteerde begrippen en afkortingen (Bijlage II), en een lijst met geïnterviewde organisaties en deskundigen (Bijlage III).

2 Werkwijze, methodiek, en verantwoording

2.1 Werkwijze

Het onderzoek is uitgevoerd in vier fasen. In de 1e fase is op basis van bureauonderzoek een analyse uitgevoerd van de voorgenomen wetgeving rondom de langdurige zorg en zijn de wijzigingen ten opzichte van de huidige wet- en regelgeving geïdentificeerd.

In de 2e fase is een standaardkostenmodel (SKM) opgesteld voor de stelselwijziging in de langdurige zorg. Hiermee is een indicatieve berekening gemaakt van de administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten voor zorgaanbieders en burgers. De uitvoeringslasten voor (mede)overheden kunnen weliswaar ook met het standaardkostenmodel worden gemeten, maar vallen buiten de scope van dit onderzoek. De lasten zijn uitgewerkt en toebedeeld aan de AWBZ/Wlz, Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet.

In de 3e fase is een praktijkonderzoek uitgevoerd en zijn diepteinterviews afgenomen met deskundigen en belangrijke stakeholders; denk daarbij aan zorgaanbieders (V&V, GHZ, GGZ en Thuiszorg), brancheorganisaties, belangenorganisaties, uitvoeringsorganisaties, en gemeenten. In totaal zijn er meer dan 30 diepte-interviews afgenomen met 47 inhoudelijk deskundigen. Daarnaast is met meer dan 40 ervaringsdeskundige burgers gesproken over de voorgenomen stelselwijziging. Op basis van de resultaten uit deze diepteinterviews en gesprekken is het SKM nader gedetailleerd en is een definitieve berekening opgesteld.

In de 4e fase zijn conclusies getrokken op basis van de onderzoeksresultaten en aanbevelingen geformuleerd waarmee ongewenste en onbedoelde negatieve regeldruk effecten rondom de beoogde stelselhervorming en de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet, zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. Tot slot zijn de onderzoeksresultaten samengevat in het voorliggend rapport.

2.2 Methodiek

Het meten van de administratieve lasten en nalevingskosten met het SKM

Om haar publieke taken te kunnen uitvoeren, en om de publieke belangen te kunnen waarborgen, legt de overheid verplichtingen op tot het doen of nalaten van handelingen of gedragingen (inhoudelijke verplichtingen). Daarnaast legt zij verplichtingen op tot het verschaffen van informatie over die handelingen en gedragingen (informatieverplichtingen). Om aan deze informatieverplichtingen te voldoen, moeten administratieve handelingen worden uitgevoerd. De kosten die de doelgroep (voor dit onderzoek zijn dat zorgaanbieders en burgers) hiervoor maken, zijn gedefinieerd als respectievelijk nalevingskosten (NK) en administratieve lasten (AL). De regeldruk als gevolg van toezicht zijn onderdeel van de AL.

De definities zijn samengevat in het onderstaande tekstkader. De methodiek voor het berekenen van de AL is uitgewerkt in de handleiding 'Meten is Weten II' van de Regiegroep Regeldruk. Voor burgers is een handleiding vanuit het ministerie van BZK beschikbaar[1]. Voor de NK is een vergelijkbare methodiek gebruikt. De combinatie van AL en NK wordt ook wel regeldruk genoemd.

Administratieve Lasten (AL)

Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven en burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Deze kosten hebben betrekking op de door de bedrijven bestede tijd (uitgedrukt in uren en vermenigvuldigd met een uurtarief) en de gemaakte (out-of-pocket) kosten (uitgedrukt in euro's).

Bron: 'Meten is Weten II', Regiegroep Regeldruk, juni 2008.

Nalevingskosten (NK)

Inhoudelijke nalevingskosten voor het bedrijfsleven zijn de directe kosten van naleving van inhoudelijke verplichtingen als gevolg van wet- en regelgeving. Het betreft hier alle wettelijke verplichtingen van het bedrijfsleven om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen. Deze kosten hebben betrekking op de door de bedrijven bestede tijd (uitgedrukt in uren en vermenigvuldigd met een uurtarief), de gemaakte kosten voor investeringen (uitgedrukt in euro's) en het externe tarief voor uitbesteding van handelingen.

Bron: 'Handleiding Meten Inhoudelijke Nalevingskosten Bestaande Regelgeving', EIM, mei 2008.

Voor het berekenen van de AL en NK wordt gewerkt met een Standaard Kostenmodel Regeldruk (SKM). De regeldruk wordt in dit model berekend door de kosten van een administratieve handeling of inhoudelijke verplichting (P) te vermenigvuldigen met het aantal burgers, bedrijven of handelingen (Q) waarop deze van toepassing is. De kosten voor een (administratieve) handeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

Initiële en structurele regeldruk

Bij het berekenen van de regeldruk wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Initiële regeldruk - lasten die voortkomen uit (informatie)verplichtingen die eenmalig moeten worden uitgevoerd bij introductie van nieuwe regels of wijziging van bestaande regels.

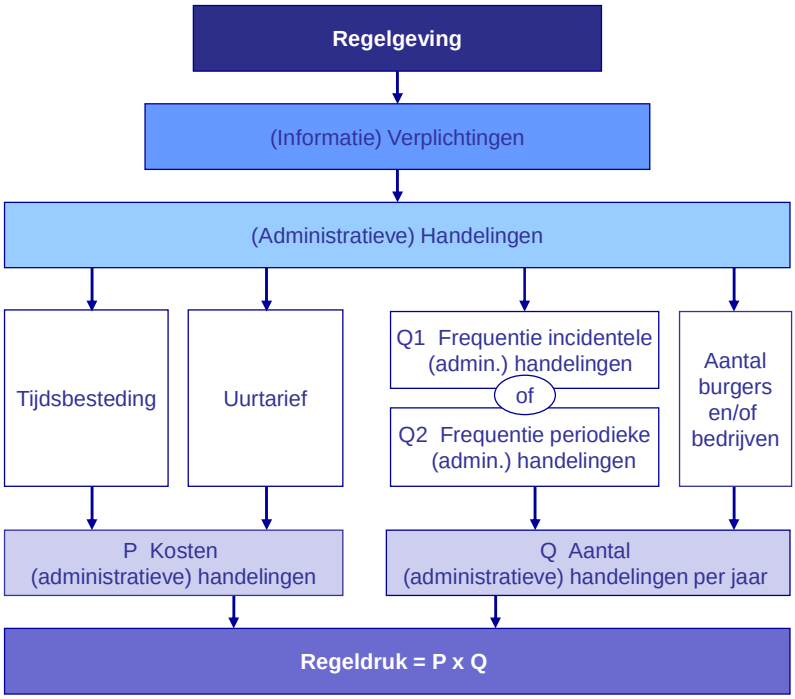
[1] In de handleiding Standaardkostenmodel AL-Burger zijn de uitgangspunten voor het bepalen van de AL beschreven. SIRA Consulting heeft deze handleiding ontwikkeld en de beschreven werkwijze voor dit onderzoek integraal toegepast.

- Structurele regeldruk - lasten die voortkomen uit (informatie)verplichtingen die regulier (bijvoorbeeld bij iedere aanvraag of jaarlijks terugkerend) moeten worden uitgevoerd om te kunnen voldoen aan de in de regelgeving opgelegde informatieverplichtingen.

Het onderscheid tussen initieel en structureel is voor dit onderzoek relevant, omdat er sprake zal zijn van een overgangsfase in 2015. Bovendien zal door overdracht en nieuwe taken sprake zijn van initiële regeldruk.

Het SKM is zodanig ingericht dat op diverse niveaus kan worden gerapporteerd. Voor dit onderzoek wordt in ieder geval uitgegaan van:

- Regeldruk burger: totaal (PxQ) en als verloop in de tijd.
- Regeldruk zorgaanbieder: totaal (PxQ) en als verloop in de tijd.
- De regeldruk wordt onderverdeeld in administratieve lasten (AL) en inhoudelijke nalevingskosten (NK).



Figuur 1. Het berekenen van administratieve lasten en nalevingskosten met het SKM.

Kwantitieve benadering in euro´s

Voor burgers en professionals geldt dat in de vorige kabinetten een doelstelling in aantal te besparen uren is geformuleerd, naast besparingen in 'out of pocketkosten'. Dit kabinet[2] kiest voor een kwantitatieve benadering in euro's. Daartoe wordt eenmalig een omrekening gedaan waarbij het

[2] Brief Tweede Kamer, 25 april 2013 "Goed Geregeld, een verantwoorde vermindering van regeldruk 2012-2017".

bedrag van de omrekenfactor ligt op € 15 per uur. Voor professionals wordt aangesloten bij de aanpak van bedrijven, waarbij het gemiddelde uurloon van een sector wordt toegepast.

2.3 Verantwoording

Bij het meten van regeldruk wordt gebruik gemaakt van een *modelmatige* weergave van de werkelijkheid; het zogenaamde standaardkostenmodel (SKM). Met behulp van dit instrument is het mogelijk om bij verandering van bestaande of introductie van nieuwe wet- en regelgeving, het effect op de regeldruk voor burgers en bedrijven te berekenen en inzichtelijk te maken. Het standaardkostenmodel maakt dit mogelijk tegen een zo efficiënt mogelijke inzet van middelen, en op een voor alle departementen vergelijkbare wijze. De kracht van het werken met het standaardkostenmodel is dat er een grote voorspellende werking van uit gaat. Het nadeel is dat er (noodzakelijkerwijs) gewerkt wordt op basis van aannames, het gaat immers om een toekomstige situatie.

Uit 'Meten is Weten 2' van het ministerie EL&I (2008): "(…) *het is van belang om hierbij op te merken dat het (SKM) te allen tijde een theoretische benadering van de werkelijkheid blijft. De uitkomst van een AL meting voor bedrijven zal nooit een 100% accurate weergave kunnen zijn van de feitelijk gemaakte administratieve kosten. Toch laten zowel de opgedane Nederlandse, Engelse als Deense ervaringen tot op heden zien dat bedrijven, dankzij deze methode, de besteding van tijd en middelen beter kunnen inschatten met betrekking tot afzonderlijke regelgeving dan ooit eerder met andere onderzoeksmethoden*."

Bij het berekenen van de regeldruk in dit rapport is ervan uitgegaan dat gemeenten en zorgverzekeraars terughoudend (zullen) zijn met verantwoordingseisen, en dat zij met elkaar afspraken maken over het declaratieverkeer. Deze aannames zijn redelijk om drie redenen. In de eerste plaats omdat het hier om een kostenvraagstuk gaat. Verantwoordingseisen verhogen de kosten van zorg/ondersteuning. Door terughoudendheid te betrachten in de eisen die gesteld worden aan aanbieders kunnen diensten goedkoper geleverd worden. Dit is één van de knoppen waar gemeenten en zorgverzekeraars aan kunnen draaien om de bezuinigingstaakstelling te realiseren die samen gaat met de overheveling van functies uit de AWBZ. In de tweede plaats omdat zowel gemeenten als zorgverzekeraars zich ervan bewust zijn dat niet zozeer het *aantal partijen* problematisch is voor zorgaanbieders, maar wel het *aantal verantwoordings- en declaratiesystemen*. De bereidheid in het veld om hier afspraken over te maken is groot. Het is daarom plausibel dat deze afspraken er ook zullen komen. In de derde plaats leidt terughoudendheid ook tot lagere uitvoeringslasten voor gemeenten en zorgverzekeraars zelf. Desalniettemin vormen uiteenlopende verantwoordingseisen en verschillende declaratiesystemen een groot risico voor de ontwikkeling van de lasten voor zorgaanbieders. Er zijn 403 gemeenten met beleidsvrijheid betrokken bij de stelselwijziging en de overheveling van functies uit de AWBZ naar de Wmo 2015 en Jeugdwet. Daarnaast zijn er 9 zorgverzekeraarsconcern met 35 labels (en 56 zorgverzekeringen) betrokken bij de overheveling van functies uit de AWBZ naar de Zvw. Tenslotte worden lz-uitvoerders (concessiehouders) verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz in 32 zorgregio´s. Als deze partijen niet op elkaar aansluiten, en als zij ieder aparte verantwoordingseisen stellen, dan leidt dat - vanzelfsprekend - tot hoge lasten voor zorgaanbieders.

In §3.3, §4.3 en §5.3 wordt uitgebreid stil gestaan bij de kansen én bij de risico´s voor de ontwikkeling van de regeldruk door de stelselwijziging in de langdurige zorg. Het uiteindelijke doel is om

alle dilemma's op tafel te leggen zodat kansen ten volle kunnen worden benut, en risico´s afdoende kunnen worden afgedekt.

3 Huidige situatie

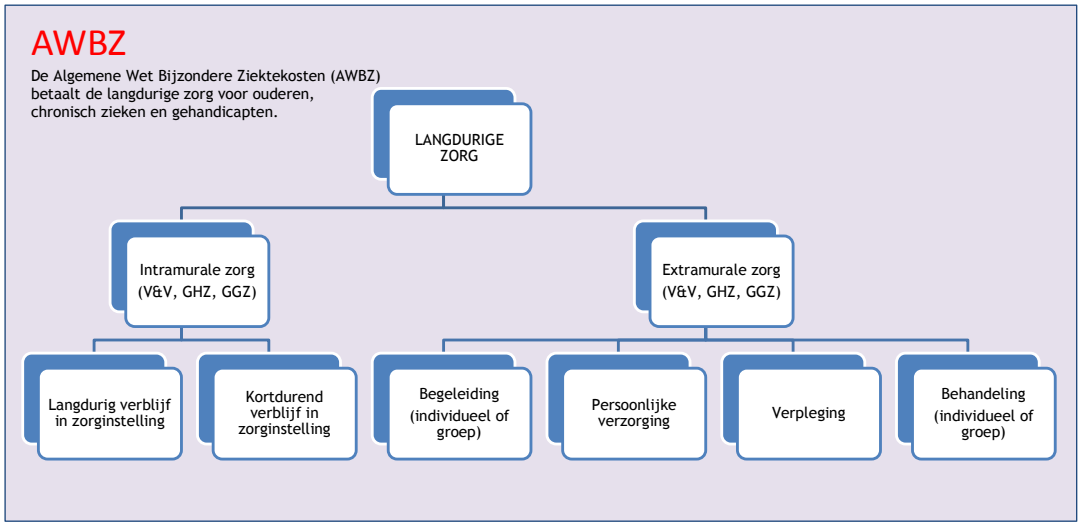
3.1 Beschrijving van de huidige situatie

Ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) werd op 1 januari 2007 ingevoerd. De wet vervangt de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). De wet beoogt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en kunnen participeren in de samenleving. De gemeente biedt hierbij ondersteuning als dat nodig is. De gemeente ondersteunt bijvoorbeeld mensen in hun dagelijkse leven door het organiseren van huishoudelijke hulp, aanpassingen in de woning, een rolstoel, vervoer in de regio en maaltijdverzorging. Daarnaast ondersteunen gemeenten mensen die zich inzetten voor de zorg en ondersteuning aan anderen, met name mantelzorgers en vrijwilligers. Onder de Wmo vallen ook de maatschappelijke opvang, het bestrijden van huiselijk geweld en het verslavingsbeleid.

Langdurige zorg

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in Nederland een verplichte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. In de huidige situatie vergoedt de AWBZ de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Bij deze zorg ligt de aandacht op het verbeteren van de kwaliteit van het leven voor mensen met een ernstige beperking. Het zorgpakket bestaat zowel uit intramurale zorg als extramurale zorg. Intramurale zorg bestaat uit de functies kortdurend en langdurig verblijf in een zorginstelling. Onder extramurale zorg vallen de functies (individuele of groeps-) begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, en (individuele of groeps-) behandeling. In het geval dat een persoon langdurig verblijf nodig heeft wordt er geen indicatie gegeven in functies, maar komt hij/zij in aanmerking voor een zorgzwaartepakket (zzp). Dit omvat een volledig pakket aan zorg, inclusief wonen, zorg, diensten, en mogelijkerwijs begeleiding, dagbesteding en/of behandeling. Daarnaast kan de zorg ingedeeld worden naar zorggebied: geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleging en verzorging (V&V).



Om als burger in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er onderzocht worden of er een grondslag aanwezig is voor AWBZ-zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft de taak om de indicatiestelling uit te voeren. Voor kinderen tot 18 jaar met een psychiatrische grondslag voert Bureau Jeugdzorg de indicatiestelling uit. Er zijn zes grondslagen:

- Somatische aandoening of beperking;
- Psychogeriatrische aandoening of beperking;
- Psychiatrische aandoening of beperking;
- Verstandelijke handicap;
- Lichamelijke handicap;
- Zintuiglijke handicap.

De zorg kan op twee manieren worden geregeld. Als de zorg in natura (ZIN) wordt geleverd, dan wordt de zorg voor de burger georganiseerd. Dit is niet het geval bij het persoonsgebonden budget (pgb), waarmee de burger zelf de zorg organiseert. Aan de hand van het indicatiebesluit van het CIZ berekent het zorgkantoor hoeveel geld of budget er toegekend kan worden aan de zorg. Voor diegene die zorg in natura ontvangen, contracteert het zorgkantoor zorgaanbieders om de zorg te leveren. Deze groep heeft weinig direct contact met het zorgkantoor. Dit is anders voor mensen met een pgb. Met het budget dat het zorgkantoor vaststelt kunnen pgb-houders zorg inkopen bij zorgaanbieders. Hierover moeten zij verantwoording afleggen aan het zorgkantoor. Burgers die AWBZ-zorg ontvangen betalen een eigen bijdrage die afhankelijk is van de leeftijd, inkomen, gezinssituatie en het type zorg dat mensen ontvangen. Er vindt afstemming plaats tussen de eigen bijdrage voor de AWBZ en Wmo, zodat de eigen bijdragen van beide wetten samen nooit de maximale eigen bijdrage overschrijden. Zorgkantoren betalen aan budgethouders het netto-pgb, wat bestaat uit de bruto pgb minus de eigen bijdrage. Mensen die zorg in natura ontvangen betalen alleen de eigen bijdrage aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Bij de AWBZ zijn een groot aantal bedrijven en uitvoeringsorganisaties betrokken:

- Zorgkantoren voeren de AWBZ uit. In Nederland zijn er 32 zorgregio's met een zorgkantoor. De belangrijkste zorgverzekeraar binnen een regio wordt aangewezen als de concessiehouder voor de uitvoering van de AWBZ. Zorgkantoren verwerken indicatiestellingen van het CIZ en geven voorlichting aan cliënten over hun keuzemogelijkheden. Zij kopen de benodigde zorg in en contracteren zorgaanbieders.
- Zorgaanbieders leveren de AWBZ zorg aan burgers. In Nederland zijn er circa 3.500 toegelaten AWBZ zorginstellingen.
- Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) betaalt in opdracht van zorgkantoren de gecontracteerde AWBZ zorgaanbieders en houdt zich bezig met het vaststellen, innen en opleggen van de eigen bijdragen bij burgers.
- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beheert het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten waaruit de AWBZ-zorg wordt gefinancierd. Daarnaast coördineert het CVZ de uitvoering van de AWBZ, waaronder het doen van betalingen aan zorgkantoren voor het pgb. Met ingang van 1 april 2014 integreert het CVZ met het Kwaliteitsinstituut en heet dan Zorginstituut Nederland.

- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en het CAK. Verder stelt de NZa maximumtarieven en regiobudgetten vast en moeten zorgkantoren en zorgaanbieders hun budget en tarieven verantwoorden aan de NZa.
- Tenslotte is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verantwoordelijk voor het controleren en handhaven van de kwaliteit van de zorg.

De belangrijkste kenmerken van de huidige situatie zijn:

- De Wmo biedt ondersteuning aan mensen, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en kunnen participeren in de samenleving.
- Onder de Wmo vallen onder andere:
  - Huishoudelijke hulp;
  - Aanpassingen in de woning;
  - Hulpmiddelen, zoals een rolstoel;
  - Vervoer in de regio;
  - Maaltijdverzorging;
  - Maatschappelijke opvang;
  - Het bestrijden van huiselijk geweld;
  - Verslavingsbeleid.
- De AWBZ regelt de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.
- Het zorgpakket bestaat uit intra- en extramurale zorg:
  - Intramuraal: Langdurig en kortdurend verblijf in een zorginstelling.
  - Extramuraal: PV, VP, BG, en BH.
- De zorg kan in natura (ZIN) worden geleverd of door de burgers zelf worden georganiseerd met een persoonsgebonden budget (pgb).
- Een AWBZ-indicatie is nodig van het CIZ. Bij langdurig verblijf worden indicaties in zzp's gegeven en niet in klassen en functies.
- Het zorgkantoor contracteert zorgaanbieders om de zorg te leveren.
- Burgers betalen een eigen bijdrage voor de AWBZ die afgestemd is met de eigen bijdrage voor de Wmo. Het CAK coördineert de eigen bijdrage systematiek.

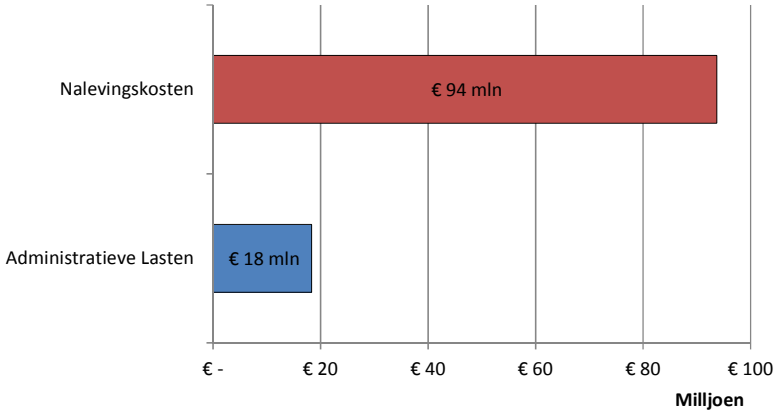
3.2 Berekening regeldruk huidige situatie

Een berekening met het standaardkostenmodel laat zien dat de regeldruk van de AWBZ in de huidige situatie circa 112 miljoen euro bedraagt.

Regeldruk huidige situatie	Administratieve Lasten	Nalevingskosten
Wetgeving	(€)	(€)
AWBZ	€ 18.313.924	€ 93.694.338
Totaal	**€ 18.313.924**	**€ 93.694.338**

Tabel 3.2.1. Berekening regeldruk huidige situatie

Onderstaande figuur geeft de onderverdeling van de regeldruk weer in AL en NK.



Figuur 3.2. Onderverdeling regeldruk huidige situatie in AL en NK

In onderstaande tabellen is de verhouding tussen AL en NK weergegeven.

Regeldruk huidige situatie	AL Burger	NK Burger
Wetgeving	(€)	(€)
AWBZ	€ 4.157.087	€ 15.470.557
Totaal	**€ 4.157.087**	**€ 15.470.557**

Tabel 3.2.2. Verhouding tussen AL Burger en NK Burger.

Regeldruk huidige situatie	AL Zorgaanbieders	NK Zorgaanbieders
Wetgeving	(€)	(€)
AWBZ	€ 14.156.836	€ 78.223.781
Totaal	**€ 14.156.836**	**€ 78.223.781**

Tabel 3.2.3. Verhouding tussen AL zorgaanbieders en NK zorgaanbieders.

Toelichting bij de berekening

Bij de berekening is gekeken naar het huidige AWBZ stelsel en vier thema´s (toegang, zorglevering, financiering en toezicht). Voor het hele AWBZ stelsel en de genoemde thema´s zijn de (informatie)verplichtingen geïdentificeerd voor burgers en zorgaanbieders (bijvoorbeeld indicatieverzoek indienen bij CIZ, melden start en einde zorglevering, etc.). Vervolgens zijn de (administratieve) handelingen of activiteiten bepaald die moeten worden verricht om te voldoen aan deze (informatie)verplichtingen. Voor elk van deze (administratieve) handelingen of activiteiten is nagegaan hoeveel tijd of geld dit burgers of zorgaanbieders kost (P). Ook is nagegaan hoe vaak een (administratieve) handeling of activiteit wordt verricht (Q). Gegevens zijn – zoveel mogelijk - op cliëntniveau ontsloten, zodat gevolgd kan worden wat er met cliënten gebeurd die in de huidige situatie AWBZ zorg ontvangen maar die in de nieuwe situatie 1) zorg ontvangen op grond van de Wlz, 2) ondersteuning krijgen op grond van de Wmo 2015, 3) zorg ontvangen op grond van de Zvw, of 4) zorg ontvangen op grond van de Jeugdwet. De regeldruk is berekend door P te vermenigvuldigen met Q.

In onderstaande tabel is het aantal cliënten in het huidige stelsel AWBZ weergegeven.

Kerncijfers	
Functie[3]	Cliënten[4]
PV-sec	162.505
VP-sec	29.150
PV-VP	38.370
BH(+PV/VP)	9.835
BGI-sec	82.628
BGI+PV/VP/BH	29.855
BGG-sec	26.685
BGG+PV/VP/BH	25.615
BGI+BGG (sec)	23.325
BGI+BGG(+PV/VP/BH)	15.595
KVB (+PV/VP/BH/BGI/BGG)	12.135
Intramuraal GGZ	46.770
Intramuraal GZ	113.860
Intramuraal VV	183.020

Tabel 3.2.4. Uitsplitsing Q huidige situatie op cliëntniveau.

[3] Voor een toelichting op de functies zie de Verklarende Woordenlijst in Bijlage II.

[4] Bron: CIZ 1 juli 2013.

3.3 Observaties huidige situatie: het voorkomen van onnodige regeldruk

In deze sectie wordt gekeken naar wat er gedaan kan worden in de toeloop naar de stelselwijziging om onnodige regeldruk te voorkomen.

Snelheid van veranderingen

- Er is bij nagenoeg alle veldpartijen een robuust draagvlak voor de stelselwijziging.
- Uit interviews met veldpartijen blijkt wel dat men bezorgd is over het tempo waarin zowel het wetgevingstraject als de bezuinigingsopgave zijn ingezet.
- De tijdsdruk wordt vooral gevoeld op het gebied van ICT en inkoop:
  - ICT specificaties zouden al op 1 april beschikbaar moeten zijn om alles op tijd in te kunnen voeren (6 maanden) en testen (3 maanden).
  - Gemeenten moeten in veel gevallen de opdrachtverlening rond hebben vóór 1 oktober 2014, maar de betreffende wetgeving bestaat nog niet.
- Er is nog onduidelijkheid over de wettelijke kaders en de inrichting van het nieuwe stelsel. Hierdoor moeten zowel gemeenten als zorgaanbieders rekening houden met meerdere scenario's. Men is bezig met aanpassingen en voorsorteren 'in de mist'.
- Zowel gemeenten als zorgaanbieders geven aan dat zij *niet* gebaat zijn bij uitstel maar behoefte hebben aan *duidelijkheid*. Overwegend is de houding om de nieuwe taken nu maar gewoon op te pakken (uitstel lost niets op) en tijdens het proces reparaties te doen.

Indicatiestelling Wlz door CIZ

- Het afschaffen van de taakmandatering wordt door veldpartijen niet als een risico beschouwd. Als het CIZ de indicatiestelling weer gaat uitvoeren dan kost dat zorgaanbieders minder tijd.
  - De indicatiecriteria voor de Wlz moeten in 2014 nog wel geoperationaliseerd worden. Het is belangrijk dat er een duidelijke scheiding wordt gemaakt tussen de Wlz, Wmo en Zvw.
- Het CIZ is alleen bevoegd om te beoordelen of mensen in aanmerking komen voor de Wlz, niet om te onderzoeken of andere partijen, zoals de gemeenten, voldoende hebben gedaan om te voorkomen dat mensen in de Wlz komen. Ook is er geen gidsfunctie voor het CIZ geregeld, waardoor de organisatie iemand die niet in aanmerking komt voor de Wlz niet kan adviseren waar hij/zij wel terecht kan met de hulpvraag.
- Veldpartijen begrijpen dat de keuze is gemaakt om het CIZ niet te laten kijken naar de sociale omgeving van cliënten, dat zou namelijk een averechtse prikkel kunnen vormen (gemeenten zouden een financieel belang hebben om voorzieningen te ontmantelen en cliënten naar het CIZ te sturen voor een Wlz indicatie). De sociale omgeving is ook moeilijk te indiceren. Het CIZ kan wel vaststellen dat een cliënt is aangewezen op 24-uurs zorg, maar niet of een mantelzorger deze zorg kan leveren (en het is bovendien nog maar de vraag wat er zou moeten gebeuren als de mantelzorger korte tijd na de indicatiestelling uitvalt).
- Het CIZ zal vaker een negatieve beslissing nemen vanwege de aanscherping van de toegangseisen. Het CIZ is voornemens om bij bezwaar- en beroepsprocedures cliënten actief te benaderen en een dialoog aangaan. De (beleefde) lasten voor cliënten uit bezwaar- en beroepsprocedures blijven door deze pro-actieve werkwijze beperkt.

- De indicatiestelling wordt voor onbepaalde tijd. In de praktijk zijn indicaties nodig, niet alleen bij binnenkomst, maar ook als de zorgbehoefte verandert. Dit houdt in dat ook in de Wlz herindicaties nodig blijven (zij het in heel beperkte mate).

Effecten voor grote en kleine zorgaanbieders

- Grote zorgaanbieders hebben vaak een breed pallet aan diensten, maar zijn bureaucratischer (met meer overhead). Kleine zorgaanbieders kunnen niet alles bieden, maar zijn vaak heel goed in staat om specifieke onderdelen goed te doen en kunnen flexibeler en innovatiever optreden.
- Gemeenten willen graag een mix van zorgaanbieders behouden. Gemeenten zien dan ook vooralsnog geen reden om te veronderstellen dat kleine of innovatieve zorgaanbieders niet gecontracteerd worden.

Informatiebehoefte bij gemeenten

- Gemeenten hebben behoefte aan gegevens op cliëntniveau en aan cumulatie onderzoek:
  - Wie maakt van welke voorzieningen gebruik?
  - Waar is er samenloop en overlap?

  Op dit moment is er alleen inzicht op postcode niveau welke voorzieningen worden gebruikt. Dit heeft een hoog abstractieniveau, details ontbreken. Informatie over de overlap tussen AWBZ en Wmo ontbreekt. De gemeenten willen zo snel mogelijk een unieke cliënt code. Gemeenten willen ook meer duidelijkheid over de verantwoording die het Rijk wil hebben voor het deelfonds Sociaal Domein, zodat de gemeenten de processen hierop kunnen inrichten. Als dit op het niveau van cliënten moet gebeuren, dus op dossierniveau, dan kan dat hoge uitvoeringslasten voor gemeenten, en regeldruk voor zorgaanbieders en cliënten, betekenen.

Informatiebehoefte bij burgers

- Er is bij burgers behoefte aan informatie over de consequenties van de stelselhervorming.
  - Burgers formuleren onder andere de volgende vragen:
    - Wat gaat er gebeuren in 2015?
    - Kunnen mensen hun huidige zorgaanbieder houden?
    - Is er een duidelijk aanspreekpunt waar mensen terecht kunnen met hun zorgvraag?
    - Wat moeten mensen bewijzen om individuele voorzieningen te krijgen?
    - Krijgen mensen onafhankelijke cliëntondersteuning?
    - Hoe gaat het gesprek eruit zien?
    - Zal het onderzoeksproces zorgvuldig verlopen, en is het resultaat passend?
    - Hoe gaan de wijkteams te werk?
    - Is er voldoende kennis aanwezig bij de gemeente over specifieke zorgbehoeften?
- Onduidelijkheid over bovenstaande vragen verhoogd de *beleefde lasten* van burgers. Burgers, maar ook professionals, maken zich zorgen, vooral over kwetsbare cliëntgroepen[5]. Communicatie vanuit de overheid met cliënten over de veranderingen is er (bijna) niet. Er is nog geen

[5] Veldpartijen en ervaringsdeskundige burgers geven de volgende voorbeelden van kwetsbare cliëntgroepen: Licht verstandelijk gehandicapte jongeren met zware gedragsproblematiek, mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA), jongeren tussen 18 en 23 jaar die overgaan van jeugd- naar volwassenenzorg, thuiswonende kinderen die naar specialistische dagcentra gaan, meervoudig, ernstig gehandicapte kinderen, zintuiglijk gehandicapte cliënten, ouderen die niet goed de eigen regie kunnen voeren (dementie, etc.), cliënten met verminderde zelfredzaamheid en gebrek aan kennis en digitale vaardigheden, cliënten met een overbelast netwerk (mantelzorgers).

brief uitgegaan naar cliënten vanuit het Rijk en gemeenten zijn niet in staat om concrete antwoorden te geven op vragen over de veranderingen. Op dit moment worden daardoor de zorgaanbieders aangesproken over de aankomende veranderingen.

Signalen van burgers

- In gesprekken geven ervaringsdeskundige burgers de volgende signalen af:
  - Er is begrip voor de stelselwijzingen in de langdurige zorg:
    - Het beperken van de Wlz tot de zwaarste zorg vinden burgers begrijpelijk en redelijk.
    - Het wordt als heel positief gezien dat er minder herindicaties nodig zijn.
  - Er is ook begrip voor de uitgangspunten van de zorg die overgaat naar gemeenten:
    - Burgers vinden het belangrijk dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen.
    - Burgers vinden het belangrijk dat zorg zo dicht mogelijk bij mensen wordt georganiseerd.
    - Burgers vinden het belangrijk dat mensen zelf de regie houden over de zorg.
  - Over de gesprekken en het beroep op de eigen kracht is men verdeeld.
  - Er is bezorgdheid over bepaalde aspecten in de nieuwe situatie:
    - Zorg en ondersteuning:
      Voor mensen die onder de Wlz zullen vallen is het over het algemeen duidelijk dat het huidige recht en aanspraak op zorg blijft bestaan. Dit is niet het geval voor mensen die vanaf 2015 geholpen zullen worden door gemeenten of zorgverzekeraars. Bij hen heerst onzekerheid en onduidelijkheid.
    - Tussen wal en schip:
      Mensen vrezen tussen wal en schip te vallen, vooral diegenen die niet kunnen leunen op mantelzorgers om adequate zorg te krijgen.
    - Mantelzorgers:
      Een beroep doen op de eigen kracht en het sociale netwerk is positief, maar men moet ervoor waken dat het sociale netwerk van mensen niet overbelast raakt. Vooral mantelzorgers zijn vaak al intensief betrokken bij de zorg van hun naasten.
    - Bezuinigingen:
      Er zijn twijfels over de mogelijkheid om bezuinigingen uit te voeren, terwijl er tegelijkertijd ook gereorganiseerd wordt.
    - Gemeenten:
      Er zijn twijfels over de inhoudelijke kennis bij gemeenten. Mensen moeten een beroep doen op gemeenten waar er weinig tot geen ervaring is met de zorg. Deze twijfels zijn het sterkst als het gaat om mensen waarbij er meerdere problematieken spelen (zoals een verstandelijke handicap met een psychische aandoening, of een psychiatrische aandoening en verslaving).
    - Aandacht naar mensen:
      Het geld moet terecht komen bij het beantwoorden van de zorgvraag van mensen en er moet geïnvesteerd worden in adequaat en betrokken zorgpersoneel. Het geld mag niet verloren gaan aan bureaucratie.
    - Vastgoed:
      Mensen maken zich zorgen dat door de bezuinigingen instellingen (delen van) hun (woon)voorzieningen gaan afbouwen, terwijl de zorgvraag van mensen niet is veranderd. Het gevolg zou kunnen zijn dat mensen gedwongen worden om te verhuizen aangezien in hun directe omgeving de juiste voorzieningen niet meer aanwezig zijn.

4 Overgangssituatie

4.1 Beschrijving van de overgangssituatie

Stelselwijziging

Het Kabinet heeft het voornemen om op 1 januari 2015 een nieuw stelsel van langdurige zorg in te voeren. Het nieuwe stelsel heeft tot doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te stimuleren (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurig zorg te borgen. De AWBZ zal worden vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz zal dienen als vangnet voor mensen die vanwege een somatische, psychogeriatrische of een psychische beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap niet meer zelfredzaam kunnen zijn, maar blijvend behoefte hebben aan 24 uurs zorg. In het nieuwe stelsel zullen de extramurale taken van de huidige AWBZ overgeheveld worden naar de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet. De Wmo 2015 regelt ondersteuning voor mensen met een beperking, chronisch psychische of psychosociale problemen. De ondersteuning vanuit gemeenten is gericht op het bevorderen van de participatie en zelfredzaamheid van burgers. Cliënten die niet meer op grond van de AWBZ/Wlz in aanmerking komen voor zorg, kunnen voor ondersteuning een aanvraag doen bij de gemeente. Gemeenten zullen een ondersteuningsaanbod inrichten wat niet meer één op één hetzelfde hoeft te zijn als de huidige AWBZ functie beschrijvingen. De extramurale verpleging en persoonlijke verzorging worden ondergebracht bij de nieuwe aanspraak wijkverpleging van de Zvw. Ook de intensieve kindzorg en extramurale palliatief zorg gaan naar de Zvw. Daarnaast zal de intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling naar de Zvw gaan. De jeugdzorg zal in het nieuwe jeugdstelsel niet meer een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn van provincies en gemeenten, maar helemaal onder gemeenten vallen.

Ondersteuning in de Wmo 2015

Het nieuwe wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) beoogt te waarborgen dat mensen kunnen meedoen in de samenleving en zo veel mogelijk zelfstandig kunnen leven. De aandacht ligt hier op de persoon en diens plek in de samenleving en niet uitsluitend op diens aandoening, beperking of indicatie. Zelfstandig leven betekent dat:

- Iemand het huis schoon en leefbaar kan houden;
- Iemand in en om het huis kan lopen of bewegen;
- Iemand binnen de woonplaats/regio kan reizen;
- Iemand anderen kan ontmoeten.

Als mensen problemen ondervinden met zelfstandig leven en die ook niet (voldoende) kunnen worden opgelost door ondersteuning uit de sociale omgeving, kan de gemeenten maatschappelijk ondersteuning bieden. Daarnaast is de ondersteuning aan mantelzorgers in dit wetsvoorstel expliciet vastgelegd en hebben mensen recht op cliëntondersteuning tijdens het onderzoek naar hun ondersteuningsbehoefte. Ook beschermd wonen en opvang valt vanaf 2015 onder de Wmo. Ten slotte is in het wetsvoorstel de verplichting opgenomen om de sociale samenhang en leefbaarheid te bevorderen in een gemeente.

Een gemeente kan maatschappelijke ondersteuning bieden d.m.v. de volgende voorzieningen:

- Een algemene voorziening is een laagdrempelige dienst waarvan een hulpvrager gebruik van kan maken zonder dat hiervoor een indicatie of toestemming van de gemeenten voor nodig is.
- Een maatwerk voorziening is een dienst of faciliteit die specifiek voor één persoon of gezin bedoeld is. Een voorbeeld is een rolstoel.
- Een collectieve voorziening is net als een individuele voorziening speciaal voor een cliënt bedoeld, maar wordt door verschillende mensen tegelijk gebruikt. Een voorbeeld is vervoer in de eigen regio, waarbij meer mensen tegelijk reizen in een (rolstoel)bus.

De integrale verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de wet ligt bij het College van B&W. Voor de uitvoering van het beleid dienen de gemeenten zich een goed beeld te vormen van de ondersteuningsbehoefte van mensen. Nadat een burger zich bij de gemeente heeft gemeld voor ondersteuning zal er een onderzoek worden ingesteld. Hierbij zullen de eigen kracht, inclusief de eigen verantwoordelijkheid en de mogelijkheden van de sociale omgeving worden betrokken. Voor 'gebruikelijke hulp' van bijvoorbeeld een echtgenoot, ouders, en kinderen, wordt geen maatschappelijke ondersteuning verleend. Tijdens het onderzoek kan een burger gebruik maken van cliëntondersteuning. Dit kan iemand zelf regelen of aanvragen bij de gemeente.

Overgangssituatie voor cliënten

Door de stelselwijziging ontstaan verschillende overgangssituatiesvoor cliënten. Vier groepen clienten kunnen onderscheiden worden:

- Mensen met een AWBZ-indicatie voor verblijf die in een instelling verblijven, houden deze indicatie en worden daarmee gelijkgesteld met mensen die een Wlz-indicatie krijgen. In de overgangssituatie hoeven cliënten die nu al een indicatie voor verblijf hebben geen herindicatie aan te vragen. Zij hebben wel de mogelijkheid om hun indicatie te laten vervallen binnen een jaar na de inwerkingtreding van de Wlz.
- Voor mensen met een indicatie die nog thuis wonen kunnen twee situaties ontstaan, afhankelijk van hun zzp. Cliënten met een hoog zzp zullen hun recht op zorg behouden onder de Wlz, terwijl cliënten met een licht zzp kunnen kiezen voor verblijf op grond van de Wlz. Als deze laatste groep besluit om thuis te blijven wonen zullen zij hun aanspraak op zorg na een jaar verliezen.
- De derde groep, cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg, zal overgaan naar de Wmo of Zvw. In de Wmo is een overgangsregeling ingesteld. Cliënten behouden hun recht op zorg tot het einde van de indicatie of tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de wet. Het CIZ geeft ook korte indicatiebesluiten af, waardoor bij sommige cliënten al tijdens 2015 hun indicatie vervalt. Daarnaast kan de gemeente, in samenspraak met een cliënt, ook al eerder (in 2015) tot een nieuw ondersteuningsarrangement komen.
- Voor de vierde groep, de GGZ populatie die aanspraak hebben op beschermd wonen en overgaan naar de Wmo, is een overgangstermijn van ten minste vijf jaar geregeld om een zorgvuldige belangenafweging te garanderen en de implementatielast voor gemeenten te beperken. In deze periode zal bekeken worden op welke manier deze zorg zal worden ingericht. Voor cliënten die GGZ-zorg gebruiken waarbij behandeling voorop staat, zal de zorg overgeheveld worden naar de Zvw. Zij zullen hun recht op zorg behouden in de Zvw.

De belangrijkste kenmerken van de overgangssituatie zijn:

- De Wlz zal als vangnet dienen voor ouderen en mensen met een psychische beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap die ook met steun van de omgeving of gemeenten niet (meer) meer zelfredzaam kunnen zijn.
- De Wmo 2015 maakt gemeenten verantwoordelijk voor ondersteuning bij zelfredzaamheid, participatie, van mantelzorgers. Daarnaast valt beschermd wonen en opvang en cliëntondersteuning onder de Wmo.
- De Zvw zal de nieuwe aanspraak wijkverpleging kennen met de functies verpleging en persoonlijke verzorging. Verder gaat de intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling grotendeels van de AWBZ naar de Zvw.
- De Jeugdwet zal de jeugdzorg helemaal onderbrengen bij de gemeenten.
- Overgangssituatie voor verschillende cliënten:
  - Mensen met een AWBZ-indicatie voor verblijf en diegene met een hoog zzp die thuis wonen blijven hun recht op zorg houden. Mensen met een laag zzp die thuis wonen kunnen hun aanspraak op Wlz-verblijf verzilveren of onder de Zvw, Wmo of Jeugdwet komen te vallen als ze ervoor kiezen om thuis te blijven wonen.
  - Cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg houden onder de Wmo recht op hun zorg tot het einde van de indicatie of tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de wet. Het CIZ geeft ook korte indicatiebesluiten af, waardoor bij sommige cliënten al tijdens 2015 hun indicatie vervalt. Daarnaast kan de gemeente, in samenspraak met een cliënt, ook al eerder (in 2015) tot een nieuw ondersteuningsarrangement komen..
  - Voor de GGZ-populatie die beschermd wonen is er een overgangsregeling van 5 jaar in de Wmo. Zij die met name behandeling ontvangen zullen onder de Zvw komen te vallen.

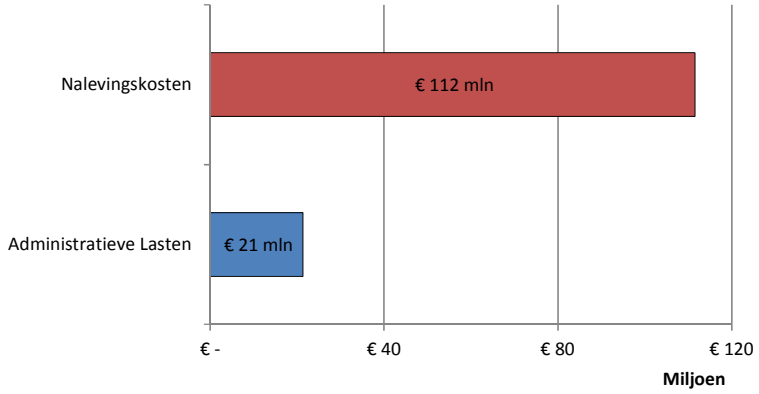
4.2 Berekening regeldruk overgangssituatie

Een berekening met het standaardkostenmodel laat zien dat de regeldruk van de Wlz en de stelselwetgeving in de overgangssituatie (2015) circa 132,8 miljoen euro bedraagt.

Regeldruk overgangssituatie	Administratieve Lasten	Nalevingskosten
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 13.613.738	€ 53.743.212
Wmo 2015	€ 3.641.574	€ 24.683.911
Zw	€ 3.882.263	€ 31.069.146
Jeugdwet	€ 205.200	€ 2.005.110
Totaal	**€ 21.342.775**	**€ 111.501.379**

Tabel 4.2.1. Berekening regeldruk overgangssituatie (2015)

Onderstaande figuur geeft de onderverdeling van de regeldruk weer in AL en NK.



Figuur 4.2. Onderverdeling regeldruk overgangssituatie (2015) in AL en NK

In onderstaande tabellen is de verhouding tussen AL en NK weergegeven.

Regeldruk overgangssituatie	AL Burger	NK Burger
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 2.071.911	€ 9.936.048
Wmo 2015	€ 2.542.278	€ 799.488
Zw	€ 1.035.270	€ 1.035.270
Jeugdwet	€ 64.125	€ 102.600
Totaal	**€ 5.713.584**	**€ 11.873.406**

Tabel 4.2.2. Verhouding tussen AL Burger en NK Burger.

Regeldruk overgangssituatie	AL Zorgaanbieders	NK Zorgaanbieders
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 11.541.827	€ 43.807.164
Wmo 2015	€ 1.099.296	€ 23.884.423
Zw	€ 2.846.993	€ 30.033.876
Jeugdwet	€ 141.075	€ 1.902.510
Totaal	**€ 15.629.191**	**€ 99.627.973**

Tabel 4.2.3. Verhouding tussen AL zorgaanbieders en NK zorgaanbieders.

Toelichting bij de berekening

Bij de berekening is gekeken naar vier wetten (Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet) en vier thema´s (toegang, zorglevering, financiering en toezicht). Voor elk van deze wetten en thema´s zijn de (informatie)verplichtingen geïdentificeerd voor burgers en zorgaanbieders (bijvoorbeeld indicatieverzoek indienen bij CIZ, melden start en einde zorglevering, etc.). Vervolgens zijn de *incidentele* en *structurele* (administratieve) handelingen of activiteiten bepaald die moeten worden verricht om te voldoen aan deze (informatie)verplichtingen. Voor elk van deze (administratieve) handelingen of activiteiten is nagegaan hoeveel tijd of geld dit burgers of zorgaanbieders kost (P). Ook is nagegaan hoe vaak een (administratieve) handeling of activiteit wordt verricht (Q). Gegevens zijn – zoveel mogelijk - op cliëntniveau ontsloten, zodat gevolgd kan worden wat er met cliënten gebeurd die in de huidige situatie AWBZ zorg ontvangen maar die in de nieuwe situatie 1) zorg ontvangen op grond van de Wlz, 2) ondersteuning krijgen op grond van de Wmo 2015, 3) zorg ontvangen op grond van de Zvw, of 4) zorg ontvangen op grond van de Jeugdwet. De regeldruk is berekend door P te vermenigvuldigen met Q.

In onderstaande tabel is het aantal cliënten per wet weergegeven.

Kerncijfers	
Wlz	Cliënten[6]
Intramuraal GZ Intramuraal VV Intramuraal GGZ	113.860 183.020 12.000
Wmo 2015	Cliënten[7]
Ondersteuning (voorheen AWBZ BGI-sec) Ondersteuning (voorheen AWBZ BGG-sec) Ondersteuning (voorheen AWBZ BGI+BGG (sec)) Ondersteuning (voorheen AWBZ KVB)	82.628 26.685 14.600 9.335
Zvw	Cliënten
Intramuraal GGZ PV-sec VP-sec PV-VP BH(+PV/VP) BGI+PV/VP/BH BGG+PV/VP/BH	34.770 161.900 29.150 38.370 9.835 29.855 25.615

[6] De omvang van deze groep cliënten zal uiteindelijk lager uitvallen, omdat beleid wordt gevoerd op zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Meer mensen dan nu zullen op termijn in staat worden gesteld om met ondersteuning en zorg thuis te blijven wonen. Een afname met 60% is niet onredelijk (bron: Notitie “Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg”). De transitie zal echter enkele jaren in beslag nemen (tenminste tot 2018). De scope van dit onderzoek is echter afgebakend tot het overgangsjaar 2015 en de nieuwe situatie in 2016 met als doel het zichtbaar maken van de incidentele en structurele lasten. Door deze afbakening kunnen niet alle lange termijn effecten van de stelselwijziging worden meegewogen.

[7] In het overgangsjaar wordt grotendeels ingekocht op basis van historische volumes. Cliënten behouden namelijk hun recht op zorg tot het einde van de indicatie of tot maximaal een jaar na inwerkingtreding van de wet. Het CIZ geeft echter ook korte indicatiebesluiten af, waardoor bij sommige cliënten al tijdens 2015 hun indicatie vervalt. Daarnaast kan de gemeente, in samenspraak met een cliënt, ook al eerder (in 2015) tot een nieuw ondersteuningsarrangement komen.

BGI+BGG(+PV/VP/BH)	15.595
Jeugdwet	Cliënten
BGI+BGG (sec) KVB (+PV/VP/BH/BGI/BGG) PV-sec	8.700 2.800 5.600

Tabel 4.2.4. Uitsplitsing Q overgangs situatie op cliëntniveau.

4.3 Observaties overgangssituatie: het beperken van incidentele regeldruk

In deze sectie wordt gekeken wat gedaan kan worden om een zachte landing te bewerkstelligen in de overgangssituatie en om incidentele lasten te beperken.

Transitie

- In de overgangssituatie zal de regeldruk toenemen voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten, aangezien alle partijen wijzingen zullen moeten doorvoeren in hun beleid. Daarnaast zal in de overgang de druk op alle partijen toenemen. Voor nieuwe cliënten gaan de nieuwe regels gelden, terwijl voor de bestaande cliënten de oude regels nog gelden. Om de overgang mogelijk te maken zijn vaak veel (tijdelijke) uitzonderingsposities nodig.
  - Het invoeren van de wetswijzingen is een proces. Het is niet mogelijk om van de ene op de andere dag over te schakelen op een nieuw systeem. Dit zal een administratieve puzzel voor organisaties worden. In het overgangsjaar zullen meerdere systemen in de lucht moeten worden houden:
    - het oude systeem zal tijdelijk in stand worden gehouden,
    - een nieuwe systematiek zal nodig zijn voor nieuwe cliënten,
    - een overgangssystematiek zal nodig zijn voor het jaar 2015.
- De administratieve lasten voor de zorgketen zouden beperkt kunnen worden als de zzp taal wordt aangehouden in de Wlz (m.b.t. inkoop en declaraties) en alle huidige indicaties in zzp's worden gehandhaafd. Op deze manier wordt er niet met verschillende "talen" naast elkaar gewerkt. Wanneer er een nieuwe taal is ontwikkeld, dan zou de gehele populatie onder die taal gebracht kunnen worden.

Informatieuitwisseling

- De informatie-uitwisseling tijdens de overgangssituatie leidt tot complexe vraagstukken aangezien er met vier verschillende stelsels zal worden gewerkt: Wlz, Zvw, Wmo en de Jeugdwet. Het bij elkaar brengen van informatie en het verzorgen van een zorgvuldige overdracht van gegevens tijdens de transitie is belangrijk voor een goede uitvoering van de zorgtaken door gemeenten en zorgverzekeraars.
  - De uiteindelijke overheveling van data wordt zo dicht mogelijk bij 1 januari 2015 gepland. Hoe dichter bij deze datum de overheveling plaatsvindt, des te accurater zal de data zijn. Beleidsdata worden wel al geleverd, bijvoorbeeld over het aantal cliënten en hun zorgvraag, Privacy gevoelige informatie kan pas worden overgedragen wanneer de wettelijke kaders daarvoor zijn vastgesteld.

Aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg

- Voor de GGZ-zorg die nu onder de AWBZ valt wordt er gebruik gemaakt van één financieringsvorm. Met de stelselverandering wordt deze zorg opgeknipt, aangezien een klein gedeelte naar de Wlz gaat (motie Bergkamp / Keijzer) en de rest naar de zorgverzekeraars en de gemeenten. Dit betekent voor GGZ-zorgaanbieders een risico voor lastenverzwaring.
  - De verschillende financiële schotten zijn:
    - Basis GGZ wordt door zorgverzekeraars per label ingekocht.
    - Specialistische GGZ wordt door zorgverzekeraars per label ingekocht.
    - Wlz wordt door de lz-uitvoerder ingekocht.
    - Wmo wordt door verschillende gemeenten ingekocht.
    - Forensische psychiatrie (geestelijke gezondheidszorg in een strafrechtelijk kader) en forensiche zorg (zorg voor verdachten en daders, al dan niet met een psychiatrische stoornis) wordt door Justitie ingekocht.
- GGZ zorgaanbieders verwachten dat de lastendruk van de stelselwijziging beperkt kan blijven indien de nieuwe wetgeving voorziet dat de administratie zoveel mogelijk wordt ondergebracht in bestaande systemen.
- GGZ instelingen werken met FACT-teams. FACT-teams bieden behandeling en begeleiding naar herstel voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problemen op andere levensterreinen (wonen, werken, sociale contacten, financiën etc.). Er is een risico dat de integrale benadering in FACT-teams onder druk komt te staan vanwege de schotten in de financieringssystematiek (zorgverzekeraars, gemeenten, etc.).

Persoonsgebonden budget

- Veldpartijen zijn voorstander van een strikte toegang tot het pgb. Burgers moeten bewust een keuze maken voor het pgb.
  - Het is belangrijk dat mensen om kunnen gaan met de administratie die samenhangt met een pgb en dat ze weten hoe men zorgaanbieders beoordeelt en zorg kan contracteren. Dit is het solide pgb.
    - Een solide pgb kan bijdragen aan het bestrijden van fraude, want fraude voorkomt men het beste aan de ingang.
- Trekkingsrechten maken het mogelijk dat de regie over het pgb bij cliënten blijft, maar zonder de administratiedruk die gepaard gaat met het geld op de eigen rekening hebben. Het is belangrijk om de ontwikkeling van het systeem met trekkingsrechten goed te volgen, want de infrastructuur voor dit systeem is nog niet helemaal uitontwikkeld.
  - Het is de verwachting van veldpartijen dat het systeem van trekkingsrechten en de ondersteuning van de SVB de lasten voor het beheer van het pgb zal doen afnemen.

Toegankelijkheid en de lokale toegangspoort (wijkteams)

- Het werken met wijkteams is een middel om ondersteuning effectiever te organiseren en kan een flinke besparing op de kosten opleveren. Veel gemeenten kiezen ervoor om de toegang tot voorzieningen zodanig in te richten dat er alleen een *melding* nodig is voor het aanvragen van een gesprek. Tijdens dit gesprek wordt integraal gekeken naar de situatie van het huishouden. De eigen regie van klanten staat hierbij voorop. Klanten worden uitgenodigd om zelf hun vraag te formuleren. Er hoeft geen aanvraag te worden ingediend op basis van een keuze uit een voorgeformuleerde "kaart" van voorzieningen.
  - Tijdens het gesprek en in de beoordeling van de zorgvraag wordt de brede sociale omgeving van een burger nadrukkelijk meegenomen, i.e. niet alleen de inzet van mantelzorgers, maar ook de mogelijkheden in de buurt of wijk. Voorwaarde voor de betrokkenheid van mantelzorgers is wel dat de cliënt dit ook wil.
    - Als het sociale netwerk van cliënten beperkt is, kan worden ingezet op "Eigen kracht conferenties". Hierin worden dan zorgvrijwilligers(organisaties) en het totaal sociale systeem betrokken met als doel het netwerk van de cliënt uit te bouwen.
    - Soms kan het ook nodig zijn om bestaande netwerken te ontmantelen en te substitueren met nieuwe, bijvoorbeeld bij drugsproblematiek of criminaliteit.
    - Kennis van de 'sociale kant' van een wijk/buurt is van groot belang.
- Aan de hand van het gesprek wordt een ondersteuningsovereenkomst/zorgplan opgezet met daarin drie niveaus van voorzieningen:
  - Het eerste niveau is de eigen kracht van cliënten:
    - Wat kunnen zij zelf?
    - Wat kan een mantelzorger?
    - Wat kan de sociale omgeving?
  - Het tweede niveau zijn de algemene voorzieningen.
  - Het derde niveau bestaat uit individuele voorzieningen.
- Voor de samenstelling van de wijkteams zal er doorgaans een basis worden opgesteld. Vervolgens zal de definitieve samenstelling afhankelijk zijn van de wijk waarin het team komt te werken. Deze aanpassingen zullen worden gebaseerd op wijkscans die in alle wijken worden afgenomen. Bij deze wijkscans wordt er gekeken naar de samenstelling van een wijk op het gebied van leeftijd, zorgbehoefte, arbeidsparticipatie, benodigde Wmo ondersteuning, (sociale) problematiek, etc. Als er bijvoorbeeld in een wijk veel jongeren wonen zal het wijkteam (extra) jeugdconsulenten krijgen. Door deze benadering hebben cliënten zoveel mogelijk één aanspreekpunt waar zij bij terecht kunnen voor ondersteuning. Bovendien wordt altijd eerst gekeken wat er collectief of voorzienend georganiseerd kan worden, hiervoor hoeft geen toegang geregeld te worden zodat lastendruk wordt voorkomen.
  - Er zullen verschillen ontstaan tussen cliënten en wijken in het soort zorg dat geboden wordt.
- Door een proactieve houding van wijkteams is het mogelijk om zo vroeg mogelijk zorgwekkende situaties te signaleren en preventief in te grijpen. Het werkt lastenverlagend als wijkteams zowel de taak van lokale toegangspoort kunnen uitvoeren als wel de ondersteuning kunnen coördineren.
- Kennis kan niet altijd voorondersteld worden. Gemeenten moeten erop toezien dat in de opleidingsprogramma van wijkprofessionals voldoende aandacht wordt geschonken aan het feit dat soms specifieke deskundigheid is vereist om een goede beoordeling uit te voeren, bijvoor-

beeld op het gebied van NAH en jeugd GGZ. In moeilijke gevallen (ongeveer 20%) is er extra aandacht nodig en is het beter als doorverwezen wordt naar deskundigen.

Toegankelijkheid en ICT

- Voorbeelden van gebruiksvriendelijke ICT:
  - "Eigen kracht wijzer"
    - Met dit instrument kunnen burgers hun ondersteuningsvraag zelf online verduidelijken en vervolgens direct stellen. Het vraagt burgers om eerst te kijken naar de eigen middelen en het eigen netwerk, daarna wordt automatisch contact gelegd met de sociale wijkteams.
  - "Mijn eigen buurt"
    - Een digitaal netwerk per buurt.
  - "Digitaal Leefplein"
    - Dit digitale domein heeft een ondersteunende rol in het samenbrengen van spelers in de zorg en het sociale domein en brengt relevante informatie voor cliënten op één punt samen.
  - "VraagWijzer"
    - Een digitaal en fysiek centrum waar professionals informatie en advies geven, zorgbehoeftes signaleren, en aanvragen voor zorg en ondersteuning verwerken.

Informatie-uitwisseling

- Er is veel contact tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Alle zorgverzekeraars zijn in gesprek met gemeenten. Ook zijn er veel convenanten besproken, bijvoorbeeld over wanbetalers. Zorgverzekeraars wijzen een 1 op 1 relatie tussen iedere zorgverzekeraar en iedere gemeente echter af, dit zou te veel capaciteit kosten.
  - De samenwerkingsverplichting tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan daarom niet eenzijdig worden belegd bij gemeenten.
- Bij gemeenten ontbreekt nu het zicht op de (individuele) cliënten nog. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld niet de koppeling leggen tussen cliënten en zorginstellingen en dat is wel nodig met het oog op de inkoop voor 2015 en verder. Dit leidt er toe dat veel gemeenten in de toeloop naar de stelselwijziging aanbieders zelf benaderen met de vraag om inzage te geven in de productieafspraken met het zorgkantoor.
- In de toeloop naar de stelselwijziging zal het vooral zaak zijn dat gemeenten op werkbezoeken gaan om een beeld te krijgen wat een bepaald ziektebeeld precies inhoudt en welke ondersteuning iemand nodig heeft. Alleen informatie over aantallen is niet genoeg voor gemeenten om de nieuwe ondersteuningstaken uit te voeren, zij moeten ook kennis en ervaring opbouwen om te zien wat er achter de data zit.

Inkoop door gemeenten

- In de overgangssituatie zal er voornamelijk ingekocht worden op basis van historische volumes. Een optie die gemeenten overwegen is om de inkoop te doen voor een termijn van 2 jaar met de mogelijkheid van tussentijdse aanpassingen. Het inkoopproces vereist veel werk en de verwachting is dat er in de transitiefase in 2015 nog zo veel gedaan moet worden dat sturingsinformatie voor de inkoop voor 2016 niet op tijd beschikbaar zal zijn.
- Gemeenten hebben verschillende mogelijkheden om de inkoop te organiseren. Zo zouden de bekostiging van de algemene en collectieve voorzieningen via subsidies kunnen plaatsvinden. De maatwerkvoorzieningen kunnen via aanbestedingen geregeld worden. De voorkeur gaat uit naar aankopen via subsidies, aangezien aanbestedingen zorgen voor meer administratieve lasten en financiële risico's voor aanbieders.
- Elk wijkteam kan een budget worden toegewezen op basis van historisch gebruik en het aantal mensen waarvoor een wijkteam verantwoordelijk is. Op de lange termijn kunnen de budgetten van wijken worden samengesteld op basis van de ervaringen en wensen omtrent producten/diensten van wijkteams.
- Gemeenten kunnen onrust en onzekerheid bij aanbieders verminderen en het vertrouwen vergroten door transparant te zijn over de ideeën/denkrichting die de gemeente heeft over het ondersteuningsbeleid en aan te geven welke zaken al besloten zijn en wat nog open ligt.
  - Wanneer er beslissingen worden genomen, maak dan als gemeente ook altijd duidelijk wat de redenering daarachter is en wat de verwachtingen zijn voor de toekomst.

Afspraken tussen zorgaanbieders

- Zorgaanbieders zijn voorzichtig om met elkaar samenwerkingsverbanden aan te gaan, want er bestaat veel onduidelijkheid over de ACM.
  - Afspraken tussen zorgaanbieders mogen alleen als de ketenzorg op die manier beter wordt ingericht; niet als er prijsafspraken worden gemaakt.
  - Indien gemeenten expliciet vragen om een samenwerkingsverband tussen aanbieders, dan is gezamenlijk optreden wel mogelijk. Aanbieders zouden bijvoorbeeld een basisstandaard kunnen afspreken en als gemeenten meer willen dan moeten zij hiervoor betalen, d.w.z. dan wordt de zorg duurder.
  - Het probleem van aanbieders bestaat er momenteel uit dat gemeenten zich niet uitspreken voor of tegen samenwerking en dat aanbieders daardoor lange tijd onnodig om elkaar heen blijven draaien.

5 Nieuwe situatie

5.1 Beschrijving van de nieuwe situatie

Ondersteuning in de Wmo 2015

Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk voor het opstellen van algemene voorzieningen voor mensen die maatschappelijke hulp nodig hebben ter ondersteuning van hun participatie en zelfredzaamheid. Daarnaast zullen maatwerkwerkvoorzieningen georganiseerd moeten worden voor mensen voor wie hun eigen kracht, ondersteuning vanuit het sociale netwerk en de algemene voorzieningen niet voldoende zijn. De gemeente heeft hierbij een resultaatverplichting; de compensatieplicht vervalt. Voor cliënten die aangewezen zijn op een maatwerkvoorziening is het belangrijk om zeggenschap te hebben over de uitvoering van de ondersteuning. Zij hebben het recht om te kiezen voor een pgb (dit geldt ook voor de jeugdzorg) indien zij voldoen aan de gestelde voorwaarden. De cliënt mag motiveren of de zorg in natura passend is in zijn of haar situatie. Wel mag een gemeente een aanvraag voor een pgb weigeren als de kosten van dit budget hoger zijn dan die van een maatwerkvoorziening. Voor de uitvoering van de pgb zal gebruik worden gemaakt van trekkingsrechten. De gemeente bepaalt zelf of cliënten voor ondersteuning uit algemene voorzieningen een (eigen) bijdrage betalen. Voor de vaststelling en inning van de eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen ligt de centrale verantwoordelijkheid bij het CAK, zodat cumulatie van (eigen) bijdragen voor voorzieningen voorkomen kan worden.

De kwaliteitseisen en keurmerken die zijn vastgelegd in de Kwzi, Wkcz en de Wmcz zijn niet van toepassing op de maatschappelijke ondersteuning, omdat beoogt is om sociale problematiek te *demedicaliseren* en verantwoordelijkheden te decentraliseren aan gemeenten. Gemeenten moeten in een verordening opnemen welke eisen zij stellen aan de kwaliteit van voorzieningen en hoe daarop het toezicht wordt uitgeoefend. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor het stellen van regels omtrent klachtrecht, goed bestuur en medezeggenschap van cliënten bij aanbieders. Bij het stellen van kwaliteitseisen kunnen gemeenten aansluiten bij landelijke professionele kwaliteitstandaarden. De gemeente kan deze standaarden nader uitwerken en aanvullen met lokale kwaliteitseisen.

Zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekeringswet regelt dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt verzekerd is voor geneeskundige zorg. De wet verplicht mensen om een basisverzekering af te sluiten. De zorg die onder de Zvw valt heeft een medisch karakter en is gericht op genezing, behandeling en verpleging. De extramurale verpleging en persoonlijke verzorging, die eerst onderdeel waren van de AWBZ, zullen in de toekomst onder de aanspraak wijkverpleging vallen in de Zvw. De reden om niet alleen de verpleging, maar ook de persoonlijke verzorging onder de Zvw te plaatsen is dat persoonlijke verzorging nauw verbonden is met verpleging. In het geval dat persoonlijke verzorging samenhangt met begeleiding of ondersteuning bij ADL, dan valt die verzorging onder de Wmo. Ook de Intensieve kindzorg (IKZ, voor ernstig zieke kinderen) en extramurale zorg gemoeid met de palliatief terminale zorg vallen ander wijkverpleging. Daarnaast gaat de intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling van de AWBZ naar de Zvw.

Zorg aan kinderen tot en met 18 jaar in de Jeugdwet

De jeugdzorg zal vanaf 2015 helemaal zijn ondergebracht bij de gemeenten, waarvan verwacht wordt dat ze beter in staat zijn om maatwerk te leveren en integrale ondersteuning te bieden aan kinderen en gezinnen waarin verbinding wordt gelegd met zorg, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. Binnen deze nieuwe stelselwet zal er meer nadruk worden gelegd op preventie, eigen kracht en het demedicaliseren van de zorg.

Langdurige zorg in de Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) dient als vangnet voor mensen die vanwege een somatische, psychogeriatrische, of psychische beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap niet meer zelfredzaam kunnen zijn, maar blijvend behoefte hebben aan zorg. Er zijn twee criteria voor aanspraak op de Wlz: mensen met deze beperkingen of handicap hebben permanent toezicht nodig ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel, of ze hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig om ernstig nadeel te voorkomen. Deze criteria gelden ongeacht de leeftijd van de persoon. Het CIZ is verantwoordelijk voor het bepalen van de toegang tot de Wlz. Doordat de Wlz gericht zal zijn op mensen die blijvend zorg nodig hebben, worden indicatiestellingen afgegeven met een onbeperkte geldigheidsduur. Bovendien zullen in de Wlz zorgprofielen opgesteld worden, gericht op de wensen, behoeften en mogelijkheden van cliënten en worden zorgzwaartepakketen alleen nog gebruikt als bekostigingsinstrument. Het CIZ krijgt de rol van strenge poortwachter met additionele taken op het gebied van fraudebestrijding.

In de Wlz kunnen mensen geen aanspraak meer maken op extramurale zorg met losse functies en klassen. In plaats daarvan hebben cliënten recht op een integraal pakket aan zorg in combinatie met verblijf. Deze zorg kan o.a. bestaan uit verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging en verpleging, begeleiding, behandeling, hulpmiddelen en woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar. De samenstelling van de zorg hang af van de wensen, mogelijkheden en behoeften van een cliënt en zal worden vastgelegd in een zorgplan. Mensen die recht hebben op Wlz-zorg kunnen kiezen uit drie typen langdurige zorg: zorg in natura (verblijf), Volledig Pakket Thuis (VPT[8]), en het persoonsgebonden budget (pgb[9]). In de nieuwe situatie wordt het pgb vormgegeven als een trekkingsrecht. Het budget zal niet meer op de bankrekening van budgethouders worden gestort, maar worden beheert door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Zij zullen ook de betalingen doen aan de gecontracteerde zorgverleners. De administratieve lasten van de verantwoording van het budget zullen hiermee verdwijnen voor budgethouders. Daarnaast maakt het trekkingsrecht het mogelijk om oneigenlijk gebruik van het pgb tegen te gaan doordat betalingen aan zorgverleners vooraf gecontroleerd kunnen worden. Zorgverzekeraars zullen rechtspersonen oprichten, de lz-uitvoerders, die per zorgregio contracten afsluiten met zorgaanbieders. Dossierinformatie zal door zorgkantoren, verzekeraars en het CIZ aan de lz-uitvoerders worden overgedragen. De Wlz heeft een beperktere doelgroep, waardoor het niet langer efficiënt is om te werken met 32 regio's en 32 regionale contracteerruimtes. Daarom zullen deze regio's op termijn worden opgeschaald. In de Wlz is opgenomen – overeenkomstig de AWBZ – dat er meerjarige zorginkoopcontracten kunnen worden gesloten (voor een termijn van maximaal 5 jaar).

[8] De woonruimte is van de cliënt en de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het bieden en organiseren van alle zorg.

[9] De cliënt woont thuis en is zelf verantwoordelijk voor het contracteren van zorgverleners.

De belangrijkste kenmerken van de nieuwe situatie zijn:

- Wet langdurige zorg (Wlz)
  - De Wlz geldt voor de zware ouderen-, gehandicapten, en geestelijke gezondheidszorg. Om een indicatie te krijgen hebben mensen of permanent toezicht nodig of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig.
  - Mensen kunnen kiezen voor zorg in natura (verblijf), Volledig Pakket Thuis (VPT), en het persoonsgebonden budget (pgb). Voor het pgb worden voor de Wlz, Wmo en Jeugdwet trekkingsrechten ingevoerd.
  - Het CIZ is verantwoordelijk voor de indicatiestelling, en indicaties worden voor onbepaalde tijd afgegeven. Er zal worden gewerkt met zorgprofielen. Het CIZ krijgt een stevige poortwachtersrol.
  - Lz-uitvoerders zullen de onderhandelingen uitvoeren met zorgaanbieders.
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)
  - De Wmo is gericht op het bevorderen van participatie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen. Uitgangspunt is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen: de benodigde zorg en ondersteuning wordt zo dicht mogelijk en zo licht mogelijk geregeld.
  - Gemeenten worden verantwoordelijk voor ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie en van mantelzorgers, voor beschermd wonen en opvang, en cliëntondersteuning.
  - Er wordt een groter beroep worden gedaan op de eigen kracht van mensen. Het sociale netwerk van mensen wordt actief aangesproken.
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
  - De Zvw richt zich op zorg met een medisch karakter, gericht op genezing, behandeling en verpleging.
  - De aanspraak wijkverpleging met de functies verpleging en persoonlijke verzorging, intensieve kindzorg en extramurale palliatief zorg zal onder de Zvw vallen. Daarnaast gaat de intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling van de AWBZ naar de Zvw.
- Jeugdwet
  - De jeugdzorg zal helemaal zijn ondergebracht bij de gemeenten.

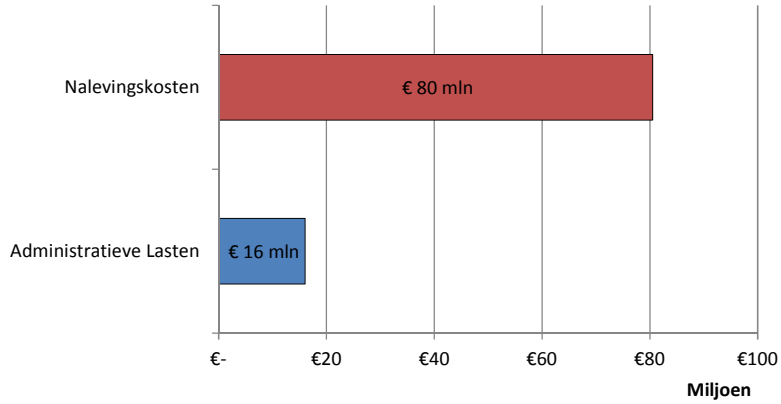
5.2 Berekening regeldruk nieuwe situatie

Een berekening met het standaardkostenmodel laat zien dat de regeldruk van de Wlz in de nieuwe situatie circa 47,8 miljoen euro bedraagt. Daarnaast zal vanwege deze stelselwijziging en de overheveling van taken de regeldruk bij de andere domeinen met circa 48,7 miljoen euro toenemen.

Regeldruk nieuwe situatie	Administratieve Lasten	Nalevingskosten
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 11.415.531	€ 36.389.909
Wmo 2015	€ 1.083.212	€ 14.471.860
Zw	€ 3.364.628	€ 27.854.946
Jeugdwet	€ 179.550	€ 1.767.510
Totaal	**€ 16.042.921**	**€ 80.484.225**

Tabel 5.2.1. Berekening regeldruk nieuwe situatie

Onderstaande figuur geeft de onderverdeling van de regeldruk weer in AL en NK.



Figuur 5.2. Onderverdeling regeldruk nieuwe situatie tussen AL en NK

In onderstaande tabellen is de verhouding tussen AL en NK weergegeven.

Regeldruk nieuwe situatie	AL Burger	NK Burger
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 2.071.911	€ 5.139.960
Wmo 2015	€ 423.635	€ 479.693
Zw	€ 517.635	€ 1.035.270
Jeugdwet	€ 38.475	€ 102.600
Totaal	**€ 3.051.656**	**€ 6.757.523**

Tabel 5.2.2. Verhouding tussen AL Burger en NK Burger.

Regeldruk nieuwe situatie	AL Zorgaanbieders	NK Zorgaanbieders
Wetgeving	**(€)**	**(€)**
Wlz	€ 9.343.620	€ 31.249.949
Wmo 2015	€ 659.578	€ 13.992.167
Zw	€ 2.846.993	€ 26.819.676
Jeugdwet	€ 141.075	€ 1.664.910
Totaal	**€ 12.991.265**	**€ 73.726.702**

Tabel 5.2.3. Verhouding tussen AL zorgaanbieders en NK zorgaanbieders.

Toelichting bij de berekening

Bij de berekening is gekeken naar vier wetten (Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet) en vier thema´s (toegang, zorglevering, financiering en toezicht). Voor elk van deze wetten en thema´s zijn de (informatie)verplichtingen geïdentificeerd voor burgers en zorgaanbieders (bijvoorbeeld indicatieverzoek indienen bij CIZ, melden start en einde zorglevering, etc.). Vervolgens zijn de *structurele* (administratieve) handelingen of activiteiten bepaald die moeten worden verricht om te voldoen aan deze (informatie)verplichtingen. Voor elk van deze (administratieve) handelingen of activiteiten is nagegaan hoeveel tijd of geld dit burgers of zorgaanbieders kost (P). Ook is nagegaan hoe vaak een (administratieve) handeling of activiteit wordt verricht (Q). Gegevens zijn – zoveel mogelijk - op cliëntniveau ontsloten, zodat gevolgd kan worden wat er met cliënten gebeurd die in de huidige situatie AWBZ zorg ontvangen maar die in de nieuwe situatie 1) zorg ontvangen op grond van de Wlz, 2) ondersteuning krijgen op grond van de Wmo 2015, 3) zorg ontvangen op grond van de Zvw, of 4) zorg ontvangen op grond van de Jeugdwet. De regeldruk is berekend door P te vermenigvuldigen met Q.

In onderstaande tabel is het aantal cliënten per wet weergegeven.

Kerncijfers	
Wlz	Cliënten[10]
Intramuraal GZ Intramuraal VV Intramuraal GGZ (Motie Bergkamp/Keijzer)	113.860 183.020 12.000
Wmo 2015	Cliënten[11]
Ondersteuning (voorheen AWBZ BGI-sec) Ondersteuning (voorheen AWBZ BGG-sec) Ondersteuning (voorheen AWBZ BGI+BGG (sec)) Ondersteuning (voorheen AWBZ KVB)	49.577 16.011 8.760 5.601
Zvw	Cliënten
Intramuraal GGZ PV-sec VP-sec PV-VP BH(+PV/VP) BGI+PV/VP/BH BGG+PV/VP/BH BGI+BGG(+PV/VP/BH)	34.770 161.900 29.150 38.370 9.835 29.855 25.615 15.595
Jeugdwet	Cliënten
BGI+BGG (sec) KVB (+PV/VP/BH/BGI/BGG) PV-sec	8.700 2.800 5.600

Tabel 5.2.4. Uitsplitsing Q nieuwe situatie op cliëntniveau.

[10] De omvang van deze groep cliënten zal uiteindelijk lager uitvallen omdat beleid wordt gevoerd op zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Meer mensen dan nu zullen op termijn in staat worden gesteld om met ondersteuning en zorg thuis te blijven wonen. Een afname met 60% is niet onredelijk (bron: Notitie “Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg”). De transitie zal echter enkele jaren in beslag nemen (tenminste tot 2018). De scope van dit onderzoek is echter afgebakend tot het overgangsjaar 2015 en de nieuwe situatie in 2016 met als doel het zichtbaar maken van de incidentele en structurele lasten. Niet alle lange termijn effecten van de stelselwijziging kunnen hierdoor worden meegewogen.

[11] Door bewust beleid (d.w.z. door in te zetten op algemene voorzieningen en het sociale netwerk van cliënten) neemt het aantal cliënten dat ondersteuning van de gemeente krijgt in de vorm van een maatwerk voorziening op termijn naar verwachting af. De nieuwe Wmo waarborgt dat algemene voorzieningen van goede kwaliteit zijn. Door goede alternatieven te bieden vermindert de consumptie van maatwerk voorzieningen, er is in dit geval sprake van vermindering van regeldruk omdat bewust beleid leidt tot minder gebruik.

5.3 Observaties nieuwe situatie: het beperken van structurele regeldruk

In deze sectie wordt gekeken wat gedaan kan worden om de structurele lasten in het nieuwe stelsel voor langdurige zorg te beperken.

Geen aanvraagformulieren, maar een gesprek

- Gemeenten krijgen in de Wmo meer mogelijkheden om burgers met een beperking te helpen met algemene en collectieve voorzieningen (in plaats van met individuele voorzieningen). Het creëren van meer algemene voorzieningen en het beter toegankelijk maken van algemene voorzieningen voor mensen met een beperking zal naar verwachting een administratieve lastenreductie opleveren.
- In het verleden moest een burger een formulier invullen om een maatwerk voorziening aan te vragen. Deze papieren rompslomp verdwijnt. In plaats daarvan gaat de gemeente met de burger in gesprek. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen burgers die al bekend zijn bij de gemeente en burgers die nog niet bekend zijn:
  - Burgers die nog niet eerder in contact zijn geweest met de gemeente krijgen in principe allemaal een gesprek, tenzij het direct duidelijk is dat het een eenvoudige en enkelvoudige vraag betreft.
  - Bij een burger die al in beeld is bij de gemeente wordt gekeken of zijn situatie substantieel veranderd is of niet. Als er sprake is van een nieuwe ondersteuningsvraag van de burger krijgt hij (opnieuw) een gesprek.
- Het doel van het gesprek is het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte met het oog op één of meer te bereiken resultaten en de oplossingen die daarbij passen, inclusief de eigen mogelijkheden[12].
- In het gesprek wordt samen gekeken naar de gezinssituatie, naar wat iemand wil en (nog) kan, naar wat de sociale omgeving kan betekenen, etc. Als duidelijk is dat iemand niet zelfredzaam is door bijvoorbeeld een zware handicap, dan zal de oplossing in een of meerdere individuele voorzieningen uit de Wmo gezocht worden (zeker wanneer duidelijk is dat iemand het eigen leven of huishouden niet zelf kan organiseren). Maar wanneer iemand wél in staat is om zijn of haar leven te organiseren, dan wordt in het gesprek gezocht naar passende oplossingen.
- Er zijn 8 uitgangspunten die de basis vormen van het gesprek, te weten[13]:
  - Iedere burger kan wonen in een schoon en leefbaar huis.
  - Iedere burger kan wonen in een voor hem/ haar geschikt huis.
  - Iedere burger kan beschikken over goederen voor primaire levensbehoeften.
  - Iedere burger kan beschikken over schone, draagbare en doelmatige kleding.
  - Iedere burger kan thuis zorgen voor kinderen die tot het gezin behoren.
  - Iedere burger kan zich verplaatsen in, om en nabij het huis.
  - Iedere burger kan zich lokaal verplaatsen per vervoermiddel.
  - Iedere burger heeft de mogelijkheid om contacten te hebben met medemensen en deel te nemen aan recreatieve, maatschappelijke of religieuze activiteiten.
- Door deze 8 uitgangspunten te hanteren is het startpunt van het gesprek meer open. Niet een bepaalde voorziening staat centraal, maar het probleem waar de burger tegen aan loopt. Als

[12] Bron: VNG "Het Gesprek Deel I: Bouwsteen voor de nieuwe modelverordening Wmo."

[13] Bron: VNG in samenwerking met de CG-Raad en CSO.

iemand problemen heeft met een of meerdere van de uitgangspunten, dan wordt samen met de burger gezocht naar passende oplossingen:

- In de eerste plaats wordt gekeken naar wat de burger zelf kan doen om zich voor te bereiden op problemen die ons allemaal te wachten staan. Men kan zelf tijdig maatregelen treffen om problemen te voorkomen die men van te voren ziet aankomen.
- In de tweede plaats wordt gekeken naar oplossingen in de eigen omgeving ofwel het netwerk van de burger. Familie, buren of vrienden kunnen praktische hulp leveren of (zorg)taken verrichten. De hoeveelheid en het soort 'helpers' rondom iemand heen kan versterkt worden. Wellicht kan een vrijwilliger(sorganisatie) iets betekenen.
- In de derde plaats wordt gekeken naar algemeen toegankelijke voorzieningen die voor een (gedeeltelijke) oplossing kunnen zorgen. Bijvoorbeeld de wasserette, een schoonmaker, de maaltijdservice, of een boodschappendienst. Maar ook buurthuisactiviteiten, sportfaciliteiten, de servicebus en de taxi.
- In de vierde plaats wordt gekeken naar bestaande voorzieningen, die eigenlijk voor meer behoeftige mensen in het leven geroepen zijn. Wanneer zo'n voorziening een (gedeeltelijke) oplossing biedt, dan mag een burger daar soms tegen betaling gebruik van maken. Een voorbeeld is ouderenvervoer of de huishoudelijke hulp (alfahulp).
- In de laatste plaats wordt gekeken naar individuele voorzieningen. Een individuele voorziening kan bijvoorbeeld een oplossing zijn als er sprake is van een medische of psychische noodzaak, wanneer er sprake is van overbelasting van de mantelzorger(s), of indien er niemand is waarop een burger terug kan vallen. Individuele voorzieningen die de gemeente kan toekennen zijn: huishoudelijke hulp, woningaanpassingen, hulpmiddelen (bijv. rolstoel), vervoer (bijv. scootmobiel), begeleiding, etc.

- Tijdens het gesprek komen iemands mogelijkheden en 'onmogelijkheden' goed in beeld. De burger wordt nauw betrokken bij het organiseren van oplossingen. Er is een hoge mate van tevredenheid over de afhandeling en de passendheid van de oplossingen, en de oplossingen dragen daadwerkelijk bij aan langer zelfstandig wonen en aan meedoen aan de maatschappij. Burgers waarderen de wijze waarop ze tijdens het gesprek worden behandeld[14]. De werkwijze draagt daardoor bij aan het reduceren van de *beleefde lasten* van burgers.
- Van het gesprek wordt een verslag gemaakt dat het totale pakket aan maatwerkoplossingen omschrijft (oplossingen van de burger zelf, oplossingen uit de sociale omgeving, algemene voorzieningen, en/of individuele voorzieningen van de gemeente). De burger heeft de mogelijkheid om te reageren op het gespreksverslag; opmerkingen worden als bijlage toegevoegd. Het gespreksverslag dient meteen als aanvraag. Op basis van het gespreksverslag beoordeelt de gemeente of iemand in aanmerking komt voor een door de gemeente verstrekte individuele voorziening. De werkwijze draagt daardoor bij aan het verminderen van *administratieve lasten* voor burgers.

[14] Dit effect is keer op keer vastgesteld in KTO onderzoeken van Nederlandse gemeenten.

Meerjarige inkoopcontracten

- Het betekent voor Wlz, Zvw, en Wmo zorgaanbieders een lastenverlichting als met meerjarige inkoopcontracten wordt gewerkt.
  - Als er bedden afgebouwd moeten worden of als er investeringen gedaan worden, dan is het belangrijk dat er afspraken worden gemaakt voor een langere termijn, zodat aanbieders meer zekerheid hebben.
  - Mogelijk maken meerjarencontracten het voor banken aantrekkelijker om de (op dit moment) onzekere zorgsector te financieren. Het is daarbij ook van belang dat zorgaanbieders op een voldoende mate worden bevoorschot.
- Ook voor cliënten hebben meerjarige contracten voordelen. Mensen met een beperking, die hun leven lang een beroep moeten doen op zorg en ondersteuning, hebben namelijk behoefte aan vertrouwde gezichten en een vertrouwde aanpak. Dat geeft hen de veiligheid om zich verder te ontwikkelen en grenzen te verkennen.
- De lastenverlichting die met meerjarige inkoopcontracten bereikt kan worden moet echter niet overschat worden, zolang er in Nederland wordt gewerkt met een jaarlijks financieel kader waarin de budgeten en contracteerruimte worden vastgesteld.

Inzet van mantelzorgers en vrijwilligers

- Mantelzorgers worden doorgaans standaard betrokken in het gesprek met cliënten.
- Professionele ondersteuning thuis kan nodig zijn om mantelzorgers te ontlasten en om cliënten en mantelzorger te ondersteunen bij specifieke zorgvragen (bijv. rond gedragsproblemen, accepteren van en omgaan met een handicap).
  - Brede ondersteuning van het huishouden (en de mantelzorger) kan helpen om ervoor te zorgen dat de mantelzorger meer aankan en het langer vol houdt.
- Vrijwilligersbeleid is belangrijk voor het opzetten en organiseren van eigen kracht, maar bezuinigingen kunnen niet worden gerealiseerd door zorgvrijwilligers. Vrijwilligerswerk kan men niet afdwingen of verplichten.
  - Het is zaak om nieuwe systemen te bedenken om vrijwilligers, vrijwilligersorganisaties en cliënten te matchen. Deze transformatie gaat langer duren dan alleen 2015.
- Zorgvrijwilligers kunnen nooit een volledige vervanging zijn van professionele zorg. Het is belangrijk realistisch te zijn over de inzet van zorgvrijwiligers.

Regionale samenwerking

- Gemeenten hebben de mogelijkheid om zelf te bepalen welke Wmo voorzieningen zij lokaal, bovenlokaal en regionaal willen organiseren. Gemeenten benutten deze mogelijkheden en hebben daartoe 43 Wmo regio's gevormd.
- Regionale samenwerking van gemeenten en gezamenlijk inkopen kan veel uitmaken bij het voorkomen van regeldruk voor zorgaanbieders.
- Diverse gemeenten hebben al ervaring opgedaan met regionale samenwerking voor de inkoop. Om regionale samenwerkingsverbanden te stimuleren kan deze opgedane en beschikbare expertise actief gedeeld worden met andere gemeenten.
  - Denk daarbij aan best practices op het gebied van:
    - Initiatie van regionaal wethouder overleg en de te volgen processtappen.
    - Detachering van deskundige en gespecialiseerde ambtenaren bij een regionaal team om de zamenlijke beleidsvoorbereiding en inkoop te realiseren.
    - Samenwerkingsverbanden laten aansluiten bij de zorgregio, vanwege de schaal is het dan gemakkelijk om met de concessiehouder overleg te voeren.
    - Inrichten van lokale toegangspoorten (naar voorbeeld van sociale wijkteams) met regionale contractering en inkoop.
    - Onderscheid maken tussen producten die lokaal geregeld en gecontracteerd worden (zoals inloop, ontmoeting, of dagopvang), producten die regionaal worden ingekocht en lokaal worden georganiseerd (zoals begeleiding), en tenslotte producten die regionaal worden ingekocht en regionaal worden georganiseerd (zoals beschermd wonen).
    - Omgaan met de uitdaging om de eigen identiteit en inspraak als lokale gemeente te bewaren, en toch taken als zorginkoop over te dragen aan de regio.
    - Omgaan met de uitdaging van verevening onderling. Deelnemers kopen bijvoorbeeld gezamenlijk in op basis van solidariteit, maar spreken elkaar wel aan op de lokale toegangspoort (zodat anderen niet betalen aan het niet functioneren van de toegangspoort in een bepaalde gemeente).

Woonplaatsbeginsel

- Het is nog onduidelijk hoe de lasten tussen gemeenten verdeeld worden. In de Jeugdwet is het woonplaatsbeginsel opgenomen, in de ondersteuning voor volwassenen is dat niet zo. Kleine gemeenten met voorzieningen met een grote aantrekkingskracht zijn daardoor financieel kwetsbaar. Dit is een aandachtspunt.
  - Het is bijvoorbeeld onduidelijk hoe gemeenten om zullen gaan met verhuizende mensen. Er is gekozen voor landelijke toegankelijkheid, niet voor het woonplaatsbeginsel i.v.m. de keuzevrijheid voor de cliënt. Het risico bestaat dat dit leidt tot extra lasten voor zorgaanbieders en burgers. Het gaat daarbij om de volgende vragen:
    - Zullen gemeenten eisen stellen aan het aantal jaren dat mensen in de gemeente moeten wonen om zorg te ontvangen?
    - Wat gebeurt er als mensen in een gemeente (gaan) wonen, omdat daar de juiste zorg voor hen is? Valt het budget van de zorg dan onder de oorspronkelijke woonplaats of onder de nieuwe vestigingslocatie?

Standaardisatie

- Gemeenten kijken overwegend positief aan tegen het ontwikkelen van *landelijke standaarden* voor gegevensuitwisseling en declaratieverkeer, als dit het doel heeft om onnodige regeldruk voor alle partijen te voorkomen.
- Het risico bestaat dat als er door de 403 gemeenten niet gestandaardiseerd wordt de lasten voor zorgaanbieders enorm stijgen. Als iedere gemeente eigen eisen stellen op het gebied van administratie (inclusief verantwoording, kwaliteit, en declaratie) kan dit een enorme lastenverzwaring betekenen voor zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben hier niet de capaciteit voor en de hoge kosten die dit met zich mee zou brengen zouden niet samen gaan met de geplande bezuinigingen en ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van zorg.

Verantwoordingseisen van gemeenten

- Gemeenten hebben het voornemen om het budget vooral in te zetten om mensen ondersteuning te bieden en willen bureaucratie en overmatige controle tegengaan.
- In de langdurige zorg bestaan veel controle mechanismen en verantwoordingseisen omdat zorgkantoren de cliënt niet kennen. Gemeenten kennen cliënten wel. Zij bepalen de toegang tot voorzieningen zelf en kunnen daardoor in principe toe met minder verantwoordingseisen.
- Verantwoordingseisen verhogen de kosten van zorg. Uiteindelijk is het een kostenvraagstuk. Door terughoudendheid te betrachten in de eisen die gesteld worden aan zorgaanbieders kan de zorg goedkoper geleverd worden. Dit is één van de knoppen waar gemeenten aan kunnen draaien om de bezuinigingstaakstelling te realiseren. Gemeenten kunnen de lasten van zorgaanbieders beperken, en daardoor het tarief per klant verlagen, door:
  - zelf klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren.
  - zelf een gezamenlijke onafhankelijke klachtencommissie in te stellen.
  - de flexibele inzet van zorgaanbieders toe te staan.
  - te sturen op outcome (niet verantwoording van uren).
  - klanten een belang te geven om zorg zuinig in te zetten door inzicht te bieden in de zorgdeclaratie en transparant te zijn over de samenhang met de eigen bijdrage.
  - de facturatie en declaratie te laten aansluiten bij de Wlz (AZR).
  - sterk in te zetten op het belang van innovatie.
    - ERAI toont aan dat zorgaanbieders zelf ook een slag kunnen slaan om de eigen professionals met minder regeldruk op te zadelen. Vaak is het interne planning of controle die regeldruk oplevert. Een voorbeeld is dat er soms van zorgaanbieders verwacht wordt dat ze op 5 minuten nauwkeurig aangeven hoe lang ze bij een klant geweest zijn en welke zorg ze geleverd hebben. Ook wordt er nog gewerkt met papieren werkbriefjes. Er wordt nu nog weinig creatief nagedacht over de administratieve praktijken in de zorg. De neiging is om alles te registeren, terwijl de administratie ook op een andere manier ingericht kan worden. Dit betekent dat zorgaanbieders zelf nog een slag kunnen maken op het gebied van efficiency.
- Met bovenstaande maatregelen kunnen gemeenten de regeldruk reduceren voor zorgaanbieders die alleen ondersteuning leveren. Voor hen betekent dit een merkbare lastenverlichting waardoor de organisatie toekomt met minder overhead en een meer platte structuur. Dit geldt niet voor zorgaanbieders die naast ondersteuning ook Wlz zorg leveren. Voor hen zal dit geen merkbare lastenverlichting opleveren aangezien het onwaarschijnlijk is dat de zorgkantoren vergelijkbare eisen bij het zorginkoopproces laten vallen.

Verantwoordingseisen van het Rijk

- Het is nog onduidelijk hoe het Rijk verantwoording van gemeenten gaat vragen. Als dit op het niveau van cliënten zal gebeuren, dus op dossierniveau, dan betekent dat hoge administratieve lasten en regeldruk voor gemeenten, zorgaanbieders en cliënten.

Betalingsgedrag gemeenten

- De betalingstermijn van de gemeente is standaard maximaal.
  - Omdat niet ieder proces even soepel loopt, betekent dat direct termijnoverschrijding als er ergens in de betalingsketen een probleem is. De complexiteit van het betalingsproces is bij de gemeente groter dan bij een zorgverzekeraar. Daar komt bij dat prioriteit doorgaans uitgaat naar beleidsgevoelige zaken en niet naar procesbeheer.
- Het risico bestaat dat zorgaanbieders worden geconfronteerd met een betalingsgat dat zij zelf moeten overbruggen. Zorgaanbieders zijn daarom nu al reserves aan het opbouwen. Kleine zorgaanbieders kunnen een eventueel betalingsgat waarschijnlijk niet financieel overbruggen.

Bestuurlijke verantwoordelijkheid

- Voor zorgaanbieders die werkzaam zijn in verschillende gemeenten bestaat er het risico dat individuele gemeenten andere eisen gaan stellen met betrekking tot kwaliteit, verantwoording of materiële controle. Gemeenten krijgen beleidsvrijheid bij de decentralisaties. Indien elke gemeente verantwoording wil op het niveau van het eigen initiatief of project i.p.v. op bijvoorbeeld het niveau van de organisatie, dan moeten zorgaanbieders hier extra capaciteit voor vrij maken (en het is waarschijnlijk dat dit ook zal leiden tot hoge accountancy kosten). Het tarief waartegen voorzieningen worden ingekocht gaat hierdoor omhoog. Gemeenten hebben er dus geen belang bij om deze lasten op zorgaanbieders te laten rusten: de zorg wordt immers duurder. Het is ook niet nodig, omdat gemeenten, i.t.t. zorgkantoren, een goed beeld hebben van de cliënt en het resultaat van ondersteuning.
  - Overwegingen van gemeenten om toch extra gegevens uit te vragen aan zorgaanbieders hangen samen met de bestuurlijke verantwoordelijkheid.
    - Het kan zijn dat een gemeenteraad extra gegevens wenst van een wethouder om het beleid bij te kunnen sturen.
    - Het kan ook zijn dat bestuurders het risico willen beperken dat een voorziening een financiële strop wordt.
    - Tenslotte bestaat het reële risico dat bestuurders worden gedreven door incidenten politiek (bijv. bij misstanden). Het is daarom van belang om als gemeente het gesprek te voeren hoe er in de toekomst met incidenten zal worden omgegaan, voordat er sprake is van een crisis. In het project risico-regelreflex maakt het ministerie van BZK handvaten beschikbaar voor bestuurders over hoe kan worden omgegaan met risico´s en met de regelreflex die daar vaak mee samen gaat.

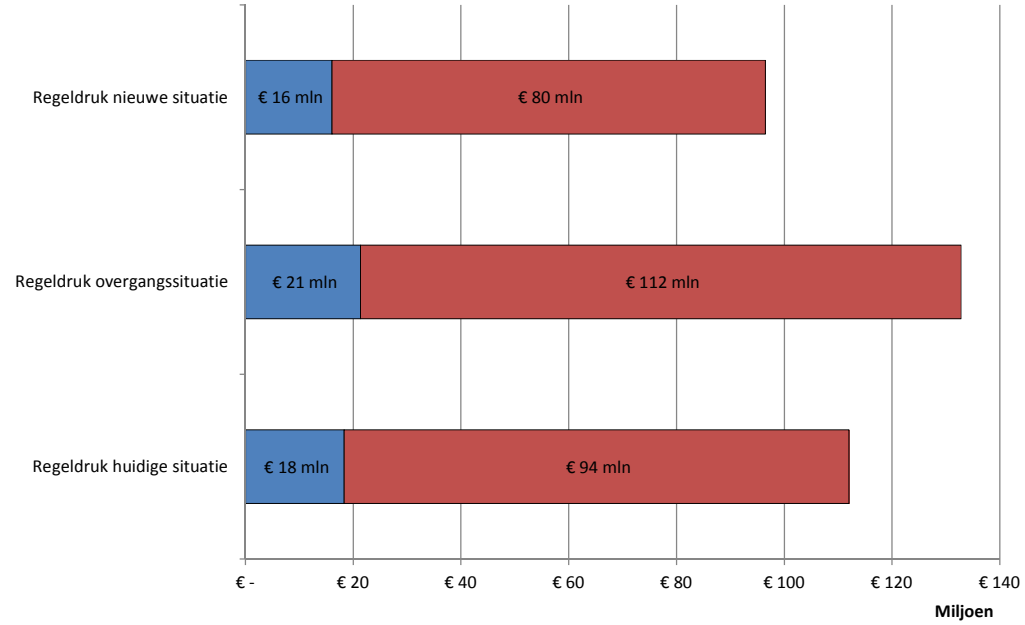
6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

Structurele lastenverlichting

Een berekening met het standaardkostenmodel laat zien dat met de stelselwijziging in de langdurige zorg een structurele lastenverlichting bereikt kan worden van circa 15,5 miljoen euro. Het gaat hierbij om een administratieve lastenverlichting van circa 2,3 miljoen euro en een reductie van de nalevingskosten met circa 13,2 miljoen euro. De structurele lastenverlichting van circa 15,5 euro miljoen kan worden onderverdeeld in circa 9,8 miljoen euro lastenreductie voor burgers en circa 5,7 miljoen euro lastenreductie voor zorgaanbieders.

Onderstaande figuur geeft de verandering van de regeldruk weer.



Figuur 6.1.1 Verandering van de regeldruk.

Oorzaken van vermindering van regeldruk zijn:

- Vereenvoudiging aanvraagprocedure Wmo 2015: integraal gesprek.
- Bewust beleid Wmo 2015: inzetten op algemene voorzieningen en sociaal netwerk.
- Laagdrempelige algemene voorzieningen.
- Afsluiten van meerjarencontracten met zorgaanbieders.
- Trekkingsrechten pgb bij SVB.
- Minder indicatiestellingen Wlz.
- Onbeperkte geldigheidsduur indicatiestelling Wlz.
- Verdwijnen van de gemandateerde indicatiestelling.
- Eenvoudigere berekening eigen bijdrage CAK door overheveling extramurale zorg.
- Minder frequent inzage geven in medische gegevens van cliënten.

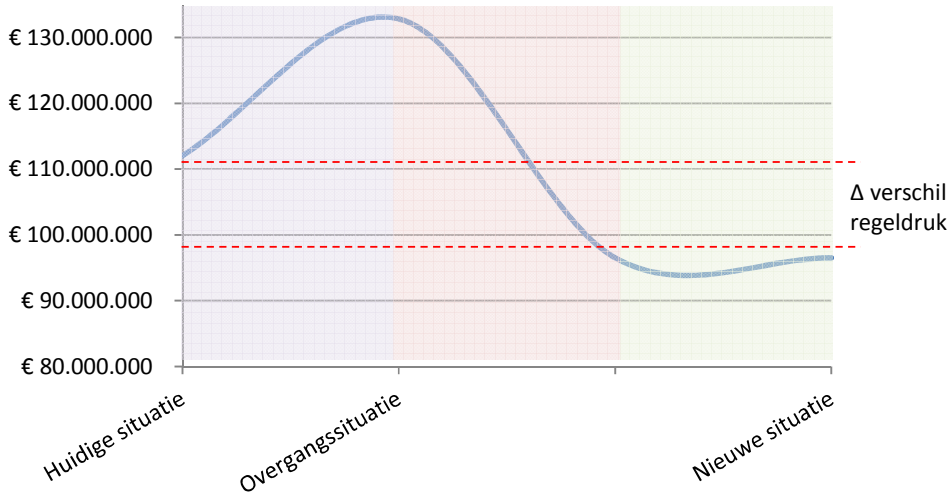
Verloop van de lastenontwikkeling

De regeldruk zal aanvankelijk stijgen als gevolg van de stelselwijziging en de overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wlz, Wmo 2015, Zvw, en Jeugdwet. De stelselwijziging vraagt van alle betrokken partijen dat zij bestaande structuren aanpassen aan de nieuwe situatie en dat zij kennis nemen van het overgangsrecht in de transitieperiode. De overheveling van taken betekent dat clienten en zorgaanbieders in veel gevallen niet langer te maken hebben met zorgkantoren maar met gemeenten en zorgverzekeraars. Deze transitie veroorzaakt incidentele lasten voor burgers en zorgaanbieders. De piek van lasten ligt aan het begin van het transitiejaar 2015. De totale regeldruk in het overgangsjaar zal circa 132,8 miljoen euro bedragen.

Na het overgangsjaar stabiliseert de regeldruk zich. De structurele lasten in de nieuwe situatie zullen circa 96,5 miljoen euro bedragen.

Omdat beleid wordt gevoerd op zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen, en meer mensen dan nu op termijn in staat worden gesteld om met ondersteuning en zorg thuis te blijven wonen, is het waarschijnlijk dat de lasten in de toekomst nog verder afnemen.

Onderstaande figuur geeft het verloop van de lastenontwikkeling weer in de tijd.



Figuur 6.1.2 Verloop van de lastenontwikkeling

6.2 Aanbevelingen

- Het is belangrijk dat gemeenten *beleidsvrijheid* hebben op de *inhoud*, dit maakt innovatie mogelijk en hierdoor kunnen zij meer maatwerk bieden bij ondersteuning. Dit betekent echter niet dat er geen standaarden kunnen worden geformuleerd met betrekking tot de *bedrijfsvoering*. Een zekere mate van standaardisering van de bedrijfsvoering voorkomt dat er na de stelselwijziging net zoveel verantwoordings- en declaratiesystemen bestaan als dat er gemeenten zijn (403). De VNG zou op dit onderwerp de regie moeten nemen en met gemeenten afspraken maken over standaarden (toewijzing, declaratie, verantwoording). Zo kan een grote lastenverzwaring worden voorkomen voor zorgaanbieders.

- Gemeenten hebben diverse mogelijkheden om de lasten van aanbieders te beperken. Door de lasten van aanbieders te beperken kan ook het tarief voor ondersteuning worden verlaagd.
  - De VNG kan *stimuleren* dat gemeenten:
    - terughoudendheid betrachten in verantwoordingseisen;
    - zelf (gebundelde) klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren;
    - een gezamenlijke klachtencommissie voor het sociaal domein instellen;
    - de flexibele inzet van zorgaanbieders toestaan;
    - sturen op outcome (niet verantwoording van uren);
    - cliënten een belang geven om ondersteuning zuinig in te zetten door hen inzicht te bieden in declaraties en transparant te zijn over de samenhang met de eigen bijdrage;
    - de facturatie en declaratie laten aansluiten bij staandaarden;
    - sterk inzetten op het belang van innovatie;
    - een zorgvuldige afweging maken welke voorzieningen zij algemeen inrichten (zonder drempels) welke voorzieningen zij subsidiëren (niet op klantniveau), en bij welke voorzieningen zij maatwerk leveren (in dat geval is registratie nodig voor de eigen bijdrage, zorgvraag, zorgplan, nazorg, etc.).

- De VNG kan gemeenten *stimuleren* om na te denken over (en duidelijk te maken) wat zij van zorgaanbieders verwachten: samenwerking of concurrentie. Zolang gemeenten zich niet uitspreken voor samenwerking of concurrentie blijven zorgaanbieders om elkaar heen draaien.

- ZN en zorgverzekeraars en VNG en gemeenten moeten voorkomen dat er een betalingsgat ontstaat. Leg (verlate) betalingsrisico's niet neer bij zorgaanbieders. Gemeenten kunnen wel prestatieafspraken koppelen aan het betaalgedrag, maar zij kunnen niet van aanbieders verwachten dat zij alle gecontracteerde ondersteuning voorfinancieren. Maak daarom goede afspraken tussen financiers en aanbieders om liquiditeitsrisico's te voorkomen.

- Het ministerie van VWS en de VNG kunnen een belangrijke faciliterende rol spelen in de informatievoorziening over de stelselwijziging. Bij burgers heerst nog veel onduidelijkheid over het recht op zorg en de continuïteit van zorg onder de nieuwe stelselwetten. Gemeenten zouden vaker informatiesessies met burgers kunnen organiseren.

- Voor gemeenten wordt de portefeuille MO veel zwaarder. Het is van belang om als gemeente het gesprek te voeren hoe er in de toekomst met incidenten zal worden omgegaan, voordat er sprake is van een crisis.

- Het ministerie van VWS zou de administratie voor de nieuwe stelselwetten zoveel mogelijk moeten onderbrengen in bestaande systemen zoals ZZP en DBC.

- Gemeenten hebben de mogelijkheid om zelf te bepalen welke Wmo voorzieningen zij lokaal, bovenlokaal en regionaal willen organiseren. Gemeenten benutten deze mogelijkheden en hebben daartoe 43 Wmo regio's gevormd. Regionale samenwerking van gemeenten en gezamenlijk inkopen voorkomt regeldruk voor zorgaanbieders.
  - De VNG kan gemeenten *stimuleren* om regionale samenwerkingsverbanden aan te gaan door beschikbare expertise met gemeenten te delen. Denk daarbij aan best practices op het gebied van:
    - Initiatie van regionaal wethouder overleg en de te volgen processtappen.
    - Detachering van deskundige en gespecialiseerde ambtenaren bij een regionaal team om de zamenlijke beleidsvoorbereiding en inkoop te realiseren.
    - Samenwerkingsverbanden laten aansluiten bij de zorgregio, vanwege de schaal is het dan gemakkelijk om met de concessiehouder overleg te voeren.
    - Inrichten van lokale toegangspoorten (naar voorbeeld van sociale wijkteams) met regionale contractering en inkoop.
    - Onderscheid maken tussen producten die lokaal geregeld en gecontracteerd worden (zoals inloop, ontmoeting, of dagopvang), producten die regionaal worden ingekocht en lokaal worden georganiseerd (zoals begeleiding), en tenslotte producten die regionaal worden ingekocht en regionaal worden georganiseerd (zoals beschermd woonvoorzieningen).
    - Omgaan met de uitdaging om de eigen identiteit en inspraak als lokale gemeente te bewaren, en toch taken als zorginkoop over te dragen aan de regio.
    - Omgaan met de uitdaging van verevening onderling. Deelnemers kopen bijvoorbeeld gezamenlijk in op basis van solidariteit, maar spreken elkaar wel aan op de lokale toegangspoort (zodat anderen niet betalen aan het niet functioneren van de toegangspoort in een bepaalde gemeente).

- Voer de verbetervoorstellen uit die zijn geformuleerd voor zorginkoop in het rapport "Op weg naar minder administratieve lasten, Wet Langdurige zorg" Q-Consult, November 2013[15]:
  - *Vereenvoudig en uniformeer het inkoopbeleid*

    Zorgkantoren kunnen inhoud en wijze van gegevensuitvraag afstemmen met behulp van:
    - een vaste verplichte set instrumenten (methodieken) die de huidige gegevensuitvraag vervangt;
    - vaste formats voor gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren op dezelfde manier worden gehanteerd;
    - vaste stappen in het inkoopproces en de gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren en zorgaanbieders op dezelfde manier worden doorlopen.
  - *Stimuleer het maken van meerjarenafspraken*

    Zorgkantoren kunnen het geüniformeerde inkoopbeleid en -proces zo inrichten dat het meerjarenafspraken ondersteunt:
    - meerjarenafspraken stimuleren structureel investeren en werken aan kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering;
    - het maken van meerjarenafspraken zorgt dat de stappen uit het inkoopproces minder frequent doorlopen worden;
    - het gezamenlijk vaststellen van wat er onder kwaliteit en doelmatigheid wordt verstaan, leidt tot een stabiele basis om te investeren in onder andere kwaliteit van zorg en ketensamenwerking.

[15] In het onderzoek dat is uitgevoerd door Q-consult is een berekening opgenomen van de regeldruk. De resultaten hiervan zijn vergelijkbaar met het voorliggende onderzoek. De raming van de regeldruk is in dezelfde orde van grootte. Enige afwijking is verklaarbaar omdat 1) het onderzoek van Q-consult gericht is op de intramurale V&V en GZ terwijl in het voorliggend onderzoek ook de regeldruk voor GGZ, extramurale zorg, en burgers is meegenomen, 2) het onderzoek van Q-consult gebruik maakt van FTE van aanbieders waardoor het weinig transparant is welk deel van de lasten bedrijfseigen zijn, welk deel door aanbieders zelf wordt veroorzaakt (door interpretatie van beleidsregels), welk deel wordt veroorzaakt door de keten zorgkantoren-zorgaanbieders en welk deel wordt veroorzaakt door het Rijk, in het voorliggend onderzoek is alleen gekeken naar de lasten veroorzaakt door het Rijk, 3) het onderzoek van Q-consult maakt gebruik van een extrapolatiemethode, terwijl in het voorliggend onderzoek gebruik wordt gemaakt van een modelmatige berekening van de regeldruk, en 4) in het onderzoek van Q-consult en het voorliggende onderzoek worden soms andere keuzes gemaakt bij de indeling van activiteiten in administratieve lasten en inhoudelijke nalveingskosten.

Bijlage I: SKM Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg

Zie bijgevoegd Excel bestand

In het Standaardkostenmodel (SKM) is een overzicht opgenomen van de veranderingen in regeldruk voor zorgaanbieders, burgers (cliënten, mantelzorgers en zorgvrijwilligers), zorgverzekeraars/kantoren, en uitvoeringsorganisaties.

De regeldruk voor zorgaanbieders en burgers is gekwantificeerd. Het betreft een berekening op basis van interviews met deskundigen, gesprekken met ervaringsdeskundigen, data uit beschikbare rapportages, literatuurbronnen en aannames. Aan het model zijn bronvermeldingen toegevoegd.

Nr.	Bronvermelding: literatuur gebruikt bij de ontwikkeling van het SKM Regeldruk HLZ
1.	Evaluatie Besluit zorgplanbespreking, Deloitte, 2013
2.	Aanspraak op AWBZ-zorg, CIZ, 2013
3.	VWS Programma vermindering regeldruk, ministerie VWS, 2008
4.	Advies Actal wetsvoorstel langdurige zorg, Actal, 2013
5.	Advies Actal wetsvoorstel Wmo 2015, Actal, 2013
6.	Brancherapportage Jeugdzorg, Jeugdzorg Nederland, 2013
7.	CIZ Basisrapportage AWBZ, CIZ, 2013
8.	Concept Wetsontwerp Langdurige Zorg (Wlz), ministerie VWSW, 2013
9.	Memorie van Toelichting Wlz, ministerie VWS, 2013
10.	Concept Wetsontwerp Maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), ministerie VWS, 2013
11.	Memorie van Toelichting Wmo 2015, ministerie VWS, 2013
12.	Gehandicaptenzorg van AWBZ naar Jeugdwet, VGN, 2013
13.	Hoeveel jeugdigen krijgen zorg in de jeugdzorg?, Nederlands Jeugd Instituut, 2010
14.	Concept Transitieplan Langdurige Zorg, AEF, 2013
15.	Brief VWS aan EK HLZ-113003A (incl. bijlage), ministerie VWS, 2013
16.	Brief VWS aan TK HLZ-113003A (incl. bijlage), ministerie VWS, 2013
17.	Rapportage op weg naar minder AL, Q-consult, 2013
18.	Concept Transitieplan Wmo 2015, AEF, 2013
19.	Hoe werkt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?, ministerie VWS, 2012
20.	Wlz Verwerking van de consultatie van het wetsvoorstel, ministerie VWS, 2013
21.	NZa Nulmeting WALZ, SIRA Consulting, 2007
22.	AL Reductie Kwaliteitsinstituut, SIRA Consulting, 2012
23.	Bedrijfseffectentoets Wetsvoorstel UAZ, SIRA Consulting, 2012
24.	Eindrapport Beginstand AL Burger Kabinet Rutte 1, SIRA Consulting, 2011

25.	CIZ Indicatiewijzer versie 5.0, CIZ, 2012
26.	Jaarrapportage Signaaltoezicht, NZa, 2011
27.	Jaarrapportage Signaaltoezicht, NZa, 2012
28.	Samen leven, samen redzaam; Kadernota transitie AWBZ/Wmo. Lelystad, 2014
29.	Marktscan en beleidsbrief AWBZ, NZa, 2013
30.	Marktscan Extramurale AWBZ, NZa, 2012
31.	Nader rapport inzake het voorstel Wmo 2015, ministerie VWS, 2014
32.	CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor kinderen, CIZ, 2013
33.	CIZ-rapportage voor gemeenten over AWBZ-zorg voor volwassenen, CIZ, 2013
34.	Het persoonsgebondenbudget in de AWBZ, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012
35.	Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling, CIZ, 2013
36.	Overzichtsschema Hervorming Langdurige Zorg: wie, wat, waar en wanneer?, VGN, 2013
37.	Naar een inclusieve samenleving; Visie Wmo 2012-2015, Gooi en Vechtstreek, 2011
38.	Adviezen Wmo raad, Wmo adviesraad Blaricum, 2012
39.	Digitaal leefplein, Gooi en Vechtstreek, 2013
40.	Maatschappelijke zorg Gooi en Vechtstreek 2013-2015, Hilversum, 2013
41.	Overgang Begeleiding Ontwikkelfase, Gooi en Vechtstreek, 2012
42.	CQ-index Hulp bij het Huishouden, NIVEL en Centrum Klantervaring Zorg, 2008
43.	Werkinstructie_landelijke_meting_CQI_HbH, NIVEL en Centrum Klantervaring Zorg, 2008
44.	Impact HLZ op de keten, CVZ, 2013
45.	Goede langdurige zorg: hoe maatwerk de standaard wordt, CVZ, 2013
46.	Landelijke Monitor Intramurale GGZ, Trimbos Instituut, 2012
47.	Position Paper Wmo 2015, GGZNL en RIBW Alliantie, 2014
48.	AO HLZ, Landelijk Platform GGZ, GGZ Nederland, Federatie Opvang, RIBW Alliantie, 2013
49.	Wijkteam Maatschappelijke Ondersteuning en VraagWijzer, Rotterdam, 2013
50.	Voortgang Participatiewet, Rotterdam, 2013
51.	Rotterdamse inkoopstrategie Jeugdhulp, Rotterdam, 2013
52.	Notitie Inkoop Transitie AWBZ – Wmo; Vernieuwen Zorg en Welzijn, Rotterdam, 2013
53.	Decentralisatie AWBZ Rotterdam, Panteia, 2013
54.	Visie op toegang tot activering, welzijn & zorg, Rotterdam, 2013
55.	Voortgangsbrief vernieuwing (jeugd)zorg welzijn en activering, Rotterdam, 2013
56.	Zorg naar gemeenten, AVI-cliëntenmonitor, 2014

Bijlage II: Verklarende woordenlijst

Afkorting of begrip	Toelichting
Algemeen gebruikelijke voorziening	Een voorziening die niet speciaal bedoeld is voor mensen met een beperking, dus ook door anderen gebruikt wordt, algemeen verkrijgbaar is en niet – aanzienlijk – duurder is dan vergelijkbare producten.
Algemene voorziening	Een voorliggende voorziening die weliswaar niet bestemd is voor, noch te gebruiken is door alle personen als bedoeld in artikel 4 lid 1 van de Wmo, maar die anderzijds door iedereen waarvoor de voorziening wel bedoeld is op eenvoudige wijze te verkrijgen of te gebruiken is, zonder een ingewikkelde aanvraagprocedure.
AWBZ	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is in Nederland een verplichtte, collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. AWBZ betaalt de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen zijn de handelingen die mensen in het dagelijkste leven verrichten, zoals eten en zich wassen. De mate dat iemand in staat is om deze handelingen te verrichten kan worden gebruikt om te bepalen in hoeverre deze persoon zelfredzaam is.
BG	Begeleiding houdt in activiteiten die gericht zijn op het stimuleren, behouden of herstellen van de zelfredzaamheid van cliënten. Er zijn twee vormen van begeleiding: individuele en groepsbegeleiding.
BGI	Begeleiding Individueel, zoals thuisbegeleiding.
BGG	Begeleiding Groep, zoals dagopvang voor ouderen.
BH	Behandeling verwijst naar het herstel of voorkomen van de verergering van een bepaalde aandoening (zoals de behandeling van een chronische ziekte), of het aanleren van gedrag of vaardigheden.
CAK	Centraal Administratie Kantoor, een uitvoeringsorganisatie van de Wlz die de eigen bijdragen vaststelt, oplegt en int, en verantwoordelijke is voor het betalen van zorgaanbieders.
Collectieve voorziening	Een voorziening die individueel wordt verstrekt maar die door meerdere personen tegelijk wordt gebruikt, bijvoorbeeld het collectief vraagafhankelijk vervoer.
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg, de uitvoeringsorganisatie die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor de Wlz.
CVZ	College voor Zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor het bevorderen van de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de Zvw en de AWBZ. Het CVZ is ook verantwoordelijk voor de uitleg van het verzekerde pakket. M.i.v. 1 april integreert het CVZ met het Kwlaiteitsinstituut en heet dan Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut Nederland is ook verantwoordelijk voor het bevorderen van kwaliteitsstandaarden.
DBC	De Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg en de jaarlijkse bijbehorende Tarieventabel DBC-zorgproducten regelen het declaratiesysteem en de maximale kosten voor medisch specialistische zorg. Declarabele prestaties worden uitgedrukt in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.
GGZ	De geestelijke gezondheidszorg is een sector van de gezondheidszorg die zich bezighoudt met de psychische gezondheid van mensen.
GZ	De gehandicaptenzorg is een sector van de gezondheidszorg die zich bezighoudt met de zorg aan mensen met een handicap.
Individuele voorziening	Een voorziening die door het college van B&W ten behoeve van één persoon op basis van artikel 4 Wmo wordt verstrekt.
Indicatiestelling	Het vaststellen van de zorgbehoefte door een medewerker van het CIZ.
Herindicatie via taakmandaat	Alle zorgaanbieders zijn sinds begin 2010 door het CIZ 'gemandateerd' om voor bepaalde cliëntgroepen onder bepaalde voorwaarden herindicaties af te geven.

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg is verantwoordelijk voor het controleren en handhaven van de kwaliteit van de zorg.
KVB	Van Kortdurend verblijf is sprake wanneer bijvoorbeeld een gehandicapt kind een aantal dagen in de week in een zorginstelling verblijft. Dit kan bijdragen aan het ontlasten van de ouders die zorg dragen voor het kind. Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid hun zorgtaken even helemaal aan een ander over te laten.
Mantelzorg	Langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt.
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is een verzamelnaam voor alle letsels aan de hersenen die ontstaan zijn na de geboorte.
NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en het CAK. De NZa zich onder andere bezig met het vaststellen van de maximumtarieven in de zorg.
Pgb	Het persoonsgebonden budget is een bepaald geldbedrag dat mensen die in aanmerking komen voor de AWBZ/Wlz (of Wmo) kunnen krijgen om zelf zorg in te kopen, als alternatief voor zorg in natura.
PV	Persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het aankleden of douchen.
SVB	De Sociale Verzekeringsbank is de uitvoerder van volksverzekeringen in Nederland. Zij zorgen ervoor dat mensen op tijd en correct de kinderbijslag, het AOW-pensioen of de nabestaandenuitkering ANW ontvangen. Het servicecentrum PGB ondersteunt mensen met een Persoonsgebonden Budget en zal de trekkingsrechten beheersen.
Thuiszorg	Verzorging en verpleging die bij cliënten thuis wordt geleverd. De thuiszorg levert verschillende soorten dienstverlening, zoals: verpleging, kraamzorg, huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, gespecialiseerde verzorging/verpleging.
Voorliggende voorziening	Een voorziening die normaal in de maatschappij aanwezig en beschikbaar is en bedoeld voor iedereen die daar behoefte aan heeft.
Voorziening in natura	Een voorziening in de vorm van goederen in (bruik)leen of in eigendom, of als persoonlijke dienstverlening.
V&V	Verpleging en verzorging is de sector in de gezondheidszorg die zich bezighoudt met verpleging en verzorging. De doelgroep is vooral ouderen.
VP	Met Verpleging wordt medische hulp bedoeld, bijvoorbeeld het verzorgen van wonden of het geven van injecties.
VPT	Het Volledig Pakket Thuis is een vorm van zorg zonder verblijf dat onder de Wlz valt. Met het VPT kunnen mensen thuis dezelfde zorg krijgen als in een zorginstelling.
Wlz	De Wet langdurige zorg zal op 1 januari 2015 de huidige AWBZ vervangen. Alleen de zwaarste, langdurige zorg zal nog onder de Wlz vallen.
Wmo	De Wet maatschappelijke ondersteuning regelt dat mensen met een beperking ondersteuning kunnen krijgen. Het kan gaan om ouderen, gehandicapten of mensen met psychische problemen. Gemeenten voeren de Wmo uit.
Zorgkantoor	De concessiehouder (zorgverzekeraar) die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ in een van de 32 zorgregio´s in Nederland.
Zvw	In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht een basisverzekering moet afsluiten.
ZZP	Een zorgzwaartepakket (ZZP) beschrijft welke ondersteuning of zorg iemand met een verblijfsindicatie nodig heeft. Het (CIZ) bepaalt welk zorgzwaartepakket iemand krijgt.

Bijlage III: Interviewlijst organisaties en deskundigen

Organisatie	Voortgang planning
Actiz	Afspraak op 10 februari 10.30-12.00 met Herma Oosterom en Marc van Eck.
ZN	Afspraak op 13 februari 10.00-11.00 met Ineke Wever en Angela Bransen.
VGN	Afspraak op 11 februari van 10.00-11.30 met Bianca Roos.
GGZ Nederland	Afspraak op 14 februari 14.30-16.00 met Yvonne Moolenaar en Jaap Schrieke.
RIBW Alliantie	Afspraak op 3 maart 13:00-14:00 met Eta Mulder.
CVZ / Kwaliteitsinstituut	Afspraak op 5 februari 13.00-14.30 met Fons Fopman en Marcel van der Lee.
NZa	Afspraak op 17 februari 9:00-10.30 met Jozefien Bergman en Anne Cornelissen.
CIZ	Afspraak op 7 februari 10-11.30 met Marcel de Krosse.
CAK	Afspraak op 19 februari van 9.30-11.00 met Folkert de Waard en Marijke Verbeek.
SVB	Afspraak op 20 februari van 9.30-11.00 met Alfred van den Berg en Evert Dekkers.
Per Saldo	Afspraak op 6 februari 14.00-15.30 met Aline Saers en Annelies Kienhuis.
MEZZO	Afspraak op 5 maart 9:00-10:30 met Liesbeth Hoogendijk.
ACHMEA	Afspraak op 13 februari 12.00-13.00 uur met Adriëtte Hoppenbrouwers, Michiel van der Spa en Wim Schokker.
CZ	Afspraak op 20 februari 15.30-16.30 met Yvonne Hijnen en José Franken.
Ieder(in)	Afspraak op 4 maart 2014 16:00-17:00 met Marijke Hempenius.
NPCF	Afspraak op 29 februari 10.00-10.30 met Corine Zijderveld.
CSO	Afspraak op 14 maart 10:00-11:00 met Hadewych Cliteur en Sandrina Sangers.
Altrecht (GGZ)	Afspraak op 21 februari 13:30-15:00 met dhr. Oostenbrink.
Gemiva-SVG Groep (GHZ)	Afspraak op 10 februari 15.30-17.00 met dhr. Gerding.
Mondriaan (GGZ)	Afspraak op 26 februari 15.00-16.30 met Leonne van Santbrink.
PSW (GHZ)	Afspraak op 18 februari 17:00-19:00 met Goof van Westing.
Saffier De Residentiegroep (V&V)	Afspraak op 17 februari 13.30-15.00 met Roland de Wolf.
GGZ Oost Brabant (GGZ)	Afspraak op 11 februari 13.00-14.30 met Bjorn Ceresa.
De Zorgpartners (V&VT)	Afspraak op 5 februari 9.30 -11.00 met Gerda Puister.
s' Heeren Loo (GHZ)	Afspraak op 4 maart 13.00-14.30 met Hans de Leeuw en Frits Büdgen.
Activisie (GHZ)	Afspraak op 6 februari 10.00-11.30 met Ilse van der Schaaff.
Gemeente Leeuwarden	Afspraak op 12 februari 10.00-11.30 met Roel Luiten.
Gemeente Zwolle	Afspraak op 14 februari 14:30-16:00 met Dirk-Albert Prins.
Gemeente Wijchen	Afspraak op 14 februari 10.00-11.30 met Lies Beekmans.
Gemeente Almere	Afspraak op 25 februari 13.30-15.00 met Cees Voorthuijsen.
Gemeente Gooi en Vechtstreek	Afspraak op 26 februari 9.00-10:30 met Hans Uneken.
Gemeente Rotterdam	Afspraak op 18 februari 14.00-15.30 met Onno de Zwart.
Gemeente Eindhoven-Veldhoven	Afspraak op 13 februari 14.30-16.00 met Linda Wittebrood en Judith Strijbos.