

Geschiedenis Zvw-AWBZ- Wmo-Jeugdwet

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) in werking getreden (Stb. 2014, 494). Deze is in de plaats gekomen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De invoering hiervan maakt onderdeel uit van een grotere transitie in de zorg. Doelstelling van de wijzigingen is het beperken van de huidige fragmentatie van de zorg. De overheid heeft hiermee als doel gesteld dat er meer samenhang komt tussen medische en sociale zorg. Daarnaast moet er lokaal meer mogelijk zijn op het gebied van individueel maatwerk. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen meer verantwoording en moeten ook meer en beter gaan samenwerken in de uitvoering van de verschillende wetten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet, zorgverzekeraars respectievelijk Wlz-uitvoerders (laatstgenoemde mandateren hun taken aan zorgkantoren) voeren de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz uit. In deze inleiding wordt ook kort de samenhang met de Zvw, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de Jeugdwet geschetst.

Uitgangspunt bij deze transitie is dat niet systemen centraal staan in de langdurige zorg, maar de mensen die zorg nodig hebben. Vanuit deze visie zijn de hervormingen ingestoken. Belangrijk is wat mensen nog kunnen in plaats van wat de beperkingen zijn. Mensen moeten zo lang mogelijk kwalitatief goed thuis kunnen wonen, met ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk. Waar hulp nodig is wordt dat zo dichtbij mogelijk georganiseerd. Vanuit de Wmo wordt ondersteuning geboden, vanuit de Zvw wordt zorg geleverd. Via de nieuwe volksverzekering, de Wlz, wordt zorg geleverd voor mensen die fors in hun mogelijkheden zijn beperkt en die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid.

De verzekering op grond van de Zvw voorziet in geneeskundige zorg of zorg in verband met een hoog risico op geneeskundige zorg. Hieronder valt per 2015 ook de extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking. Wijkverpleging (extramurale verpleging en verzorging) is ook onderdeel van de zorgverzekering per 2015.

Ondersteuning die primair gericht is op participatie in de maatschappij in brede zin is onderdeel van de Wmo. De gemeenten zijn onder meer verantwoordelijk voor deze ondersteuning. Ook de doventolk is per 1 januari 2015 onderdeel van de Wmo, evenals begeleiding en dagbesteding, ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten, een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis, opvang in geval van huiselijk geweld. Daarnaast zijn de gemeenten per 2015 verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp, op basis van de nieuwe Jeugdwet. Gemeenten, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders zullen moeten samenwerken om ondersteuning en zorg te kunnen leveren aan de mensen die dat nodig hebben.

Als mensen vanwege hun leeftijd of een handicap permanent zorg of toezicht nodig hebben, moet dat worden geïndiceerd door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Deze zorg wordt geleverd op basis van de Wlz. De materiële uitvoering ligt voor het grootste deel bij zorgkantoren.

Omdat de verschillende wetten veel raakvlakken hebben, moet duidelijk zijn voor de mensen die ondersteuning en zorg nodig hebben waar zij terecht kunnen. Iemand die dement is kan gebruikmaken van zowel ondersteuning (Wmo) als zorg (Zvw). De verschillende partijen, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten goed samenwerken. Voorkomen moet worden dat de verschillende partijen mensen afschuiven naar een andere partij.

Zowel de Wmo als de Jeugdwet, de Zvw als de Wlz bieden de mogelijkheid voor een persoonsgebonden budget (pgb). Op die manier kan het zorgaanbod meer op maat geregeld worden ten behoeve van de persoon die de ondersteuning of de zorg nodig heeft.

De Zorgverzekeringswet

De Zvw richt zich op het leveren van geneeskundige zorg. De zorg is primair gericht op genezing. De afgelopen jaren is er al een deel van de curatieve zorg vanuit de voormalige AWBZ overgeheveld naar de Zvw. De meest recente overheveling is per 1 januari 2015 gerealiseerd:

- Zintuigelijke gehandicaptenzorg. Hieronder valt de extramurale behandeling van mensen met een zintuigelijke beperking, gericht op genezing.
- Wijkverpleging, oftewel “zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop”. Wijkverpleging is een nieuwe verstrekking binnen de Zvw. Hieronder komt te vallen:
 - de voormalige extramurale AWBZ-functie verpleging (VP);
 - het grootste deel van de voormalige extramurale AWBZ-functie persoonlijke verzorging (PV);

- medisch specialistische verpleging thuis (MSVT). Dit was al onderdeel van de Zvw;
- taken die samenhangen met zorgverlening, onder andere het coördineren en regisseren van zorgvragen, coaching en ondersteuning bij zelfredzaamheid en activiteiten rond individuele, zorggerelateerde preventie.

Oorspronkelijk zou ook de langdurige, op behandeling gerichte intramurale GGZ-zorg overgeheveld worden naar de Zvw. In januari 2014 is in de Tweede Kamer een motie aangenomen (*Kamerstukken* 30597, nr. 397) om langdurige GGZ niet naar de Zvw, maar naar de Wlz over te hevelen. Het kabinet heeft besloten dat GGZ-cliënten onder de Wlz zullen vallen op basis van objectief meetbare inhoudelijke criteria. Deze criteria moeten nog ontwikkeld worden. Daarom geldt per 1 januari 2015:

- GGZ-b-cliënten die 3 jaar aaneengesloten gebruik hebben gemaakt van verblijf gericht op behandeling hebben toegang tot de Wlz;
- op het moment dat de objectieve inhoudelijke criteria voor in- en uitstroom zijn ontwikkeld zullen GGZ-cliënten die hieraan voldoen worden overgeheveld naar de Wlz vanuit de Wmo en de Zvw.

De langdurige, op behandeling gerichte intramurale GGZ voor mensen die niet aan deze criteria voldoen, maakt in 2015 onderdeel uit van de Zvw. Het onderbrengen van wijkverpleging onder de Zvw heeft als doel de eerstelijnszorg verder te versterken. Door deze zorg in de wijk aan te bieden wordt beoogd dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, ondanks eventuele beperkingen. Wijkverpleging zal ook een verbindende rol spelen in de ondersteunende zorg die de gemeenten op basis van de Wmo moeten bieden. Daar waar mogelijk zal de wijkverpleegkundige deelnemen aan een sociaal wijkteam of dergelijke sociale verbanden. Verder moet de wijkverpleegkundige samenwerken met medisch specialisten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden. Doel is het voorkomen dat mensen al te snel in duurdere, zwaardere vormen van zorg terechtkomen, of langer dan nodig gebruikmaken van zwaardere vormen van zorg. Juist ook bij de functie wijkverpleging moeten gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken om ervoor te zorgen dat de juiste ondersteuning of zorg wordt verleend. Verzekeraars en gemeenten moeten afspraken maken over de meest effectieve inzet van wijkverpleging en de juiste afstemming tussen ondersteuning vanuit de Wmo en zorg ingevolge de Zvw. De afstemming tussen ondersteuning en zorg kan per gemeente en zelfs per wijk verschillen.

In de Wmo, de Jeugdwet en de Wlz is expliciet opgenomen dat de mogelijkheid bestaat om een pgb aan te vragen. Zo kan het zorgaanbod meer toegespitst worden op de persoon die de ondersteuning of de zorg nodig heeft. Ook de Zvw biedt de mogelijkheid om een voorschot te geven voor nog te leveren zorg. De bedoeling was

om deze wettelijk te verankeren alhoewel dat in principe niet nodig is. Het wetsvoorstel waar dit onderdeel van uitmaakte is echter in december 2014 in de Eerste Kamer gesneuveld. Inmiddels is duidelijk dat het pgb per 2016 in de Zvw verankerd zal worden.

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Het doel van de Wmo is het zo lang mogelijk laten participeren van burgers in de maatschappij. In dit kader moet de zelfredzaamheid van burgers zo mogelijk vergroot en behouden blijven. Mensen moeten zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en functioneren. Hierin wordt een grotere rol neergelegd voor mantelzorg. De positie van en de ondersteuning aan mantelzorgers moet door de gemeenten worden versterkt. Mantelzorgers moeten meer betrokken worden bij de ondersteuning die gemeenten bieden vanuit de Wmo. Bij het uitvoeren van de Wmo moet het uitgangspunt zijn het positieve, namelijk wat een persoon, ondanks zijn beperkingen, nog wel kan doen, in plaats van uit te gaan van zijn beperkingen.

Mensen met een (zintuiglijke) beperking en mensen met chronische psychische of psychosociale problemen ontvangen steun via de gemeente, door bijvoorbeeld het regelen van dagbesteding en de begeleiding van ouderen. Ook persoonlijke verzorging voor deze groepen is per 2015 onderdeel van de Wmo. Als het niet mogelijk blijkt dat iemand zich zelfstandigheid kan handhaven in de maatschappij door bijvoorbeeld psychische of psychosociale problemen of door huiselijk geweld, moet de gemeente ondersteuning bieden. De gemeente moet regelen dat wonen in een beschermde woonomgeving beschikbaar is. Gemeenten moeten nadrukkelijk de samenwerking zoeken met zorgverzekeraars en andere betrokkenen, zoals zorgaanbieders. Met name op het gebied van wijkverpleging moeten gemeenten en zorgverzekeraars goede afspraken maken. Landelijk worden uitgangspunten geformuleerd om de samenwerking tussen wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning op elkaar te laten aansluiten. Wijkverpleging moet betrokken worden bij sociale wijkteams zodat zij een goed beeld krijgt van de situatie van mensen die ondersteuning of zorg nodig hebben.

De Jeugdwet

De Jeugdwet (Stb. 2014, 104) regelt dat alle vormen van jeugdzorg bij de gemeenten worden geconcentreerd. Zowel preventie als jeugdhulp, bescherming en reclasering van jeugd is de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Onderdeel hiervan is de zorg voor verstandelijk beperkte jeugdigen met gedragsproblemen of met psychische stoornissen. Hieronder valt ook de persoonlijke verzorging, begeleiding en behandeling van verstandelijk gehandicapten inclusief verblijf voor jeugdigen tot 18 jaar. Als iemand 18 jaar wordt zal de zorg overgaan naar de Wmo of de Zvw. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten goede afspraken maken om deze overgang zo soepel

mogelijk te laten verlopen zodat de persoon in kwestie er geen hinder van ondervindt. Ook voor de Jeugdwet geldt als uitgangspunt dat wordt gekeken naar wat jeugdigen en hun ouders zelf nog wel kunnen regelen, in plaats van wat ze niet meer kunnen.

Vanaf 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdhulp. Onder de Jeugdwet vallen:

- de (licht) verstandelijk gehandicaptenzorg (voor jeugdigen tot 18 jaar);
- de geestelijke gezondheidszorg (tot 18 jaar);
- de voormalige (tot 1 januari 2015 vigerende) provinciale jeugdzorg; en
- de voormalige AWBZ-begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf tot 18 jaar.

Resumerend

De Jeugdwet is er dus voor alle kinderen en jongeren die tijdelijk of langer durend ondersteuning nodig hebben bij het opgroeien. Jeugdigen met een verstandelijke beperking maakten tot 1 januari 2015 gebruik van zorg die gefinancierd werd uit de AWBZ. Een groot deel van hen ontvangt per 1 januari 2015 zorg en ondersteuning op grond van de Jeugdwet. Dat geldt ook voor kinderen en jongeren die tot 1 januari 2015 een indicatie hebben voor 'zorg met verblijf', oftewel voor een 'Zorgzwaartepakket'. Het gaat dan om een ZZP VG 1 t/m 3 of een ZZP LVG 1 t/m 5. Alleen de meest kwetsbare kinderen en jongeren met (zeer) ernstige verstandelijke of ernstige meervoudige beperkingen krijgen zorg op grond van de Wlz.

Ook jeugdigen tot 18 jaar met een lichamelijke of zintuiglijke beperking, of een somatische of psychiatrische aandoening, die tot 1 januari 2015 begeleiding, persoonlijke verzorging of kortdurend verblijf ingevolge de AWBZ kregen, doen nu voor zorg en ondersteuning een beroep op de Jeugdwet. Alle kinderen en jongeren die jeugdhulp ontvangen op grond van de Jeugdwet kunnen aanspraak maken op cliëntondersteuning.

1.1 Korte terugblik

De AWBZ is per 1 januari 1968 ingevoerd. Deze had oorspronkelijk tot doel om dekking te bieden voor de zeer zware lasten die door ernstige, langdurige ziekten of gebreken op iedereen kunnen komen te drukken en zonder bijstand van de overheid of derden door niemand kunnen worden gedragen. Om deze doelstelling te realiseren, werd de AWBZ van toepassing voor de ingezetenen van Nederland. Gelet op het verplichte karakter (een volksverzekering) en op de daardoor grote omvang qua aantal verzekerden, waren zeer zware risico's gedekt tegen relatief lage premies. De premie was afhankelijk van het inkomen en werd tegelijkertijd met de inkomstenbelasting door de Belastingdienst geïnd. Het inkomen waarover de premie werd geheven was gemaximaliseerd.

Voor de uitvoering van de taken had de Staatssecretaris van VWS in 2008 via een beschikking twaalf AWBZ-verzekeraars aangewezen als verbindingskantoor; dit waren de concessiehouders. De feitelijke uitvoering van de taken vond plaats door één zorgkantoor per zorgregio. In totaal had de staatssecretaris 32 zorgregio's aangewezen; elke concessiehouder kon één of meer zorgkantoren beheren. De AWBZ-verzekeraars hadden aan de concessiehouders (zorgkantoren) voor een belangrijk deel van de uitvoering van de AWBZ mandaat en volmacht verleend. Zelf verrichtten de AWBZ-verzekeraars werkzaamheden die samenhangen met de inschrijving als AWBZ-verzekerde, met verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum na 365 dagen voorverpleging en met de kosten bij wonen en tijdelijk verblijf in het buitenland. In opdracht van de zorgkantoren verzorgde het Centraal Administratiekantoor (CAK) de betaling van het merendeel van de AWBZ-verstrekkingsaan de AWBZ-aanbieders. Ook was het CAK belast met het opleggen en innen van de eigen bijdragen voor zorg zonder verblijf en zorg met verblijf.

Per 2009 is de zorgzwaartebekostiging in de intramurale zorg ingevoerd. Elke intramurale cliënt werd ingedeeld in een zorgzwaartepakket (zzp). De bekostiging van zorgaanbieders vond met ingang van 1 januari 2010 plaats op basis van de geleverde prestatie per cliënt. Met de zzp's komt een aansluiting tot stand tussen de indicatiestelling, de zorgzwaarte en de bekostiging.

Wat de controle op de uitvoering van de AWBZ betrof, gold dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht hield op de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ door de AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK. Op basis van artikel 28 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) rapporteert de NZa elk jaar vóór 1 december aan de Minister van VWS en het Zorginstituut Nederland (ZiNL), tot 1 april 2014 College voor zorgverzekeringen genaamd, in een samenvattend rapport over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving door de AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders (zorgkantoren) en het CAK in het voorafgaande kalenderjaar.

1.2 De invoering van de Wlz

De inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015 heeft onderdeel uitgemaakt van een stelselwijziging. De wijzigingen hebben de AWBZ geraakt, die vervangen is door de Wlz, de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet. Uitgangspunt is dat de diverse wetten elkaar aanvullen. Doel hierbij is het zo veel mogelijk beperken van de fragmentatie van zorg. Dit betekent dat er meer samenhang moet komen tussen medische en sociale zorg. Er moet meer aandacht en mogelijkheid komen voor maatwerk op individueel niveau. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen meer verantwoordelijkheid en worden geacht beter en meer samen te werken bij de uitvoering van de verschillende wetten. De nadruk moet liggen op wat mensen nog kunnen in

plaats van hetgeen ze niet kunnen. Mensen moeten zo lang mogelijk op een kwalitatief goede en verantwoorde wijze thuis kunnen wonen, met ondersteuning vanuit hun eigen sociale netwerk. Indien hulp nodig is wordt dat zo dichtbij mogelijk georganiseerd. Vanuit de Wmo wordt ondersteuning geboden en vanuit de Zvw zorg. De Wlz, de nieuwe volksverzekering, levert zorg voor mensen die, doordat ze fors in hun mogelijkheden zijn beperkt, blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg in hun nabijheid.