

Vergaderjaar 2003–2004

**29 538**

**Zorg en maatschappelijke ondersteuning**

**Nr. 1**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 april 2004

**DEEL I SAMENHANG EN SOLIDARITEIT**

**1 Samenvatting: aanleiding en concrete maatregelen**

Het kabinet staat op het terrein van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor belangrijke keuzes. We willen de solidariteit van gezonde mensen met gehandicapten, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten behouden. We willen de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning<sup>1</sup> aan burgers zelfs verbeteren, evenals de samenhang in voorzieningen voor deze mensen in hun directe omgeving zodat ze zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Dat zijn belangrijke maatschappelijke doelen die het kabinet met het aanpassen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning wil realiseren. De veranderingen in het stelsel voor langdurige zorg en ondersteuning bouwen voort op ontwikkelingen van de laatste jaren zoals de modernisering van de AWBZ, maar ook op lokale ontwikkelingen bij gemeenten in het ondersteunen van de eigen burgers, zoals het uitbouwen van de één-loket-gedachte.

Tegelijkertijd is er sprake van een forse overschrijding van het beschikbare geld voor de zorg. Het kabinet kan daar niet aan voorbijgaan en heeft hiervoor bij zijn aantreden al maatregelen aangekondigd. Die maatregelen moeten in financieel opzicht soelaas bieden. Deze brief gaat, in vervolg op de maatregelen uit de beleidsagenda 2004 van VWS, hier verder op in.

De rode draad in deze brief is dat het kabinet op een beheerste manier zorg en ondersteuning wil kunnen blijven bieden aan mensen die dat echt nodig hebben. Daarvoor is een geloofwaardig en solidair stelsel nodig. Voor de geloofwaardigheid van het stelsel is het van belang dat in de samenleving het gevoel bestaat dat mensen zelf en samen doen wat ze zelf en samen kunnen. De overheid in de directe omgeving (gemeente)

<sup>1</sup> Maatschappelijke ondersteuning betekent onder meer steun bij zaken als: huishoudelijke hulp, vervoer, welzijn (maaltijden, recreatie).

biedt alleen ondersteuning in situaties die iedereen herkent als «logisch en noodzakelijk». Tenslotte is er een sociale verzekering met een pakket aan echt noodzakelijke zorgvoorzieningen die alleen daar thuishoren. De geloofwaardigheid is er ook mee gediend dat de overheid niet steeds opnieuw ingrijpende maatregelen moet nemen omdat de uitgaven in het bestaande systeem niet langer opgebracht kunnen worden. Burgers hebben er recht op te weten wat ze van de overheid kunnen verwachten, ook als dat voor de toekomst minder is dan waarop werd gehoopt.

Het kabinet kiest daarom voor een drieslag:

- a. Mensen die dat kunnen dienen meer dan nu het geval is zelf oplossingen te bedenken in de eigen sociale omgeving voor problemen die zich voordoen. Het kabinet stelt daarom een aantal historisch gegroeide vanzelfsprekendheden in zorg en ondersteuning ter discussie. Dit doet een groter beroep op de eigen draagkracht en laat een aantal verzekerde rechten zoals huishoudelijke hulp verdwijnen.
- b. Gemeenten moeten zorgen voor een goed samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun inwoners die niet goed in staat zijn in bepaalde situaties zelf of samen met anderen oplossingen te realiseren. Het gaat om zaken als het huishouden op orde houden, sociale ondersteuning bieden, het huis aanpassen, vervoer met een rolstoel, et cetera. Deel II van deze brief introduceert hiervoor een Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze wet omvat de Wet voorzieningen gehandicapten, de Welzijnswet en delen van de AWBZ. Hoe gemeenten voor die ondersteuning zorgen moeten ze zelf bepalen; de ene gemeente doet dat anders dan de andere, maar ze moeten burgers er wel bij betrekken en op een aantal met name genoemde terreinen aan burgers duidelijk maken wat ze te bieden hebben en welke resultaten daarmee bereikt worden. Gemeenten krijgen daarvoor voldoende geld van het kabinet. De wet moet in 2006 in werking treden.
- c. Het Rijk zorgt voor een AWBZ die verzekert waarvoor ze bedoeld is: zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is. Dat geldt in elk geval voor ernstig lichamelijk of verstandelijk gehandicapten, dementerende ouderen en chronisch psychiatrische patiënten. Voor deze groepen moeten voldoende voorzieningen van behoorlijke kwaliteit beschikbaar zijn, zonedig met verblijf in een instelling. Daarnaast biedt de AWBZ ook een beperkt aantal zorgfuncties aan mensen die (nog) zelfstandig kunnen wonen. De concrete voorstellen die het kabinet in deel III van deze brief voor de AWBZ doet zijn:
  - op ondersteuning gerichte aanspraken (huishoudelijke zorg, ondersteunende en activerende begeleiding) voor mensen die niet voor «verblijf» geïndiceerd zijn verdwijnen samen met een aantal andere regelingen (onder andere vervoer, verschillende subsidie-regelingen) uit de AWBZ en worden – merendeels – onderdeel van de WMO
  - de functie «verblijf» wordt in de AWBZ beperkt tot mensen die dat echt nodig hebben
  - extramurale ggz-zorg en de intramurale ggz-zorg in het eerste jaar gaan over naar de toekomstige Zorgverzekeringswet (ZVW)
  - de uitvoering van de AWBZ wordt verbeterd door onder meer centraliseren van de indicatiestelling en meer prikkels bij het zorgkantoor voor het inkopen van goede en betaalbare zorg.

Het kabinet wil belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen doorzetten en tegelijkertijd een goed financieel beleid voeren met duidelijke eigen verantwoordelijkheid van burgers. Deze samenhangende aanpak moet zorgen voor een bestendig, samenhangend en solidair stelsel voor lang-

durige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Dit stelsel moet nieuwe kansen bieden voor de lokale ondersteuning aan burgers. Dat is een enorme uitdaging: in de eerste plaats voor burgers zelf, maar ook voor het lokale bestuur, bijvoorbeeld om «schotten» in de voorzieningen voor burgers weg te halen. Maar het geeft ook spanning. Het betekent ook een groter beroep op de eigen draagkracht van burgers en het verdwijnen – op onderdelen – van een aantal verzekerde rechten. Het is echter niet verantwoord noodzakelijke keuzes verder uit te stellen. De maatregelen voor de korte termijn moeten het stelsel op de lange termijn beter maken, met minder bureaucratie en meer samenhang voor de burgers die er gebruik van maken.

Deze brief werkt de hoofdlijnen uit die wij u najaar 2003 hebben geschetst over de toekomst van de AWBZ en het besluit van het kabinet om voor lokale ondersteuning van burgers de Wet Maatschappelijke Ondersteuning<sup>1</sup> in te voeren. Bij deze nieuwe wet worden ook de huidige Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten betrokken.

## 2 Samenhang en solidariteit

### 2.1 Individualisering, keuzevrijheid en verantwoordelijkheid

De vraag naar zorg en ondersteuning van burgers neemt toe als gevolg van de vergrijzing. Maar ook doordat er steeds hogere verwachtingen ontstaan over wat de overheid allemaal kan bieden. Dit is het gevolg van een sterk accent op het incasseren van (verzekerde) rechten in ons systeem voor langdurige zorg en ondersteuning. Dit blijkt niet alleen in gesprekken met verschillende organisaties en in de toon van brieven die ons bereiken, maar ook uit de groei van de AWBZ.

Dit is deels ook het gevolg van politieke keuzes. De keuzevrijheid van mensen is omarmd maar er is te weinig gedaan om tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. Dit is ook vastgesteld in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet<sup>2</sup> en de beleidsagenda 2004 van VWS waarmee uw Kamer eind vorig jaar heeft ingestemd. Het kabinet vindt dat de individualisering van de samenleving onvoldoende gelijke tred heeft gehouden met de noodzaak om mensen en hun maatschappelijke verbanden ook verantwoordelijkheid te laten nemen. Dat is in de zorg niet anders. Daar is in de loop der jaren een stelsel van verzekerde aanspraken ontstaan dat bijna alles te bieden heeft, zorg zowel als ondersteunende faciliteiten.<sup>3</sup> De succesvolle gang van burgers en belangenorganisaties naar de rechter, eind 1999, markeerde vervolgens het «opeisen» van die rechten. Waar het vroeger gewoon was dat mensen zelf de verantwoordelijkheid namen door bijvoorbeeld zelf maatregelen te treffen, is er de laatste jaren een verschuiving naar de AWBZ opgetreden.

Nederland wijkt daarmee af van de ons omringende landen waar een groter beroep wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid en de lokale rol groter is.<sup>4</sup>

**Tabel 1: Uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in 2000**

België	0,8
Duitsland (*)	1,1(*)
Frankrijk	0,7
Nederland	2,5
Oostenrijk	0,7
Spanje (*)	0,1(*)
Zweden	2,8
Verenigd Koninkrijk	1,7

Bron: EPC (2001) en (\*) OECD Health Data (2003)

<sup>1</sup> Zie: De brief van 15 september 2003 (TK 2002–2003, 26 631, nr. 56). Destijds spraken wij van de Wet Maatschappelijke Zorg; om het bredere karakter van de nieuwe wet te benadrukken en duidelijker onderscheid te maken met de AWBZ kiezen wij nu voor de naam Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

<sup>2</sup> Meedoen betekent: niet alles van een ander of van de overheid verwachten, maar zelf verantwoordelijkheid nemen.

<sup>3</sup> Deze analyse wordt gedeeld door het hoofdlijnenakkoord van Balkenende-II, de kabinetsvisie Andere Overheid van de minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en verschillende adviezen zoals Bevestigende Kaders van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

<sup>4</sup> In opdracht van de ministeries van VWS en Financiën heeft ECORYS-NEI een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de organisatie van de langdurige zorg in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Oostenrijk, Spanje en Zweden. Een samenvatting van dit rapport is als bijlage 1 bijgevoegd\*.

\* Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De AWBZ is aanzienlijk ruimhartiger dan wat de ons omringende landen bieden. In Duitsland en Oostenrijk, waar ook sprake is van verzekerde rechten, worden die rechten bijvoorbeeld beperkt door een hoge drempel: alleen indien er meer dan tien uur per week en langer dan zes maanden zorg nodig is hebben mensen recht op zorg.

## 2.2 Een lappendeken: weinig samenhang

Het kabinet vindt dat er te weinig samenhang is in voorzieningen voor het zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig functioneren van ouderen, gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten.<sup>1</sup> Veel cliënten, maar zeker niet allemaal, wonen liever buiten de muren van een instelling en dit gebeurt ook steeds meer. Voor hen is de zorg niet langer «dat gebouw, dat instituut», maar een netwerk van zorg en dienstverlening in de buurt.<sup>2</sup> Dat heeft gevolgen voor de lokale ondersteuning. Deze maatschappelijke ontwikkeling vertalen overheden en instellingen nog onvoldoende in hun beleid. Het zogenoemde «inclusief» beleid staat nog in de kinderschoenen. Dit blijkt onder andere uit het knelpuntenoverzicht dat in het kader van het Actieplan Gelijke Behandeling is opgesteld.<sup>3</sup> Burgers met beperkingen hebben weinig mogelijkheden om gebruik te maken van de gewone, algemene voorzieningen voor iedereen: ze zijn te snel aangewezen op specifieke voorzieningen.

Een ander probleem is dat er veel verschillende regelingen zijn die op verschillende niveaus de zelfstandigheid van de burger proberen te bevorderen. Elke regeling heeft eigen voorwaarden en een eigen «toegang». Deze lappendeken maakt het voor de burger onoverzichtelijk en nodeloos ingewikkeld om zorg en ondersteuning «op maat» te regelen en daarmee moeilijk om voor zichzelf op te komen. Al die verschillende regelingen hebben nog een nadeel: het ontbreekt vaak aan een «sluitende keten» van zorg en hulp zoals mensen die nodig hebben. Verschillende overheden en instanties gaan telkens over maar een deel van die ondersteuning. Er is geen samenhangend antwoord op de vraag naar hulp of ondersteuning. Burgers hebben er ook last van dat zij met verschillende instanties te maken hebben die hierbij soms verschillende belangen hebben. Zij klagen over verkokerd denken, onvoldoende maatwerk, een onpersoonlijke benadering en moeten hetzelfde verhaal meerdere keren aan verschillende instanties vertellen. Het genoemde *Zwartwitboek* van de Consumentenbond geeft daarvan diverse voorbeelden. Gelukkig ontstaan er steeds meer lokale initiatieven om dit te verbeteren, bijvoorbeeld door de toegang tot en informatie over verschillende diensten op één plek te regelen (één loket voor de burger).

Gemeenten hebben in de huidige situatie (op lokaal niveau) onvoldoende mogelijkheden om regie te voeren over samenhangende activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening. De Algemene Rekenkamer stelde dit in 2003 al vast.<sup>4</sup> Dat is een gemis, want de kracht van een lokale aanpak ligt juist in het bundelen van zaken als huishulp, vervoer, welzijn (maaltijden, recreatie) en wonen (zelf huren of kopen). Voor burgers is het nu vaak onoverzichtelijk.

## 2.3 Een almaar groeiende AWBZ

De AWBZ is een belangrijk wettelijk instrument om op een solidaire manier tegemoet te komen aan de behoefte aan zorg. De AWBZ ging van oudsher over onverzekerbare risico's zoals de gevolgen van chronische ziekten, lichamelijke en verstandelijke handicaps en de opname in verpleeghuizen. Inmiddels kost de AWBZ veel geld. Het beslag op ons nationaal inkomen is verdubbeld; hoofdstuk 5 gaat daar verder op in. Die forse stijging van de uitgaven komt onder meer doordat de AWBZ – sinds

<sup>1</sup> Zie onder andere het Zwartwitboek van de Consumentenbond (Consumentenbond, 2 december 2002) en het IBO-onderzoek naar de Wvg (TK 2000–2001, 27 550, nr. 1).

<sup>2</sup> Een bekend geslaagd voorbeeld is Trynwâlden in Friesland waarbij een totale voorziening van wonen, zorg en welzijn tot grote tevredenheid van cliënten leidt en bovendien goedkoper is dan klassieke zorgvormen.

<sup>3</sup> Actieplan Gelijke Behandeling in de praktijk (TK 2003–2004, 29 355, nr. 1).

<sup>4</sup> Wonen, zorg en welzijn van ouderen; rapport van de Algemene Rekenkamer, juni 2003 (TK 2002–2003, 28 951, nrs. 1–2).

het van kracht worden in 1968 – is uitgebreid met een groot aantal vormen van zorg en welzijn. Daarbij ging het aanvankelijk in de eerste plaats om het bieden van een passende financiering voor voorzieningen die voorheen op de rijksbegroting stonden. Geleidelijk is de nadruk verschoven. Het ging meer en meer om het «in samenhang financieren van voorzieningen» om te zorgen voor zo licht mogelijke zorg dicht bij de burger (substitutie vanuit instellingen) en zorg-op-maat waarin de vraag van de burger centraal staat. Hierdoor is het pakket van verzekerde aanspraken erg groot geworden en tegelijkertijd is de nagestreefde omslag naar zo licht mogelijke vormen van zorg nog niet voldoende van de grond gekomen.

Een overmaat aan voorzieningen is bovendien voor mensen geen stimulans om zelf verantwoordelijkheid te nemen. Ook stond lange tijd niet de behoefte van de burger centraal, maar het als aanspraak geregelde zorg-aanbod. Mede om die reden is de AWBZ de afgelopen jaren aangepast en meer gericht op de vraag van de burger (vraaggerichte zorg). Flexibeler geformuleerde aanspraken bieden meer keuze en maken meer maatwerk mogelijk. Dat is belangrijke winst.

De kosten van de AWBZ worden, als er niets gebeurt, als gevolg van de huidige omvang van het AWBZ-pakket, de toenemende vraag en de manier waarop de uitvoering is geregeld, onbetaalbaar. De arbeidsmarkt kan dit ook niet aan. Als de huidige groei doorzet zijn er over enige tijd meer dan tweemaal zoveel werknemers nodig, zonder nog rekening te houden met het verbeteren van het kwaliteitsniveau dat op diverse plekken in de zorg juist hard nodig is. In de AWBZ-zorg werkten in 2003 ongeveer 560 000 mensen. De nu voorziene groei zou betekenen dat er elk jaar circa 20 000 volledige arbeidsplaatsen (dat zijn circa 36 000 mensen) extra bij komen om in 2020 nog voldoende personeel te hebben. Dit is, gelet op de ervaringscijfers bij de keuze van bijvoorbeeld schoolverlaters, niet realistisch.

Hiermee komt de solidariteit tussen mensen onder druk te staan en daarmee ook de geloofwaardigheid van het hele stelsel. Tegelijkertijd kan niet worden voldaan aan de (te) hooggespannen verwachtingen van burgers over het oplossend vermogen van de overheid.

#### *2.4 Duidelijk afgebakende verantwoordelijkheden en samenhangende voorzieningen: zelf wat zelf kan, lokaal wat lokaal kan en verzekerd wat verzekerd moet*

De verantwoordelijkheden zijn niet altijd duidelijk verdeeld. Daardoor bestaat er enerzijds het gevaar van overlap en anderzijds het gevaar van «gaten» in de zorg en ondersteuning, maar ook van afwenteling. Het lijkt erop dat de AWBZ als één van de weinige open-einde-regelingen het «putje» van de zorg wordt.

*Geachte Minister,*

*In zijn vergadering van 28 januari 2003 heeft de gemeenteraad een motie aangenomen waarin alle fracties hun verontwaardiging uitspreken over het feit dat de uitvoering van de maaltijdvoorziening niet onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt.  
(...)*

*Wij verzoeken u te onderzoeken of de uitvoering van maaltijdvoorziening niet kan worden erkend als zorg en op deze manier vergoed kan worden op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.*

*Hoogachtend,  
Burgemeester en wethouders  
van de gemeente...(een middelgrote stad in het oosten des lands)*

Het kabinet wil daarom een lokaal stelsel van maatschappelijke ondersteuning opzetten dat beter aansluit bij de behoefte van mensen aan ondersteuning in hun directe omgeving en dat de verantwoordelijkheden ook duidelijk regelt. Hiervoor komt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Daarnaast wil het kabinet de AWBZ terugbrengen tot waarvoor deze wet oorspronkelijk bedoeld was: zorg aan mensen met een ernstige, zeer langdurige hulpvraag. Tevens moet de uitvoering sterk verbeterd worden om de groei van de uitgaven te kunnen beheersen.

Het gaat in principe weliswaar om twee afzonderlijke vraagstukken, maar het kabinet wil de WMO en de AWBZ juist in samenhang behandelen vanwege de verschuiving die nodig is in de huidige verantwoordelijkheidsverdeling. Die verschuiving houdt nadrukkelijk niet in dat gemeenten nu het beheersingsvraagstuk van de AWBZ moeten oplossen; de WMO is slechts een deel van de oplossing.

Het doel van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is dat iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, mét en zonder problemen – maatschappelijk mee kan doen. Iedereen is het erover eens dat dit nodig is. Veel mensen kunnen op eigen kracht meedoen maar anderen hebben hulp en ondersteuning nodig, of een stimulerende omgeving. Familie, vrienden, sociale verbanden en organisaties waar burgers deel van uitmaken, bieden die hulp in belangrijke mate. De overheid heeft hierin ook een verantwoordelijkheid zoals die nu bijvoorbeeld al geldt in de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten en leidt tot talrijke lokale voorzieningen. Die voorzieningen gaan vanaf 2006 over naar de WMO met een sterke rol voor de gemeenten.<sup>1</sup> Daarnaast past het kabinet de AWBZ aan. De toenemende vraag en de stijgende kosten zorgen ervoor dat deze wet met premies van 20 tot 25 procent (nu 13,25 procent) over vijftien jaar onbetaalbaar is. Bovendien dreigt het onbepert verder groeien van de AWBZ een aanslag te worden op de noodzakelijke zorg voor mensen met zeer zware zorgvragen. Het is wat dat betreft letterlijk: buigen of barsten.

Het kabinet hevelt een deel van de voorzieningen van de AWBZ over naar de WMO. Het daarmee gemoeide geld gaat naar het Gemeentefonds. Het gaat om huishoudelijke verzorging, een deel van ondersteunende en activerende begeleiding, AWBZ-vervoer en een aantal specifieke subsidie-regelingen. Ondertussen gaat de modernisering van de AWBZ – het vernieuwen van het stelsel naar meer zorg-op-maat, meer kwaliteit, meer keuzemogelijkheden voor de cliënt – de komende jaren gewoon door.

Het kabinet wil met de WMO en de AWBZ samen een nieuw stelsel vormen voor langdurige zorg en ondersteuning. Dit moet een maatschap-

---

<sup>1</sup> Bij het maken van deze keuze is gekeken naar de ervaringen van andere landen. Uit onderzoek blijkt dat de meeste landen een gedecentraliseerd systeem kennen. Zweden gaat daarin het verst. Ook wordt in de andere landen veel meer een beroep gedaan op mantelzorg. In Spanje wordt zelfs 80 procent van de zorg geleverd door mantelzorgers.

pelijk aanvaardbaar stelsel zijn dat de zorg van de overheid voor de zwakkeren uitdrukt, maar ook voldoet aan de eis van het kabinet dat burgers en instellingen zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Dit stelsel moet ook een krachtige impuls geven aan de extramuralisering in de zorg en daarmee tegemoet komen aan de wensen van mensen om zo veel mogelijk en zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren in hun eigen omgeving. Het kabinet heeft voor dit nieuwe stelsel inspiratie opgedaan in het advies *Gemeente en zorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit december 2003.<sup>1</sup>

### *2.5 Een ingrijpende operatie*

Het kabinet beseft heel goed dat het voor belangrijke besluiten en een ingrijpende operatie staat. Zo zal de WMO veel vergen van de dienstverlening en het regisserend vermogen van gemeenten. Gelukkig hebben gemeenten op het terrein van de Wvg en de Welzijnswet al laten zien dat zij daartoe in staat zijn.

De afgelopen maanden is zowel aan de voornemens voor wijzigingen in de AWBZ als aan de nieuwe WMO hard gewerkt en is veel gesproken met tal van betrokken partijen. Het kabinet realiseert zich goed dat veel partijen in het veld grote moeite zullen hebben met onderdelen van de voorstellen. Landelijke cliëntenorganisaties hebben moeite met het schrappen van bepaalde zaken aanspraken uit de AWBZ en vrezen mindere voorzieningen. Dat is nadrukkelijk niet het doel van het kabinet. Voorkomen moet worden dat mensen onnodig in een medisch circuit terechtkomen. Het kabinet wil daarom juist dat lokaal goede «voorliggende voorzieningen» worden opgezet waar lokale cliëntorganisaties over kunnen meepraten, dicht bij de burger en met een duidelijke publieke verantwoordelijkheid, maar ook met eigen verantwoordelijkheid waar dat kan. Burgers moeten nadrukkelijk bij het lokale beleid betrokken worden en de WMO stelt daar ook eisen aan. Het kabinet kiest in de WMO voor lokale beleidsvrijheid van gemeenten en dat betekent ook dat verschillen tussen gemeenten moeten worden geaccepteerd. Het kabinet begrijpt de terughoudende opstelling van zorgaanbieders en – in mindere mate – verzekeraars. Hun «markt» is immers in het geding. Toch meent het kabinet dat deze partijen voldoende maatschappelijk ondernemer zijn om in deze ontwikkeling uitdagende nieuwe mogelijkheden te zien.

## **3 Uitgangspunten bij keuzes in het nieuwe stelsel**

De voorstellen in deze brief verbeteren de lokale samenhang in de dienstverlening. Ze dragen – met het invoeren van een aantal beheersmaatregelen in de AWBZ – ook hun steentje bij aan de solidariteit die nodig is om de AWBZ op langere termijn in stand te kunnen houden. Het kabinet wil nadrukkelijk een maatschappelijk aanvaardbaar stelsel dat juist ook de zorg voor de zwakkeren op termijn veilig stelt. Het kabinet hanteert daarom de volgende uitgangspunten of maatschappelijke doelen:

- a. Mensen zijn zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk  
Het kabinet wil bereiken dat mensen zich verantwoordelijk (kunnen) gedragen. Dit betekent zo zelfstandig mogelijk en met zoveel mogelijk keuzevrijheid tegelijkertijd naar vermogen verantwoordelijkheid dragen voor zichzelf en de eigen omgeving; bewust zijn van de kosten van voorzieningen; zorgen voor naasten; meedoen aan verenigingsleven of vrijwilligerswerk; et cetera.
- b. Solidariteit in de samenleving  
Het kabinet wil de solidariteit in de samenleving handhaven, ook in financieel opzicht. Dat betekent betaalbare premies om solidair te

<sup>1</sup> Het standpunt van het kabinet op het RVZ-advies *Gemeente en zorg* staat in bijlage 2 \*).  
\* Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

blijven met de zwaksten in de samenleving die niet (meer) in staat zijn om zelf verantwoordelijkheid te dragen. De overheid blijft collectieve middelen inzetten om die solidariteit te realiseren.

- c. Ondersteunen en (zo volwaardig mogelijk) deelnemen in de samenleving  
Het kabinet wil ook mensen met beperkingen, stoornissen of ernstige problemen in staat stellen zo volwaardig en zelfstandig mogelijk deel te nemen aan de samenleving. Gehandicapten, ouderen met beperkingen en psychiatrische patiënten moeten ook volwaardig en volop midden in die samenleving kunnen wonen, werken en onderwijs volgen. Helaas hebben ze meestal geen gelijke uitgangspositie. Dat dwingt de overheid naar vermogen de ondersteuning te geven die dat wel of grotendeels mogelijk maakt. Maar mensen moeten ook gestimuleerd worden om hun leven zoveel mogelijk in eigen hand te nemen en te houden. Op deze wijze kunnen ze zich ontplooiën en sociale relaties aangaan in een fysieke leefomgeving waar dit mogelijk is. Dat wordt de opdracht van de WMO.
- d. Goede zorg voor mensen die het echt nodig hebben  
Het kabinet wil goede zorg blijven garanderen voor mensen die dit vanwege hun beperkingen, stoornissen of problemen echt nodig hebben. De omgeving moet daarvoor ook geschikt zijn. Mensen die helemaal afhankelijk zijn van zorg – (zwaar) dementerenden, (zwaar) verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten of mensen met chronische psychiatrische stoornissen – moeten ook in de toekomst kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg. Dat vereist een omgeving waar de mogelijkheid van permanent toezicht is en waar ook permanent professioneel personeel aanwezig is. De modernisering van de AWBZ moet verdergaan met de verbeteringen die in gang gezet zijn.
- e. Minder bureaucratie  
De modernisering van de AWBZ draagt bij aan het verminderen van de bureaucratie, onder meer door eenvoudiger indicatiestelling, mandateren bij indicatiestelling en het samenvoegen van verschillende pgb-regelingen. Dit kabinet wil de administratieve lasten verder verminderen. Zowel bij het aanpassen van de AWBZ als het uitwerken van de WMO wordt bezien waar onnodige bureaucratie verder vermindert kan worden, bijvoorbeeld door het weghalen van «schotten» waar burgers nu last van hebben. Gemeenten kunnen daarvoor hun lokale beleidsvrijheid optimaal benutten.

Met deze uitgangspunten zijn de plannen ontwikkeld voor het aanpassen van de AWBZ en het opzetten van de nieuwe WMO. Er is sprake van één nieuw stelsel waarin beide wetten elkaar aanvullen. Het goed organiseren van ondersteunende voorzieningen in gemeenten voorkomt dat mensen onnodig in een medisch circuit terechtkomen en kan de druk op de AWBZ verminderen. De nieuwe WMO is in de opvatting van het kabinet een goed middel om hulp of voorzieningen die geen algemeen verzekerd recht meer zijn (omdat ze uit de AWBZ gaan) in een aantal specifieke gevallen toch vanuit een publieke verantwoordelijkheid in de WMO te kunnen organiseren om zo burgers te ondersteunen. Daarbij moet duidelijk zijn dat mensen niet altijd meer krijgen waar ze nu op grond van de AWBZ recht op hebben.



## DEEL II DE CONTOUREN VAN DE WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

### 4. De contouren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Dit hoofdstuk schetst de contouren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Het gaat daarbij om hoofdlijnen. De uitwerking van de wet vindt het komende jaar plaats. Dat gebeurt in overleg met betrokken partijen. Het kabinet verwacht het wetsontwerp in het voorjaar van 2005 aan de Kamer te kunnen voorleggen. De Welzijnswet<sup>1</sup> en de Wvg verdwijnen op termijn en gaan op in de nieuwe WMO. Ook vervallen enkele aanspraken in de AWBZ en krijgen gemeenten een bredere verantwoordelijkheid. Dit laatste gebeurt in fasen. De ontwikkeling van de WMO is een proces waarbij in de loop der jaren mogelijk sprake kan zijn van het verder uitbreiden van de wet met onderdelen uit andere wettelijke kaders.

#### 4.1 Visie op de WMO: niet leunen maar steunen

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning beoogt dat iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, autochtoon en allochtoon, mét en zonder problemen – volwaardig aan de samenleving kan deelnemen. Veel mensen kunnen dat zelf, anderen hebben hulp of ondersteuning nodig, een stimulerende omgeving, of bepaalde faciliteiten zoals een buurthuis of een sportgelegenheid. Familie, vrienden, sociale verbanden (de buurt, het werk, de geloofsgemeenschap et cetera) en organisaties (de sportvereniging, de scouting et cetera) waar burgers aan meedoen, bieden die hulp in belangrijke mate.

Maar de overheid staat niet aan de kant. Ze heeft hierin ook een verantwoordelijkheid en neemt die nu bijvoorbeeld al met de Welzijnswet en de Wvg. Die verantwoordelijkheid kent grenzen: de overheid compenseert niet automatisch iedere organisatorische, financiële of lichamelijke beperking bij burgers om maatschappelijk actief te kunnen zijn met voorzieningen. Dat zou onnodig afhankelijkheid, «leungedrag» uitlokken en dat is precies het tegenovergestelde van wat de WMO beoogt, namelijk: niet leunen maar steunen. De overheid – zowel centraal als lokaal – kan de *civil society* per definitie niet maken want het is immers een samenleving door en van burgers. Burgers en hun organisaties brengen die *civil society* vooral zelf tot stand. De beperkte maakbaarheid van de samenleving is voor het kabinet geen vrijbrief om lijdzaam toe te zien. Met het steunen van goede initiatieven is veel te bereiken. Maar het kabinet stelt de eigen verantwoordelijkheid van mensen (weer) meer centraal, zoals in het hoofdlijnenakkoord is aangekondigd.

De WMO krijgt niet het karakter van een «voorzieningenwet»: «verkeert u in die of die omstandigheid dan heeft u automatisch recht op deze voorziening van overheidswege.» Dit betekent niet dat burgers helemaal zelf allerlei belemmeringen moeten wegnemen om zich te kunnen redden en aan de samenleving mee te kunnen doen. Crisisinterventie in de maatschappelijke opvang, sportaccommodaties, ondersteunende voorzieningen voor mantelzorgers, opvoedingsondersteuning of lokaal vervoer voor gehandicapten en ouderen, ze komen niet vanzelf tot stand. Burgers willen zich daar best voor inzetten, maar moeten ondersteund worden en daarbij heeft de lokale overheid een taak. De belangrijkste uitdaging in het ontwikkelen van de WMO is het vinden van een goede balans tussen «overlaten, stimuleren en voorwaarden scheppen» en deugdelijke garanties voor mensen die echt hulp nodig hebben. De WMO regelt de verantwoordelijkheid van de lokale overheid om voor de maatschappelijke ondersteuning stimulerend beleid te voeren waarop burgers de gemeente kunnen aanspreken.

<sup>1</sup> De Kamer is eerder al meegedeeld dat er geen apart Landelijk Beleidskader Welzijn meer komt. De inhoudelijke kabinetsvisie op welzijn wordt geïntegreerd in de WMO. Over een aantal belangrijke thema's (vrijwilligers, ouderen) komen nog aparte beleidsvisies uit; ook komt er een aparte brief over de kennisinfrastructuur van VWS, waaronder die rondom de maatschappelijke ondersteuning, en het uitwerken van het nieuwe subsidiebeleid.

De WMO sluit qua bestuurlijke filosofie aan bij het advies Bevrijdende Kaders van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.<sup>1</sup> Dat advies gaat uit van het toenemend belang van «horizontale» bestuurlijke relaties – gemeenten naar hun burgers en onderlinge vergelijking van gemeenten – in plaats van «verticale» relaties: van Rijk naar provincie en gemeente en omgekeerd. Dit betekent voor de WMO dat de rijksoverheid als wetgever de omvang van het speelveld en de regels vaststelt. Zo staat straks in de WMO op welke terreinen de gemeente beleid moet voeren, hoe de financiering daarvan geregeld is, wie bij de totstandkoming van dat beleid betrokken moeten worden en hoe de prestaties zichtbaar moeten worden gemaakt. Binnen deze randvoorwaarden kunnen partijen lokaal, onder regie van de gemeente, zelf invullen hoe zij de wet uitvoeren. De rijksoverheid blijft op afstand, maar is wel verantwoordelijk voor het systeem van de WMO als geheel en daarmee aan te spreken op de maatschappelijke resultaten van de wet wanneer die onder de maat zijn.

#### *4.2 Wat mogen burgers en organisaties van hun gemeente verwachten?*

Wat burgers en organisaties van hun gemeente mogen verwachten is natuurlijk niet allemaal nieuw. Er is immers al een Wvg en een Welzijnswet waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Nieuw is wel dat verantwoordelijkheden aangevuld worden met onderdelen die tot nu toe via de AWBZ liepen. Tevens worden deze verantwoordelijkheden geordend in een aantal prestatievelden. Dat zijn gebieden van maatschappelijke ondersteuning waarop concrete prestaties van gemeenten verwacht worden en waarop burgers hun lokale bestuur kunnen aanspreken. De Welzijnswet kent geen prestatievelden, maar algemene beleidsterreinen waarvoor de gemeente ook nu al verantwoordelijk is, zoals: welzijn gehandicapten, welzijn ouderen, welzijn jeugd, sport, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk en andere. Deze algemene beschrijving van beleidsterreinen leidt in de praktijk tot veel onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is. Daarom wil het kabinet in de WMO concrete prestatievelden vastleggen zodat duidelijk is op welke terreinen de gemeente verantwoordelijk is. Net als in de Wvg moet de gemeente in het kader van de WMO «presteren». Geeft de Wvg de burger concrete voorzieningen (rolstoelen, woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen), de WMO legt in meer algemene termen vast op welke terreinen de gemeente een voorzieningenbeleid moet voeren. Wélke voorzieningen de gemeente op dat terrein dan realiseert is, anders dan in de Wvg, een zaak van gemeentelijke besluitvorming.

Het kabinet hecht aan het ordenen van de voorzieningen in prestatievelden. Die laten namelijk zien voor welke onderwerpen een actief lokaal beleid verwacht wordt, ook voor mensen die hun vraag om hulp of ondersteuning misschien helemaal niet duidelijk kunnen maken. Het gaat bijvoorbeeld om eenzame ouderen, licht verstandelijk gehandicapten, bepaalde groepen allochtonen, bepaalde groepen jongeren et cetera. De wet kent straks de volgende prestatievelden:

---

<sup>1</sup> Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling: Bevrijdende Kaders, februari 2003.

Onderwerp:	Zoals:	Nu:	Straks:
<i>Algemene voorzieningen op het terrein van maatschappelijke participatie en ondersteuning</i>	Sociale activering; hulp bij geldproblemen; algemene voorzieningen jeugd; idem voor ouderen	Welzijnswet	WMO
<i>Voorzieningen op het terrein van informatie en advies voor maatschappelijke ondersteuning</i>	Voorlichtingsloketten; adviesfuncties	Welzijnswet	WMO
<i>Voorzieningen voor het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers (regeling)/ Welzijnswet</i>	Ondersteunen mantelzorg; steun aan vrijwilligerswerk WMO	AWBZ (premie-subsidie)	
<i>Versterken van de sociale samenhang in en leefbaarheid van wijken en buurten</i>	Activiteiten om burgers meer bij de wijk te betrekken	Welzijnswet	WMO
<i>Accommodaties voor maatschappelijke activiteiten</i>	Sportaccommodaties; club- en buurthuizen; zwembaden; centra dagactiviteiten	Welzijnswet	WMO
<i>Preventieve voorzieningen voor kinderen, jeugdigen of ouders met problemen met opgroeien of opvoeden</i>	Voorzieningen op het terrein van signalering, toeleiden naar en wegwijs maken in het hulpaanbod, pedagogische hulp en coördinatie van zorg	Welzijnswet	WMO
<i>Voorzieningen voor gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten en mensen met psychische of psychosociale problemen, en ouderen, voor het vergroten en/of ondersteunen van de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren</i>	Rolstoelen en scootmobielen; huishoudelijke verzorging; woningaanpassingen; begeleiding bij zelfstandig wonen; informatie, advies, hulp voor mensen die zichzelf slecht kunnen redden; dagbesteding ouderen; maaltijdvoorziening; sociale alarmering; vervoersvoorzieningen	Wvg, onderdelen AWBZ, Welzijnswet	WMO
<i>Voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en melding van huiselijk geweld*</i>	Kortdurende of tijdelijke dag- en nachtopvang bij crisis; idem voor slachtoffers van huiselijk geweld; begeleiden bij zelfstandig wonen; melden van en advies bij huiselijk geweld	Welzijnswet (doeluitkering)	WMO

\* In relatie tot de knip in de ggz wordt over de uiteindelijke plek van de ambulante verslavingszorg/beleid nog nader besloten.

Gemeenten hebben in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid taken die ook passen in de WMO, bijvoorbeeld: kennis over de algemene gezondheidssituatie van de bevolking, letten op gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, bijdragen aan opzet, uitvoeren en afstemmen van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bevorderen van medisch-milieukundige zorg, bevorderen van technische hygiënezorg, bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg en uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg. Wij onderzoeken hoe deze taken onderdeel van de WMO kunnen worden. Ook taken van gemeenten op het terrein van jeugdbeleid kunnen nog veranderen.<sup>1</sup>

#### *Eén loket*

Iedereen heeft er een hekel aan van het kastje naar de muur te worden gestuurd. Toch worden burgers nog vaak opgezadeld met de gevolgen van interne organisatieproblemen van overheden en organisaties. Het kabinet wil daar een einde aan maken. De WMO regelt dat er in de gemeente één of meerdere plekken komen waar mensen met vragen voor ondersteuning op grond van de WMO terecht kunnen. Het kabinet gaat bevorderen dat burgers ook de toegangspoort voor de AWBZ – nu nog het Regionaal Indicatieorgaan, vanaf 2005 het landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg – via dit loket kunnen bereiken. Zo dient de toegang voor de burger voor zorg en ondersteuning overzichtelijk te worden.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg is straks niet meer verantwoordelijk voor taken die vanuit de AWBZ overgaan naar de WMO. Individuele gemeenten zijn dan zelf verantwoordelijk voor die toegang.

<sup>1</sup> Het kabinet werkt in het kader van de Operatie Jong (samenwerking van een aantal departement op het terrein van de jeugd) aan het beter functioneren van de keten rondom jeugd. De gemeente heeft hierin uiteraard een belangrijke functie. De Operatie Jong kan nog leiden tot het bijstellen van de voorgestelde invulling van de prestatievelden. De Kamer wordt hierover voor de zomer in een brief met een reactie op de motie-Cörüz/Kalsbeek nader geïnformeerd.

### *Betrokkenheid burgers bij beleid*

Het kabinet vindt het van groot belang dat een wet die betrokkenheid van burgers bij de samenleving ondersteunt tegelijkertijd garandeert dat burgers en hun vertegenwoordigende organisaties bij het opstellen van het lokale beleid betrokken worden.

Het lokale krachtenveld kan niet zonder krachtige organisaties van burgers, in het bijzonder cliënten. Nu de WMO bepaalde voorzieningen meer op lokaal niveau gaat regelen, moet de belangenbehartiging ook meer op dat niveau plaatsvinden. Die lokale organisaties zijn er nog niet overal; ze zijn ook niet in alle opzichten klaar om die rol volwaardig te kunnen spelen. Het is in de eerste plaats de taak van de landelijke belangenbehartigende organisaties om plaatselijke afdelingen daarin meer te ondersteunen. Daarover gaan wij praten met de landelijke organisaties over praten.

In de WMO moet duidelijk zijn hoe de betrokkenheid van burgers en lokale organisaties georganiseerd wordt. Daarom kent de WMO straks de verplichting om periodiek (eens per vier jaar) vast te leggen: een samenhangend beleid, de uitvoering ervan, de te verwachten concrete acties, te bereiken resultaten en de financiering ervan. Dit moet beknopt en duidelijk zijn.

Het kabinet verwacht dat de plicht om breed gedragen meerjarig beleid op te stellen en vast te leggen, bijdraagt aan een vitale, op onderlinge steun gerichte, lokale samenleving. Tevens moet er zo meer aandacht komen voor de toegankelijkheid van de lokale samenleving voor mensen met beperkingen.

### *Primaat van de private uitvoering*

Het veld van de maatschappelijke ondersteuning omvat tal van organisaties, vaak voortgekomen uit het particulier initiatief. Nu delen van de AWBZ naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning gaan, kunnen ook bestaande zorgaanbieders zich op de maatschappelijke ondersteuning profileren. Het kabinet is er groot voorstander van dat vooral particuliere organisaties de voorzieningen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning leveren. Het benutten van de aanwezige deskundigheid, kennis en kwaliteiten van partijen in het veld is een belangrijke motor voor goede resultaten. Particuliere organisaties kunnen die sluitende keten van maatschappelijke ondersteuning en zorg heel goed organiseren. De wet legt daarom het primaat van het particuliere initiatief voor de uitvoering vast. Pas wanneer er geen geschikte particuliere organisaties zijn die de gevraagde voorzieningen kunnen leveren, kan de gemeente zelf als «leverancier» van diensten optreden.

### *Zichtbaar en goed verantwoord*

Het lokale proces eindigt met het verantwoorden en zichtbaar maken van de daadwerkelijk behaalde resultaten aan burgers en organisaties en wat de gemeente daarvoor gedaan heeft. Duidelijk moet zijn wat de gemeente «presteert», ook in vergelijking met andere gemeenten. Helpen buurgemeenten mensen met beperkingen beter, dan is dat een reden om het eigen gemeentebestuur aan te sporen het op zijn beurt beter te doen dan de buurgemeenten.

Het kabinet versterkt de positie van de gemeenteraad, burgers en hun organisaties door wettelijk voor te schrijven welke informatie de Colleges van B en W tenminste moeten leveren. Deze minimale, uniforme informatievoorziening stelt burgers en hun organisaties in staat de presta-

ties van hun gemeente te beoordelen en gemeenten onderling vergelijken. Het staat individuele gemeentebesturen of gemeenteraden uiteraard vrij zelf het initiatief nemen tot vormen van prestatievergelijking (*benchmark*). De VNG wil dit ook stimuleren. Het kabinet verwacht dat deze bepalingen gemeenten een belangrijke stimulans geven om optimaal te presteren en de eigen prestaties actief aan de burgers te laten zien.

Gemeenten leveren in het verlengde hiervan de rijksoverheid informatie zodat het Rijk kan volgen hoe het systeem van de WMO landelijk werkt. Dat heeft het kabinet nodig om verantwoording af te leggen aan het parlement. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten op bestaande informatiestromen van gemeenten naar het Rijk. Het uitvoeren van de WMO is weliswaar een gedecentraliseerde gemeentelijke taak, maar de rijksoverheid is wel verantwoordelijk voor (de doelmatigheid van) de WMO als systeem. Zeker de eerste jaren zal de rijksoverheid de resultaten daarom nauwkeurig volgen, zowel in financiële zin als wat betreft de effecten van het beleid. Gemeenten kunnen daarbij zoveel mogelijk hun eigen informatie uit de bedrijfsvoering gebruiken. De financiële informatie sluit aan bij het zogenaamde IV3 traject van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.<sup>1</sup> De beleidsinformatie sluit aan bij de gegevens die voor de prestatievergelijking nodig zijn.

#### *4.3 Wat mogen gemeenten van het Rijk verwachten?*

##### *Ruimte voor lokale resultaten*

Gemeenten kunnen resultaatgericht werken, maar dan moeten zij bestuurlijk ook de nodige ruimte krijgen. Zij kunnen als geen ander op het lokale niveau verschillende beleidsterreinen met elkaar verbinden. Bovendien hebben gemeenten al een aantal taken op grond van bijvoorbeeld de Welzijnswet en de Wvg, deels komen er nieuwe taken bij vanuit de AWBZ. Gemeenten zullen die diensten deels zelf inkopen, deels actief bemiddelen tussen partijen die hierin zelfstandig verantwoordelijkheid dragen, zoals woningcorporaties of zorgkantoren.

Grotere beleidsvrijheid voor gemeenten past ook heel goed in het proces van gemeentelijke dualisering. De gemeenteraad is daarbij meer dan voorheen controlerende instantie en het College van B en W neemt meer zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid. Deze ontwikkeling leidt ertoe dat de gemeenteraad maar ook individuele burgers veel meer concrete prestaties van het gemeentebestuur gaan eisen.

Maximale gemeentelijke beleidsvrijheid en toenemend dualisme bij gemeenten staan haaks op een systeem van centraal voorschrijven van individueel te verlenen voorzieningen en dus individuele rechten zoals we dat in de AWBZ en, tot op zekere hoogte, de Wvg kennen. Zo'n «verticaal» systeem loopt vast in een woud van gedetailleerde voorschriften met weinig ruimte voor lokaal maatwerk en belemmert democratische keuzes op lokaal niveau. Dat is niet de bedoeling, integendeel: iedereen is het eens over de noodzaak van minder regels en minder bureaucratie. Dat is voor het kabinet een reden om gemeenten in de WMO een grote mate van beleidsvrijheid te geven. Dit zal leiden tot verschillen tussen gemeenten. Die kunnen op zichzelf weer een aanleiding zijn voor verbetering en vernieuwing.

<sup>1</sup> Informatievoorziening aan derden, waarbij het CBS als clearing-house de begroting- en rekeninggegevens van gemeenten ontvangt en vertaalt naar de verschillende afnemers.

<sup>2</sup> Landelijke afspraak tussen kabinet, VNG en cliëntenorganisaties over een minimum aan overal geldende voorzieningen binnen de Wvg. Het protocol was bedoeld om verschillen tussen gemeenten te verkleinen.

Het kabinet vindt dan ook dat een instrument als het Wvg-protocol<sup>2</sup> ten principale niet meer past in de decentralisatie van verantwoordelijkheden die het met de WMO voorstaat. Het kabinet wil met de WMO via een andere weg de doelstellingen van het Wvg-protocol – betere dienstverlening aan burgers – bereiken. Het Wvg-protocol regelt teveel in detail hoe gemeenten geacht worden met bepaalde zaken om te gaan. Zo geeft het

aan dat gemeenten relatief eenvoudige, veelgevraagde voorzieningen op voorraad moeten houden. Wanneer dergelijke aspecten ook nog in regels vastgelegd moeten worden, leidt dit tot een bureaucratie (waarbij ook toezicht op de naleving van de regels moet worden georganiseerd) waar de burger niet beter van wordt.

Het kabinet vindt dit geen goede ontwikkeling. Wij zijn dan ook van plan om het wetsvoorstel dat het protocol een wettelijk basis moet geven in te trekken.<sup>1</sup> Deze wetswijziging past niet langer in het toekomstperspectief van de Wvg wanneer deze opgaat in de WMO.

### *Mogelijkheden voor regie*

Bij de voorzieningen voor burgers voor maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid spelen meestal verschillende partijen en uitvoerende organisaties een rol. Het realiseren van een sportaccommodatie is niet alleen een zaak van de sportvereniging maar stelt ook eisen aan de ruimtelijke ordening. Bij een keten van wonen, zorg en maatschappelijke ondersteuning zijn niet alleen verschillende gemeentelijke diensten, maar ook woningcorporaties, zorgaanbieders, verzekeraars (zorgkantoren), welzijnsstichtingen en cliëntorganisaties betrokken. Dat kan leiden tot doublures maar ook tot hiaten in de keten. Om dit te voorkomen is afstemming tussen die partijen essentieel: één partij moet de regie voeren.

De gemeente is vanuit haar (controleerbare) publieke verantwoordelijkheid de natuurlijke partij om die regierol te vervullen.<sup>2</sup> Zij is als enige in staat op lokaal niveau ontwikkelingen te kanaliseren, een integraal beleid te voeren dat goed rekening houdt met de lokale omstandigheden en de wensen van burgers. De gemeente kan als geen ander de samenhang bevorderen tussen de voorzieningen die voor de burger van belang zijn en individueel maatwerk bieden.<sup>3</sup> «Regie» betekent hier volgens het kabinet: initiatief nemen en partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Dat vraagt wel medewerking van bijvoorbeeld woningcorporaties en zorgkantoren. Het kabinet vindt dat de taken en verantwoordelijkheden van woningcorporaties en zorgverzekeraars voldoende wettelijk verankerd zijn en daarmee voldoende aanknopingspunten bieden om samen doelstellingen te realiseren. Mocht blijken dat in incidentele gevallen de samenhang niet tot stand komt, dan zijn wij bereid samen met de minister van VROM (vanuit de toezichtbevoegdheden) bestuurlijke actie te ondernemen om de samenwerking op gang te helpen.

Het kabinet vindt dat beslissingen op het terrein van de AWBZ niet mogen leiden tot het afwentelen van problemen op gemeenten. Gemeenten hebben zich de afgelopen jaren in het proces van extramuralisering van de zorg voor het blok gesteld gevoeld. Juist met het zo scherp mogelijk afbakenen van AWBZ-zorg en maatschappelijke ondersteuning en een scherpe indicatiestelling wil het kabinet dit voor de toekomst voorkomen. Gemeenten zijn voor het bereiken van resultaten ook afhankelijk van een aantal zelfstandige partijen. Dit betekent dat gemeenten ook niet volledig verantwoordelijk kunnen zijn voor het eindresultaat. Ze zijn wel verantwoordelijk voor wat zij binnen hun mogelijkheden (financieel en bestuurlijk) hebben gedaan voor een zo goed mogelijk resultaat. Het kabinet wil de ontwikkelingen rond de regierol van gemeenten in de praktijk goed blijven volgen. Samen met de VNG wordt de komende jaren gekeken waar zich eventueel knelpunten voordoen. Daarover kunnen zo nodig en zo mogelijk nadere afspraken gemaakt worden.

### *Voldoende geld voor de taakverzwaring*

De financiering van de WMO gaat via de algemene uitkering uit het

<sup>1</sup> Het wetsvoorstel «Wijziging van de Wet voorzieningen gehandicapten in verband met het tot stand brengen van de mogelijkheid om met betrekking tot de verstrekking van verantwoordelijke voorzieningen regels te stellen» dat op 25 april 2002 door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bij de Tweede Kamer is ingediend (TK 2001–2002, 28 348, nrs. 1–2)

<sup>2</sup> Hiermee geven wij tevens een reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer over wonen, zorg en welzijn waarin geconstateerd wordt dat het Rijk niet duidelijk aangeeft wie de regierol heeft op deze beleidsterreinen.

<sup>3</sup> Gemeenten kunnen in het overleg met regionale partijen zoals zorgkantoren samenwerkingsafspraken maken (WGR) en één gemeente aanwijzen als vertegenwoordiger van de regiogemeenten.

Gemeentefonds. Dat is geheel in lijn met het uitgangspunt van de gemeentelijke beleidsvrijheid. Gemeenten geven op dit moment naar schatting € 3 miljard uit aan welzijn en € 1 miljard aan de Wet voorzieningen gehandicapten. Het geld voor die taken die uit de AWBZ overgaan naar de WMO, wordt straks in het Gemeentefonds gestort. Ook wordt rekening gehouden met de specifieke groei die met deze taken verbonden is, bijvoorbeeld als gevolg van demografische ontwikkeling.

Het geld voor de gemeenten wordt nu volgens het verdeelstelsel van het Gemeentefonds verdeeld. Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn globaliteit en kostenoriëntatie. Het verdelen van het geld voor de WMO moet daarom zo goed mogelijk aansluiten bij de factoren of structuurkenmerken die kosten veroorzaken. De verdeling van het geld wordt daaraan aangepast.

Bij het verdelen van het geld wordt rekening gehouden met de bijzondere situatie bij bepaalde prestatievelen zoals de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang waar het geld naar centrumgemeenten gaat. Dat blijft ook onder de WMO zo. Op deze manier is er een betere waarborg voor het handhaven van de crisisopvangfunctie bij dak- en thuisloosheid en bij geweld in de thuissituatie.

Het Gemeentefonds kent groepen voorzieningen (*clusters*). Dit maakt het ook in de toekomst mogelijk om de uitgaven voor de WMO goed te herkennen in het geheel van de gemeentelijke uitgaven. De fondsbeheerders (de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de minister van Financiën) zullen de uitgaven goed volgen. Het Periodiek Onderhouds Rapport (POR) en het Financieel Overzicht Gemeenten (FOG) doen verslag van de ontwikkeling van de kosten, het geld dat gemeenten ter beschikking staat en de verdeling daarvan. Beide stukken gaan ook naar de Kamer. Het kabinet overlegt in de voorbereiding van de WMO nog met de gemeenten over het totale over te hevelen bedrag, de groeivoet en de verdeling van het geld over de gemeenten.

#### *Mogelijkheden om een vergoeding van burgers te vragen*

Het kabinet ziet onder ogen dat de gemeenten voor het doelmatig uitvoeren van de WMO een effectief beheersinstrumentarium moeten hebben. Een belangrijk onderdeel van dit instrumentarium is een eigen bijdrage. Om de WMO toegankelijk te houden voor iedereen en voor de effectiviteit van de eigen-bijdrageregeling is het wenselijk dat de gemeente in de regeling elke burger naar draagkracht verantwoordelijkheid kan laten nemen.

Gemeenten mogen met in achtneming van door het Rijk bepaalde grenzen in de WMO een eigen bijdrage vragen. Daarbij zijn de huidige regelingen voor de AWBZ en de Wvg vertrekpunt. Het is immers niet de bedoeling dat gemeenten een eigen inkomensbeleid gaan voeren. Over de precieze invulling van deze beleidskaders vindt verder overleg plaats met betrokken partijen.

#### *4.4 Kleine gemeenten en de rol van de provincie*

De gemeenten zijn met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning in hun gemeente. De vraag is echter of kleine gemeenten deze verantwoordelijkheid ook kunnen waarmaken. Kunnen zij de wet daadwerkelijk uitvoeren zonder al teveel bureaucratie voor instellingen die werken in een groter werkgebied dat meerdere gemeenten omvat en hebben zij voldoende deskundigheid?

Het kabinet geeft bij het invoeren van de WMO nadrukkelijk aandacht aan de kleine gemeente. Ook de VNG en (vanuit hun verantwoordelijkheid voor de steunfunctie) provincies kunnen ondersteuning bieden. Voor

eventuele problemen zijn diverse oplossingen mogelijk: het inhuren van externe deskundigheid (op de vrije markt of bij de centrumgemeente) of het organiseren van regionale ondersteuning bij bijvoorbeeld de GGD of een ander regionaal samenwerkingsverband.

Ook nu al brengen veel kleine gemeenten een aantal wettelijke taken vanwege de schaalgrootte en de doelmatigheid vrijwillig onder in een gemeenschappelijke regeling op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. Gemeenten zijn voor de WMO uiteindelijk wel zelf verantwoordelijk voor de resultaten; het lijkt dus niet wenselijk in de samenwerking verder te gaan dan uitvoeringstechnische aspecten.

De rol van de provincie kan wat het kabinet betreft, net als bij de huidige Welzijnswet, een ondersteunende zijn voor het uitvoerend beleid van gemeenten, instellingen en burgers. De provincies hebben de laatste jaren veel ervaring opgedaan in het ondersteunen van gemeenten, instellingen en organisaties die zich richten op de belangenbehartiging van de doelgroepen. Die provinciale steunfunctie moet blijven bestaan. Daarnaast hebben provincies een aantal belangrijke taken op het terrein van de ruimtelijke ordening, het vervoer en de jeugdzorg. Die taken sluiten aan bij de taken van gemeenten in het kader van de WMO.

#### *4.5 Voorbereiden en invoeren WMO*

De plannen van het kabinet met de AWBZ en de WMO hebben gevolgen voor diverse partijen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verantwoordelijkheden van burgers, gemeenten en verzekeraars; die worden anders. Daarnaast veranderen de onderlinge verhoudingen op gemeentelijk niveau: gemeenten krijgen een bredere ondersteuningstaak voor hun inwoners dan nu het geval is. Bovendien moeten zij in de toekomst (wellicht) contracten sluiten met zorgaanbieders om de in de WMO vereiste diensten aan te kunnen (laten) bieden. Alle partijen gezamenlijk hebben de taak elkaar goed te informeren over de nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden.

Dit betekent ook een andere situatie voor zorgaanbieders. Die doen nu, onder de huidige AWBZ, vrijwel alleen zaken met (zorgkantoren van) verzekeraars. Zij zijn straks met de WMO voor een deel van hun activiteiten afhankelijk van afspraken met gemeenten. Het kabinet verwacht dat gemeenten hun regierol zo organiseren dat succesvolle activiteiten van zorgaanbieders bijvoorbeeld op het terrein van vermaatschappelijking van de zorg ook onder de WMO hun weg kunnen vinden.

Er verandert het nodige voor gemeenten en burgers. Wij stellen samen met de VNG een uitgebreid implementatieplan op. Er worden overigens in het implementatietraject geen onomkeerbare stappen gezet voordat de Kamer zich heeft kunnen uitspreken.<sup>1</sup> Voor het implementatieplan maken wij gebruik van ervaringen bij het invoeren van de Wet Werk en Bijstand. Met de VNG ontwikkelen wij een uitgebreid instrumentarium om gemeenten te helpen bij het oppakken van hun nieuwe taken. Hiervoor wordt onder meer een WMO-steunpunt opgericht voor gemeenten. Dat krijgt onder meer de volgende taken: ontwikkelen van producten om de nieuwe taken te ondersteunen (bijvoorbeeld een modelverordening, voorbeeldnota), signaleren en helpen oplossen van knelpunten en geven van voorlichting. Het steunpunt moet gemeenten ondersteunen en advies geven om vanaf 1 januari 2006 de WMO goed uit te kunnen voeren. Vooral voor kleinere gemeenten kunnen bijvoorbeeld kwartiermakers en het uitwisselen van ervaringen van belang zijn.

---

<sup>1</sup> Zoals de Kamer mij heeft verzocht in haar brief van 6 april 2004.



Daarnaast zorgen wij ervoor dat de gevolgen van de overheveling van bepaalde AWBZ-taken naar de WMO zorgvuldig begeleid wordt. Daarbij richten wij ons ook op andere partijen dan de gemeenten.

De gemeente dient zelf de burgers zo goed mogelijk voor te lichten over de veranderingen in de lokale structuur als gevolg van het invoeren van de WMO. Die gevolgen zijn voor iedere gemeente verschillend en daarom kan iedere gemeente dat afzonderlijk het beste doen voor zijn eigen inwoners. Ook zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren. De rijksoverheid moet op haar beurt alle wijzigingen op tijd en op een begrijpelijke manier communiceren naar deze partijen.

Mensen die zorg of dienstverlening nodig hebben moeten straks goed weten waar zij terecht kunnen. Dit geldt vooral daar waar verantwoordelijkheden veranderen. Burgers moeten daarover goed geïnformeerd worden.

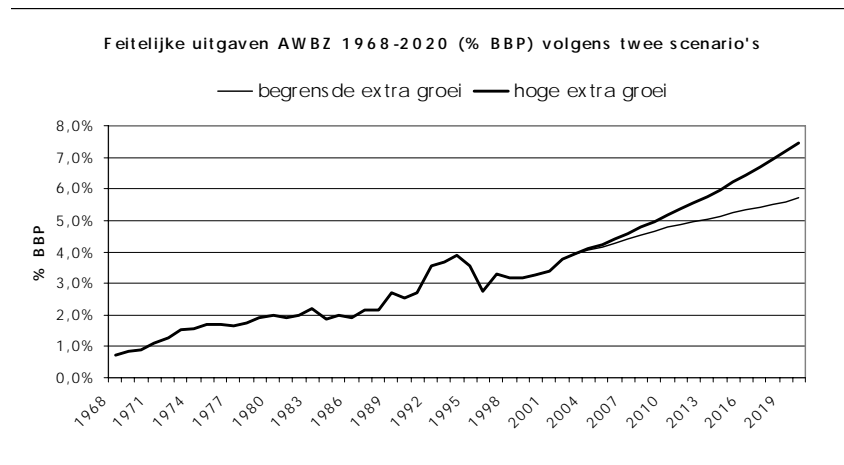
## DEEL III BEHEERSTE GROEI VAN DE AWBZ

### 5 Ontwikkelingen in vraag en kosten

#### 5.1 Vergrijzing en kosten

De uitgaven in de AWBZ zijn de laatste jaren sterk gegroeid. Dat is vooral het geval sinds het Actieplan *Zorg Verzekerd* eind 2000. De uitgaven zijn meer gestegen dan op basis van de demografische ontwikkeling (bevolkingsomvang en vergrijzing) en het aanpakken (wegwerken) van de wachtlijsten te verwachten was. Er spelen dus meer factoren een rol, zoals hogere loonkosten en organisatiekosten. Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft in zijn studie *Advies ramingen verpleging en verzorging* naast de vergrijzing ook het effect van een aantal sociaal-economische factoren op de vraag naar zorg in kaart gebracht.<sup>1</sup> Maar ook dit kan de uitgavenontwikkeling van de afgelopen jaren niet helemaal verklaren.

**Figuur 1: Kosten van AWBZ-gefinancierde zorg, 1968 – 2020; twee scenario's<sup>2</sup>**



Figuur 1 laat de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven zien sinds 1968. Vanaf 2004 gaat het uiteraard om te verwachten uitgaven, volgens twee scenario's.<sup>3</sup> In het eerste scenario van begrensde extra groei stijgen de uitgaven door toenemend gebruik van AWBZ-voorzieningen met € 0,8 miljard oplopend tot € 1,2 miljard per jaar. Het tweede scenario met hoge

<sup>1</sup> In bijlage 3 is de SCP-studie *Advies ramingen verpleging en verzorging* opgenomen \*).

<sup>2</sup> De «hobbel» in de grafiek wordt veroorzaakt door het tijdelijk (van 1992 tot en met 1995) in de AWBZ opnemen van farmaceutische hulp.

<sup>3</sup> De verdere ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven moet realistisch geraamd worden. We hebben hiervoor met onder meer de SCP-gegevens twee scenario's ontwikkeld. Het eerste scenario (begrensde extra groei) gaat ervan uit dat per persoon gemiddeld nog tien procent meer zorg geïndiceerd zou kunnen worden. Het tweede scenario (hoge extra groei) gaat verder en extrapoleert de groei van de hoeveelheid zorg per persoon naar de toekomst. De scenario's houden geen rekening met (noodzakelijke) verbeteringen in de kwaliteit van de geleverde zorg zelf (meer privacy, meer personeel, nieuwe huisvesting) maar gaan uitsluitend over de omvang van de geleverde zorg en de hoeveelheid producten per cliënt bij gelijkblijvende behoefte aan zorg.

\* Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

extra groei leidt tot extra uitgaven van ongeveer € 1,0 miljard per jaar. Dit bedrag loopt geleidelijk verder op tot € 2,4 miljard per jaar.

Tabel 2 laat de gevolgen van de ontwikkeling van de uitgaven zien voor de hoogte van de AWBZ-premie, opnieuw volgens beide scenario's. De premie gaat in het eerste scenario omhoog tot bijna 18 procent in 2010 en tot ongeveer 21 procent in 2020. In het tweede scenario loopt de premie op tot iets meer dan 25 procent in 2020.

**Tabel 2: AWBZ-premie bij ongewijzigd beleid; twee scenario's**

	2003	2010	2020
Begrensde extra groei	13,3%	17,3%	20,7%
Hoge extra groei	13,3%	18,2%	25,1%

De uitgaven in de AWBZ worden niet alleen bepaald door de «productie» maar ook door de (relatieve) prijsontwikkeling. De AWBZ is een arbeidsintensieve sector en dat verklaart dat de uitgaven in de AWBZ jaarlijks een half procentpunt hoger liggen dan de algemene prijsstijging. De uitgangspositie in de sectoren gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en geestelijke gezondheidszorg<sup>1</sup> is steeds verschillend en daarmee verschilt ook de kostenontwikkeling.

Waar zit die extra groei dan? De AWBZ lijkt een aanzienlijke «latente vraag» te kennen van mensen die (bij een lage drempel) zorg en dienstverlening aanvragen waar zij dit anders waarschijnlijk niet zouden doen. Ook het SCP concludeert dat de potentiële vraag – het aantal mensen met zorgproblemen die recht geven op AWBZ-gefinancierde diensten wanneer die mensen zich bij het RIO melden – veel hoger ligt dan de vervulde vraag, de zorg die feitelijk wordt geleverd aan mensen. In de praktijk vangen de mantelzorg en informele of particuliere hulp dit «gat» – het verschil tussen potentiële vraag en de feitelijk geleverde zorg – op. Het SCP heeft berekend dat bij thuiswonende ouderen (extramuraal ouderenzorg) de potentiële vraag driemaal zo groot is als wat nu «geleverd» wordt.

### 5.2 Veel meer personeel nodig

Er komen steeds meer mensen in de AWBZ-sectoren te werken. De verwachting is dat het aantal arbeidsplaatsen ook in het scenario van een beperkte extra groei fors stijgt: van 309 000 volledige arbeidsplaatsen (dat is 563 000 werknemers) in 2003 naar 625 000 volledige arbeidsplaatsen in 2020 (dit zijn 1 176 000 werknemers).<sup>2</sup> Dit is meer dan een verdubbeling binnen twee decennia.

Ondertussen stijgt de potentiële beroepsbevolking (personen in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar) nauwelijks. Het aandeel van AWBZ-werknemers in de potentiële beroepsbevolking zou daarentegen zelfs in het minst vergaande scenario moeten stijgen van 5,6 procent in 2003 naar 11,6 procent in 2020 moeten stijgen.

### 5.3 Mantelzorg en informele blijven steunen

De vergrijzing is de komende jaren maar voor een beperkt deel de oorzaak van de extra uitgaven. De betere kwaliteit van de voorzieningen én het in zorg omzetten van «latente» vraag dragen veel meer bij aan de kostenstijgingen. Mantelzorg en andere vormen van informele hulp kunnen die groei remmen maar dan moeten ze wel gesteund worden om ook te kunnen blijven bestaan.

<sup>1</sup> Waar sprake is van de geestelijke gezondheidszorg wordt het care-deel van de ggz bedoeld. De extramuraal (ggz-)zorg en de intramuraal zorg in het eerste jaar gaan voor deze sector straks van de AWBZ over naar de Zorgverzekeringswet zoals in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet is afgesproken.

<sup>2</sup> Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de arbeidsproductiviteit niet groeit. Gebeurt dat wel, dan zijn uiteraard minder mensen nodig.

Mantelzorgers en informele hulpverleners zijn immers een onmisbare schakel in de «zorgketen». De mantelzorg die nu wordt verleend aan mensen met een potentiële behoefte aan verpleging of verzorging komt, in geld uitgedrukt, neer op circa € 7 miljard.<sup>1</sup> Dit maatschappelijk kapitaal vult grotendeels het gat op tussen de potentiële vraag naar zorg en dat wat werkelijk geleverd wordt (de vervulde vraag).

Mantelzorgers mogen niet overbelast raken zodat ze stoppen met hun ondersteuning of die aanzienlijk verminderen. Een aantal ontwikkelingen bedreigt niettemin de mantelzorg. Zo wonen mensen verder van hun ouders dan vroeger en werken steeds meer vrouwen. Het kabinet wil daarom dat mantelzorgers goed ondersteund worden. De levensloopregeling waar het kabinet aan werkt, kan daar een bijdrage aan leveren: ze biedt burgers de gelegenheid op een aantal momenten in hun carrière ruimte te maken om bijvoorbeeld voor naasten te zorgen. Het kabinet wil de lokale steun aan mantelzorgers ook verbeteren. Daarom gaat het geld van de premiesubsidieregeling «coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg» in het kader van de WMO grotendeels vanuit de AWBZ naar het Gemeentefonds. Het gaat om € 20,5 miljoen.

#### 5.4 Conclusie

Het kabinet kiest voor een meersporenbeleid.

Het eerste is met het invoeren van de WMO de keuze voor een sterk stelsel van lokale ondersteuning en het tegelijkertijd verkleinen van het pakket in de AWBZ. Door meer gebruik te maken van ondersteunende voorzieningen, van algemeen en integraal gemeentelijk beleid en (het ondersteunen) van de mantelzorg, kan de AWBZ ontlast worden. Maar de WMO is beslist niet de enige oplossing voor de houdbaarheid van de AWBZ op langere termijn. Daarvoor is meer nodig.

Het tweede spoor bestaat daarom uit beheersmaatregelen in de AWBZ zelf om de kosten binnen de afgesproken financiële kaders (ijklijnen) van het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet te houden. De volgende maatregelen zijn al in gang gezet of in voorbereiding:

- Alleen vergoeden daadwerkelijk geleverde directe «productie» aan zorg («boter bij de vis») (reeds doorgevoerd)
- Weghalen «schotten» in de AWBZ waardoor meer concurrentie ontstaat (reeds doorgevoerd)
- Algemene efficiëncykorting (reeds doorgevoerd)
- Verhogen eigen bijdrage vanaf 2004 (reeds doorgevoerd)
- Beperken van aanvullende productieafspraken met een aanwijzing aan het CTG tot situaties waar knelpunten ontstaan
- Zo spoedig mogelijk afschaffen van de contracteerplicht van zorgkantoren met instellingen: meer ruimte voor marktwerking
- Onderzoek naar doelmatig werken in verpleeghuizen (vindt nu plaats)
- Invoeren scherpere (protocollering van de) indicatiestelling. Dit gebeurt al voor de «gebruikelijke zorg» die huisgenoten (partners, ouders en inwonende kinderen) elkaar moeten bieden.
- Centraliseren van verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling (vanaf 2005)
- Evalueren werking persoonsgebonden budgetten
- Onderzoek naar grote kostenstijgingen in de gehandicaptensector en in de geestelijke gezondheidszorg
- Invoeren van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ met een tariefstructuur waarmee zorgkantoren beter over de prijs kunnen onderhandelen
- Bezien positie van de zorgkantoren. Daarbij de mogelijkheden betrekken om zorgkantoren een belang te geven bij een doelmatige

<sup>1</sup> Het SCP heeft de opbrengst van mantelzorg berekend door eerst te kijken naar de kosten van de potentiële vraag. Dat is de vraag naar zorg die er in beginsel is. Hiervan is de feitelijk geleverde formele zorg afgetrokken. Het resterende zou dan overeen moeten komen met alle geleverde mantelzorg, informele hulp en particuliere hulp. Dit is in geld omgerekend circa 10 miljard. De particuliere hulp bedraagt naar schatting 3 miljard zodat het restant een maatschappelijk kapitaal is van circa 7 miljard dat voor rekening komt van mantelzorg en informele hulp.

- inkoop van zorg. De Kamer wordt hierover naar aanleiding van de motie-Vietsch in mei 2004 geïnformeerd.
- Overhevelen per 2006 van de extramurale ggz en de intramurale ggz in het eerste jaar naar de Zorgverzekeringswet waar meer doelmatigheidsprikkels zijn.
  - Beoordelen van het verzekerde pakket en daaruit de niet-zorg elementen verwijderen in samenhang met het inrichten van de WMO vanaf 2006.

Zonder beheersingsmaatregelen lopen de uitgaven in het scenario van hoge extra groei op van 3,9 procent (nu) tot circa 7,4 procent (2020) van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De explosieve groei komt niet alleen door de vergrijzing of het inlopen van wachtlijsten, maar ook door allerlei afwentelingen op de AWBZ van zaken die mensen voorheen in eigen oplossen of die in het gemeentelijk domein werden opgelost, èn door een groeiend gebruik van zorg per persoon (kwaliteitsvraag). Het kabinet meent met beheersings- (en gedragsbeïnvloedende) maatregelen, uitgaande van een economische groei van 1,8 procent per jaar, de groei van de AWBZ-uitgaven te kunnen beperken zodat de uitgaven als percentage van het BBP naar verwachting niet verder oplopen.

## **6. Veranderingen in de AWBZ**

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning moet de pijler worden van de gemeentelijke rol op het terrein van zorg, welzijn en dienstverlening voor haar burgers. De WMO is nadrukkelijk geen afgeleide van de AWBZ maar heeft een zelfstandige functie. De gemeente is straks nog meer dan nu het geval is het eerste loket waar mensen terechtkomen. Het kabinet beseft dat dit een andere kijk vraagt op de zorg voor mensen. Dit vraagt niet om centraal vastgestelde afdwingbare rechten zonder enige relatie met of geschiedenis in de lokale situatie maar een pakket aan voorzieningen die onder de regie van gemeenten op maat en naar behoefte laagdrempelig worden georganiseerd.

Een deel van die taken en voorzieningen zijn nu nog onderdeel van de AWBZ. Het kabinet gaat, om te komen tot een volwaardige en effectieve WMO, de verantwoordelijkheid van gemeenten uitbreiden met een substantieel deel van de taken die nu in de AWBZ zijn geregeld. Zo wordt in gemeenten een samenhangend en zoveel mogelijk inclusief beleid mogelijk voor mensen met beperkingen.

Het uitgangspunt daarbij is: op lokaal niveau horen vormen van zorg thuis die het karakter hebben van praktische ondersteuning (diensten) en sociale begeleiding (in aansluiting op welzijn en maatschappelijk werk). (Para)medische zorg, direct lijfsgebonden en op genezing gerichte zorg horen meer thuis in een zorgverzekering.

De AWBZ-zorg is er in de eerste plaats voor de allermoeiaste doelgroep. Die mensen kunnen ook straks alle huidige AWBZ-zorg – indien ook sprake is van een indicatie voor verblijf – integraal vanuit de AWBZ krijgen. Daarnaast blijft een aantal zorgfuncties ook extramuraal vanuit de AWBZ geboden worden.

De samenhang in de dienstverlening aan de cliënt speelt een belangrijke rol in de afweging over wat in de AWBZ moet blijven, wat onder verantwoordelijkheid van gemeenten wordt gebracht en wat een plaats moet krijgen in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Daarbij heeft het kabinet zowel gekeken naar de samenhang met zorg die in de AWBZ blijft, met zorg op basis van de ZVW en met lokale voorzieningen waar mensen gebruik van maken. Het kabinet zet in zijn afweging voorop dat de verantwoordelijkheden goed en eenduidig verdeeld moeten zijn om te voorkomen dat aanbieders, verzekeraars en gemeenten ten nadele van cliënten verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven. Daarom worden zo veel mogelijk

gehele functies of zeer duidelijk af te bakenen onderdelen van functies elders ondergebracht.

De voorstellen leiden ertoe dat de AWBZ – gefaseerd – in belangrijke mate teruggaat naar haar oorspronkelijke doelstelling: zware zorg voor bijzondere groepen. De fasering is van belang: het kabinet hecht aan een zorgvuldige en beheerste overgang die rekening houdt met de mogelijkheden voor invoering op lokaal niveau. Daarom gaan niet alle maatregelen al in 2006 in. Daarnaast vindt het kabinet dat burgers ook meer eigen verantwoordelijkheid moeten nemen: zelf en voor elkaar. Dat heeft ook gevolgen voor de aanspraken die in de AWBZ blijven.

### *6.1 Doorgaan met modernisering AWBZ*

De afgelopen jaren is met het zogenoemd Groot Project Modernisering AWBZ hard gewerkt aan het vernieuwen van de AWBZ. Jarenlang domineerde in de AWBZ het bestaande aanbod aan zorg, maar deze benadering voldeed niet meer: er ontstonden wachtlijsten, de zorg werd ondoelmatig en er werd onvoldoende gereageerd op de wensen van cliënten. De modernisering van de AWBZ stelt daarentegen de cliënt centraal (vraaggestuurd), haalt «schotten» weg tussen sectoren waardoor aanbieders met elkaar kunnen concurreren en wil meer doelmatigheid om ook de kosten in de hand te kunnen houden. De wens van de cliënt krijgt meer gewicht omdat bij de aanspraken op zorg van functies wordt uitgegaan en niet meer van instituties.

Per april 2003 zijn de zogenoemde functiegerichte aanspraken in de AWBZ ingevoerd. Dit was een belangrijke stap in de modernisering van de AWBZ. Sinds die tijd wordt de zorg geïndiceerd in functies (verpleging, persoonlijke verzorging, et cetera) en niet meer op het niveau van instellingen of sectoren (thuiszorg, verpleeghuis, verzorgingshuis). Het begrip functies is nu leidend in de hele zorgketen: bij de aanspraken, de indicatiestelling, de toelating en de bekostiging van instellingen en bij de verantwoording.

Het vervallen van het onderscheid tussen sectoren en de wijze waarop de zorg wordt verleend (in of buiten een instelling of een mengvorm) zorgt er ook voor dat het beschikbare geld efficiënter gebruikt kan worden. Instellingen worden nu per functie toegelaten en kunnen deze functie als zij dat willen voor de gehele AWBZ aanbieden en niet meer alleen voor een deelsector. Deze «ontschotting» stimuleert bovendien de bedrijvigheid op de zorgmarkt: er komen meer aanbieders met verschillende achtergronden die naar de gunst van de cliënt dingen en een breed scala aan producten in de markt kunnen zetten. Er komt, kortom, meer concurrentie en meer keuze.

De modernisering biedt vanuit de AWBZ ook betere mogelijkheden om de zorg goed aan te laten sluiten op de lokale en regionale infrastructuur van wonen, werken en welzijn. Dit bevordert de doelmatigheid en komt meer tegemoet aan de wens van burgers en overheid om mensen zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk te laten zijn.

Vanuit de WMO kunnen mensen thuis ondersteuning krijgen en de AWBZ levert zo nodig aanvullend daarop zorg bij mensen thuis. Zo sluiten de AWBZ en de WMO op elkaar aan.

De modernisering van de AWBZ gaat de komende jaren door. Dat is ook nodig om de financiering op basis van functies (functiegerichte bekostiging) af te maken. Mede hiermee kunnen de zorgkantoren beter onderhandelen over de omvang van de zorg (volume), inhoud, kwaliteit en prijs. Daarnaast zijn wij van plan om vanaf 2005 voor de extramurale zorg de contracteerplicht van zorgkantoren met toegelaten instellingen te laten

vervallen. Het zorgkantoor is dan vrij in het kiezen van aanbieders bij het maken van productie-afspraken. De aanbieders (instellingen of anderszins) zullen zich in de toekomst ongetwijfeld ook tot de gemeenten richten voor afspraken over activiteiten die nu uit de AWBZ betaald worden en straks onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen.

### 6.2 Meer eigen verantwoordelijkheid cliënten AWBZ

De zorg in de AWBZ begint met de indicatiestelling. Het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) bepaalt op welke zorg iemand recht heeft en in welke mate. Deze poortwachterfunctie is de hoeksteen van de AWBZ en vraagt vanwege de rechtszekerheid een zo uniform mogelijke aanpak voor het hele land.

Daarom heeft het kabinet besloten de decentrale aanpak van de indicatiestelling (circa tachtig regionale indicatieorganen) te laten varen. Op 1 januari 2005 start de centrale aansturing via het nieuw op te richten landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De cliënten blijven overigens zoveel mogelijk lokaal geholpen worden. U bent hierover de afgelopen tijd uitvoerig geïnformeerd.<sup>1</sup>

Een belangrijke afweging bij de indicatiestelling is de mate waarin rekening kan worden gehouden met zorg die mensen zelf moeten regelen, buiten de AWBZ; dat kan in het gezin of in de leefeenheid, de zogenoemde *gebruikelijke zorg*.<sup>2</sup> Veel verschillen in de indicatiestelling voor de AWBZ komen doordat indicatiestellers anders omgaan met wat gebruikelijke zorg is.

Mede daarom heeft de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) een *werkdokument gebruikelijke zorg* opgesteld dat brede steun heeft in het veld. Dit protocol vult de eigen verantwoordelijkheid van burgers en hun naasten goed in. En zorgt ervoor dat mensen, waar dit kan, ook meer voor elkaar kunnen opkomen. Indicatiestellers passen dit protocol nu toe.<sup>3</sup> De criteria in het protocol gaan wij te zijner tijd bezien, maar het kabinet verwacht dat het goed toepassen van het protocol leidt tot minder geïndiceerde zorg. Op korte termijn start een onderzoek naar de effecten van dit protocol op de totale omvang van de geïndiceerde zorg. De registratie bij de indicatiestelling is sterk verbeterd en dat maakt het mogelijk om de effecten op de uitvoeringspraktijk te meten.

### 6.3 Groot deel verblijfsfunctie uit de AWBZ naar woonsector

Mensen willen steeds langer zelfstandig (blijven) wonen, ook al hebben ze zorg nodig. De mogelijkheden daarvoor zijn ook groter geworden en nemen, zeker met de modernisering van de AWBZ, steeds meer toe. Mensen met een beperking hebben veel meer mogelijkheden om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen met zorg-aan-huis.

Dit roept vragen op over de huidige aanspraak op verblijf in de AWBZ. In feite woont een deel van de mensen met de indicatie «verblijf» zelfstandig in een individuele woning en krijgt daar zorg geleverd. Er is geen reden om het wonen in die situatie nog uit de AWBZ te betalen. Op dit moment is er geen goede grens tussen gewoon wonen in de woonsector (huur of koop) en de functie «verblijf» in de AWBZ. In feite is «AWBZ-verblijf» alleen gerechtvaardigd wanneer de verblijfslocatie ook echt nodig is om de zorg te kunnen bieden.

Het kabinet vindt wonen – mede in het licht van de heroverweging van wat publiek en privaat is – een «gebruikelijke voorziening» die niet binnen het collectieve systeem van de AWBZ geregeld moet worden. Waar verblijf het karakter heeft van «wonen» is de cliënt hier zelf verantwoorde-

<sup>1</sup> Zie: De brief van 7 november 2003 over het standpunt van VWS op het advies Bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling van het College Implementatie Indicatiebeleid (TK 2003–2004, 26 631, nr. 61) en de brief van 13 februari 2004 over het plan van aanpak centraliseren indicatiestelling AWBZ (TK 2003–2004, 26 631, nr. 72).

<sup>2</sup> Gebruikelijke zorg is die zorg die mensen in een gezin of leefeenheid worden geacht zelf te regelen en is afdwingbaar; het wordt van de indicatie afgetrokken. Het gaat concreet om: het huishouden, de zorg voor de kinderen afhankelijk van hun leeftijd en de persoonlijke zorg van partners onderling voor beperkte duur. Mantelzorg (van familie, vrienden, vrijwilligers) ligt in het verlengde hiervan maar gaat verder gaat in duur, intensiteit en zwaarte van zorg, maar is niet afdwingbaar. Mantelzorg wordt alleen van de indicatie afgetrokken wanneer mantelzorgers aangeven die zorg zelf te willen leveren.

<sup>3</sup> Zie de brief aan de Tweede Kamer van 10 maart 2004 (TK 2003–2004, 26 631, nr. 73).

lijk voor en moet hij of zij die voorziening in principe zelf betalen. Hij of zij kan daarbij uiteraard een beroep doen op geldende inkomensafhankelijke «vangnetten» zoals huursubsidie. De mensen die op dit moment al van de verblijfsfunctie uit de AWBZ gebruik maken (mensen die nu bijvoorbeeld wonen in verzorgingshuizen), kunnen dat straks uiteraard blijven doen (eventueel in de vorm van huur), tenzij zij er zelf voor kiezen zelfstandig te gaan wonen.

Het kabinet trekt de volgende grens tussen verblijf en wonen: individuele woningen in een beschermende woonomgeving kunnen voortaan in de woonsector worden gerealiseerd. Dit gaat om een fors deel van de capaciteit in verzorgingshuizen: circa 50 tot 70 procent van de verzorgingshuisplaatsen. In mindere mate geldt dit voor de gehandicaptenzorg. Hier gaat het om ongeveer 10 procent van de intramurale capaciteit in die sector.

Verblijf op grond van de AWBZ blijft mogelijk voor ouderen, gehandicapten en chronische (na het eerste jaar) psychiatrische patiënten die permanent toezicht nodig hebben of een beschermende woonomgeving in combinatie met groepswonen. Voor deze groepen blijft de aanspraak op verblijf van kracht. Het gaat om mensen die niet (meer) in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren. Dit geldt bijvoorbeeld voor het kleinschalig groepswonen van gehandicapten tot en met verpleeghuizen. Mensen met de indicatie «verblijf» kunnen ook alle overige zorg geleverd blijven krijgen vanuit de AWBZ, dus naast de functie «verblijf» ook de andere AWBZ-functies. Dan moet er uiteraard wel een indicatie zijn. Cliënten met een verblijfsindicatie kunnen – hoewel het gaat om ernstige en vaak complexe gevallen – in principe ook afzien van de verblijfssetting. Dan kunnen de geïndiceerde AWBZ-functies ook aan huis geleverd worden. Dit geldt ook voor de huidige AWBZ-functies die straks met de WMO naar de gemeente gaan. Wel komen er, zoals eerder aangekondigd, «omslagpunten» voor de extramurale AWBZ-zorg. Het is uit oogpunt van doelmatigheid nodig om financiële grenzen te stellen aan de hoeveelheid zorg die thuis geboden kan worden; anders zou de zorg in een aantal gevallen te duur worden. Het gevaar van «afwenteling» op de AWBZ moet worden voorkomen door een scherpe indicatiestelling voor de functie «verblijf». Wij volgen die ontwikkelingen nauwlettend.

Het kabinetsvoornemen met de verblijfsfunctie in de AWBZ sluit aan op een ontwikkeling die al meer dan twintig jaar gaande is. In die tijd is het aantal (intramurale) plaatsen in verzorgingshuizen gestaag gedaald van ruim 150 000 naar iets meer dan 100 000 nu. In plaats daarvan zijn steeds meer aanleunwoningen, woon-zorgcombinaties, woonservicezone's, arrangementen met zorg-op-afpraak en alarmeringsmogelijkheden gekomen. Veel cliënten kiezen voor behoud van zelfstandigheid en meer woongenot in de vertrouwde omgeving.

Die omvorming gaat de komende decennia zonder meer door. VWS en VROM gingen er in de recente gezamenlijke brief over de opgave wonen en zorg<sup>1</sup> al vanuit dat tot 2015 waarschijnlijk nog eens 40 000 AWBZ-plaatsen in «scheiden van wonen en zorg» omgezet worden. Het kabinet staat daarin niet alleen. Ook de brancheorganisatie van verzorgings- en verpleeghuizen Arcares vindt dat een groot deel van de verzorgingshuis-capaciteit omgezet kan worden in «scheiden van wonen en zorg».<sup>2</sup> Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen – dat in dit kader spreekt van «licht verblijf» waar het wonen en niet de zorg domineert – is eveneens van mening dat bij deze groep mensen het scheiden van wonen en zorg mogelijk is. Het College voor zorgverzekeringen adviseert om de verblijfs-indicatie in de AWBZ te beperken tot mensen die permanent toezicht nodig hebben, om zorginstellingen te prikkelen alternatieven te ontwikkelen voor verblijf en zo meer werk te maken van zelfstandig wonen voor

---

<sup>1</sup> Zie: De brief van 15 september 2003 (TK 2002–2003, 26 631, nummer 37).

<sup>2</sup> Zie: Investeringsplan wonen en zorg van Arcares, september 2003.

hun cliënten.<sup>1</sup> Extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg worden, kortom, breed onderschreven.

Het beperken van de aanspraak in de AWBZ voor de functie «verblijf» is niet van de ene op de andere dag te regelen. De uitvoering vergt veel tijd en zal niet in 2006 gereed zijn. Er moeten ook regels aangepast worden zoals het Besluit Zorgaanspraken AWBZ dat scherpere voorwaarden gaat stellen aan de functie «verblijf». Bij de planning moet enerzijds zorgvuldig rekening worden gehouden met het voorkomen van onnodig kapitaalverlies bij bestaande instellingsgebouwen en anderzijds met de gevolgen voor mensen die nu in de AWBZ een indicatie voor verblijf hebben. Het is niet de bedoeling dat mensen die nu van een verblijfsfunctie in de AWBZ gebruikmaken straks tegen hun zin hun huis uit moeten. De planning wordt in overleg met de minister van VROM ook afgestemd op het tempo waarin voldoende geschikte woningen in de woonsector beschikbaar komen. Een invoeringsplan wordt thans voorbereid.

Daarbij kijkt het kabinet ook naar de gevolgen voor de totale omvang van de huursubsidie. Het beperken van de functie verblijf leidt op termijn tot minder uitgaven van collectieve middelen.

Deze «transformatie» betekent overigens niet dat er geen extra «intramurale» plaatsen meer nodig zijn. Met name voor de groeiende groep dementerenden moet voldoende (verpleeghuis) capaciteit beschikbaar blijven.

#### *6.4 Voorzieningen van AWBZ naar Wet Maatschappelijke Ondersteuning*

Het kabinet wil de AWBZ uitdrukkelijk reserveren voor de langdurige zorg en niet voor ondersteunende taken. Daarbij is het uitgangspunt dat (para-)medische, direct lijfsgebonden of op genezing gerichte zorg in een zorgverzekering blijft.

Daarom gaat een aantal voorzieningen gefaseerd uit de AWBZ naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning of naar aangrenzende domeinen: onderwijs en arbeid. VWS, SZW en OCW onderzoeken de mogelijkheden daarvoor.

Daarnaast gaat zoals afgesproken in het hoofdlijnenakkoord, een aantal onderdelen uit de AWBZ over naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. In de AWBZ gaat nu € 18,7 miljard (netto, stand begroting 2004) om. Uit de AWBZ verdwijnen straks: huishoudelijke verzorging, ondersteuning en activering, AWBZ-vervoer en een aantal specifieke subsidieregelingen die nu uit het AFBZ (fonds met de gelden voor de AWBZ) worden betaald (premiereregelingen). Daarmee is ongeveer € 1,6 miljard gemoeid. Hoe en in welke mate bedragen naar het Gemeentefonds gaan, is onderwerp van overleg met de VNG. Daarbij wordt uiteraard een koppeling gelegd met wat het kabinet op dit gebied van gemeenten verwacht. Het bedrag dat overgaat wordt gebaseerd op de uitgaven voor die betreffende AWBZ-functie in het jaar voorafgaand aan de overheveling; de inkomsten uit eigen bijdragen van cliënten gaan daar vanaf.

Er moet overigens, net als bij de veranderingen rond verblijf, ook bij het overhevelen van functies van de AWBZ naar de WMO of naar elders een zorgvuldige overgangsregeling worden getroffen voor mensen met een bestaande indicatie voor die zorg. Zij mogen niet plotseling met grote veranderingen worden geconfronteerd.

#### *Huishoudelijke verzorging*

De functie «huishoudelijke verzorging» omvat praktische ondersteuning die niet in een zorgverzekering geregeld hoeft te worden. Deze functie gaat voor mensen zonder indicatie «verblijf» daarom per 1 januari 2006 uit de AWBZ en wordt onderdeel van de WMO. Dit geldt voor alle huishoude-

---

<sup>1</sup> Zie: Het CVZ-rapport Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ van februari 2004.



lijke verzorging die nu bij mensen thuis wordt geleverd. Mensen met een indicatie «verblijf» kunnen uiteraard ook thuis gebruik maken van alle AWBZ-functies inclusief huishoudelijke verzorging op voorwaarde dat zij daarvoor geïndiceerd zijn.

De kortdurende zorg bij ziekenhuisopname is naar de mening van het kabinet verzekeraar (derde compartiment). Dit zullen wij in overleg met Zorgverzekeraars Nederland nader invullen.

#### *Ondersteunende en activerende begeleiding*

De AWBZ kent op dit moment de functies «ondersteunende begeleiding» en «activerende begeleiding». Die zijn bedoeld om mensen met een aandoening, beperking of handicap te helpen zelfstandig te functioneren. De eerste functie (ondersteuning) is gericht op het behoud of bevorderen van de zelfredzaamheid; de tweede functie (activering) probeert daarnaast ook het herstel te bevorderen en houdt zich bezig met de gevolgen van de beperking.

In de praktijk komen beide functies meestal gezamenlijk voor. Beide AWBZ-functies komen voor als collectief aanbod – met name in de vorm van dagbesteding voor gehandicapten en cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg – en als individueel aanbod: trainen en individueel begeleiden van cliënten.

Het kabinet haalt beide vormen van begeleiding, voor zover niet in combinatie met een indicatie voor de functie verblijf, per 2007 uit de AWBZ. De dagbesteding voor gehandicapten zou vanuit het principe van *inclusief beleid* het beste passen in het onderwijsdomein (leerplichtige kinderen) en in het arbeidsdomein (volwassenen). VWS, SZW en OCW onderzoeken de mogelijkheden daarvoor.

De dagbesteding voor ouderen heeft vooral een sociale functie en een opvangfunctie. De aard van deze begeleiding past goed bij het lokale domein en de welzijnsfuncties die daar bestaan. Daarom hevelt het kabinet dit deel van de functie over naar de WMO.

Ook de dagbesteding voor chronische psychiatrische patiënten gaat naar de WMO. Het deel van de dagbesteding dat het karakter heeft van arbeidsmatige bezigheden, gaat samen met de dagbesteding voor niet-leerplichtige gehandicapten mogelijk naar het «arbeidsdomein». Dat onderzoeken we nog.

Gemeenten gaan vanaf 2007 over de individuele ondersteunende en activerende begeleiding voor gehandicapten en ouderen. Het accent bij die begeleiding ligt immers op sociale ondersteuning. Individuele activerende en ondersteunende begeleiding voor de ggz-cliënten gaat vanwege het overhevelen van de op genezing gerichte ggz al per 2006 naar de ZVW. Voor deze cliënten ligt de individuele begeleiding namelijk dicht tegen behandeling aan. Die gaat voor deze mensen ook per 2006 over naar de Zorgverzekeringswet.

Het kabinet wil het overhevelen van taken naar de WMO en mogelijk het arbeids- en onderwijsdomein in 2007 laten ingaan. Dat geeft gemeenten de tijd om zich goed op deze nieuwe taken voor te bereiden. Het biedt tevens de gelegenheid de mogelijkheden te onderzoeken om activiteiten onder te brengen in het onderwijs- en arbeidsdomein.

#### *Vervoer*

Het vervoer naar dagactiviteiten in groepen wordt nu bij medische indicatie uit de AWBZ betaald. Dat gaat veranderen wanneer die dagactiviteiten zelf naar gemeenten, onderwijs- en arbeidsdomein gaan.

Dus dan moet daar ook de verantwoordelijkheid voor het vervoer – inclusief het beschikbare geld – ondergebracht worden.

Het kabinet onderzoekt of op termijn alle vervoer voor kwetsbare groepen op één decentraal niveau te organiseren is. Naast het AWBZ-vervoer zijn er meer faciliteiten voor vervoer voor kwetsbare groepen: vervoer in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten, het bovenregionaal vervoer en het «zittend ziekenvervoer» dat uit de Ziekenfondswet betaald wordt. Het op één decentraal niveau organiseren van alle vervoer kan bijdragen aan meer doelmatigheid en meer duidelijkheid voor de mensen die van dat vervoer gebruikmaken.

### *Premie-regelingen*

De AWBZ kent niet alleen aanspraken maar ook subsidieregelingen voor specifieke onderwerpen. Het kabinet schrapt een aantal van die regelingen uit de AWBZ omdat de daaruit betaalde activiteiten thuishoren in het lokale domein. Het geld dat ermee gemoeid is gaat in het Gemeentefonds. Het gaat om de volgende regelingen:

- *Subsidieregeling diensten bij wonen met zorg (nu € 50 miljoen)*  
Deze subsidieregeling financiert diensten voor mensen met een verblijfsindicatie voor de AWBZ maar die toch zelfstandig wonen. Ze is bedoeld als impuls voor de extramuralisering van de zorg, om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten zijn. De regeling is tijdelijk, in afwachting van de WMO. Het bedrag gaat in z'n geheel naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (€ 50 miljoen).
- *Subsidieregeling MEE-organisaties<sup>1</sup> en subsidieregeling Integrale vroeghulp (nu € 150 miljoen).*  
De zogenoemde MEE-organisaties bieden cliëntondersteuning voor gehandicapten en integrale vroeghulp. De cliëntondersteuning voor gehandicapten gaat straks naar de gemeenten, als onderdeel van de WMO. De cliëntondersteuning van ouderen (ouderenadviseurs) is nu al een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Hiermee kan de lokale «loket-functie» en het ondersteunen van cliënten bij de toegang naar wonen, zorg, welzijn, vervoer en diensten lokaal stevig neergezet worden. Het daarvoor beschikbare bedrag gaat naar het Gemeentefonds.

Voor deze verandering is wel een zeer zorgvuldig tijdspad nodig. De MEE-organisaties zijn momenteel immers – op verzoek van VWS – bezig met een reorganisatie en dat kost tijd. Het is bovendien niet te verwachten dat het (gemeentelijke) loket ook voor deze doelgroep al per 1 januari 2006 beschikbaar is. Er mag echter geen «gat» ontstaan in de dienstverlening aan gehandicapten en de MEE-organisaties mogen ook niet onnodig in problemen komen. Daarom gaat het geld van deze subsidieregeling niet in 2006 maar pas in 2008 vanuit de AWBZ over naar de WMO. Vooruitlopend daarop stimuleren wij dat de MEE-organisaties, zoals zij ook zelf hebben aangegeven, al zo veel mogelijk een rol in en achter het lokale loket spelen.

- *Subsidieregeling aanpassing in bestaande ADL clusters (nu € 2,7 miljoen)*  
Het gaat hier om subsidies voor het aanpassen van zogenoemde ADL-woningen. Het geld hiervoor gaat in 2005 over van de AWBZ naar de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en komt dan in 2006 vanzelf in de WMO.
- *Subsidieregeling doventolken (nu € 2,1 miljoen)*  
De AWBZ kent een voorziening voor doven waarmee zij gebruik kunnen maken van zogenoemde doventolken. Deze vorm van onder-

---

<sup>1</sup> MEE-organisaties zijn organisaties voor individuele ondersteuning van gehandicapten. Op verzoek van VWS bundelen zij momenteel hun krachten.

steuning gaat over naar de gemeenten met uitzondering van de doven-  
tolken voor doofblinden.

- *Zorgvernieuwingsprojecten ggz (ZVP-regeling) (nu € 6,6 miljoen)*  
De AWBZ kent een regeling om zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren. Deze activiteiten passen deels in de ondersteuning vanuit de lokale situatie en gaan gedeeltelijk over van de AWBZ naar de WMO; een ander deel gaat naar de ZVW.
- *Initiatieven openbare geestelijke gezondheidszorg (nu € 6,4 miljoen)*  
De AWBZ stimuleert thans initiatieven voor het beter samenwerken van met name de maatschappelijke opvang en de ggz ter verbetering van de openbare gezondheidszorg. De doelgroep (dak- en thuislozen, overlastgevers) overlapt elkaar en daarom gaat dit bedrag naar het Gemeentefonds, in samenhang met de maatschappelijke opvang.
- *Begeleiding instellingen voor maatschappelijke opvang (nu € 12 miljoen)*  
Het hiervoor beschikbare bedrag wordt vanaf 2005 onderdeel van de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg; deze regeling gaat vanaf 2006 over naar de WMO.
- *Coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg (nu € 20,5 miljoen)*  
De AWBZ ondersteunt nu belangrijke initiatieven op het terrein van vrijwillige thuiszorg en mantelzorg. Deze passen bij uitstek bij het lokale niveau en gaan daarom over naar de WMO. Alleen de netwerken palliatieve zorg blijven in de AWBZ.

#### 6.5 Overhevelen van AWBZ naar Zorgverzekeringswet

Het kabinet heeft voor de sector geestelijke gezondheidszorg eerder al besloten de extramurale ggz-zorg en de intramurale ggz-zorg gedurende het eerste jaar per 2006 van de AWBZ over te hevelen naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. U bent daarover schriftelijk geïnformeerd.<sup>1</sup> Die brief kondigde tevens aan dat wordt bezien of in een later stadium ook de overige «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ naar de zorgverzekering gaat. Wij onderzoeken dus of het mogelijk is om op termijn ook de overige AWBZ-zorg tot één jaar over te hevelen, met uitzondering van die zorg waarvan (op basis van diagnostiek) vooraf bekend is of verwacht wordt dat die langer dan een jaar zal duren. Voor het overhevelen van de overige (kortdurende) AWBZ zorg is een ondubbelzinnige grens nodig: de grens «gedurende het eerste jaar».

Wij willen de overheveling naar de ZVW op dit moment beperken tot de afspraken over de op genezing gerichte ggz. Dat wil zeggen dat voor de ggz-doelgroep (die nu aanspraak maakt op AWBZ-zorg op grond van een psychische stoornis) de intramurale zorg in het eerste jaar naar de ZVW gaat. Ook de (extramurale) functies behandeling, verpleging en de individuele activerende en ondersteunende begeleiding voor deze doelgroep gaan naar de ZVW.

De overige activerende en ondersteunende begeleiding en de huishoudelijke verzorging gaan volledig over naar WMO en/of het arbeids- en onderwijsdomein, ook gedurende het eerste jaar. Voor de overige functies – verpleging en behandeling voor ouderen en gehandicapten en persoonlijke verzorging – nemen wij op dit moment geen besluit over eventuele overheveling van de kortdurende zorg. De Zorgverzekeringswet moet daar op korte termijn niet mee belast worden. Bovendien is de vraag of een «knip» in deze functies voldoet aan het uitgangspunt om verantwoordelijkheden helder af te bakenen en afwenteling te voorkomen.

<sup>1</sup> Zie: De brief over de overheveling van de op genezing gerichte ggz van 21 november 2003 (TK 2003–2004 23 619 en 26 631, nr. 19).

## 6.6 Een krachtige AWBZ

Wat blijft er nu in de AWBZ?

De kern van de AWBZ is ook op de langere termijn de zorg voor de mensen in de zwaarste doelgroep, conform de oorspronkelijke bedoeling van de AWBZ.

Daarnaast laat het kabinet op dit moment de functies persoonlijke verzorging en (met uitzondering van de ggz-doelgroep) behandeling en verpleging (ook zonder verblijf) in de AWBZ. Het is zeker niet uitgesloten dat voor deze functies over een paar jaar vervolgstappen gezet worden in de richting van de WMO en/of de ZVW. Daarom onderzoeken wij welke producten bij de functie «persoonlijke verzorging» te maken hebben met lijfsgebonden zorg en welke juist met praktische ondersteuning die in het lokaal domein kan passen. Verder overhevelen is nu niet aan de orde; eerst moeten de ervaringen met het invoeren van de WMO en de ZVW afgewacht worden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

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