

Inhoud

Inleiding	3
De Zorgverzekeringswet	7
Publiek en privaat	
Basispakket	
Kwaliteit	
Zorg verkrijgen	
Financiering van de Zvw-zorg	
Toezicht	
De Wet langdurige zorg	13
Solidariteit	
Kwaliteit	
Zorg uit de Wlz	
Toegang tot zorg	
Financiering van de Wlz-zorg	
Toezicht	
De Wet maatschappelijke ondersteuning	17
Gemeentelijk aanpak: maatwerk en inclusie	
Ondersteuning uit de Wmo	
Ondersteuning verkrijgen	
Kwaliteit	
Financiering van de Wmo-ondersteuning	
De Jeugdwet	21
Ondersteuning, hulp en zorg uit de Jeugdwet	
Gemeentelijke aanpak	
Ondersteuning verkrijgen	
Kwaliteit	
Financiering van de jeugdhulp	



Inleiding

Het Nederlandse zorgstelsel

Het gedachtegoed achter het huidige Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op bekende internationale principes: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg. Daarnaast is de specifieke Nederlandse situatie een uitkomst van historische ontwikkelingen en maatschappelijke omstandigheden.

Basis voor de zorg

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Daarnaast zijn er enkele algemene wetten (zoals de Mededingingswet) en een aantal specifieke zorgwetten (zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen).

De vier stelselwetten leggen de basis voor de zorg. De Zorgverzekeringswet (cure) en de Wet langdurige zorg (care) gebruiken verreweg het grootste gedeelte van het budget dat in Nederland beschikbaar is voor zorg. De Wlz heeft een landelijke uitvoering. Bij de uitvoering van de Zvw spelen private zorgverzekeraars een belangrijke rol in een stelsel waarbij sprake is van gereguleerde marktwerking onder publieke randvoorwaarden. De Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet zijn er voor de overige vormen van zorg en ondersteuning. De ongeveer 400 Nederlandse gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van deze twee wetten.

Principes van het zorgstelsel

Het huidige zorgstelsel is goed te duiden door naar de recente veranderingen te kijken. In 2006 trad de Zorgverzekeringswet in werking; een wet die iedere Nederlander van een breed basispakket aan zorg verzekert en die de uitvoering overlaat aan private, elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Overigens zijn bijna alle zorgverzekeraars coöperatieve instellingen die niet naar winst streven en hun positieve resultaat toevoegen aan de noodzakelijke reserves of teruggeven in premies. Er zijn in Nederland 24 risicodragende verzekeraars actief.

De Zvw heeft gezorgd voor een omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. De private zorgverzekeraars verbeteren het zorgstelsel op een aantal vlakken: minder wachtlijsten en bureaucratie en meer aandacht voor doelmatigheid en kwaliteit, in het belang van patiënten en verzekerden. Door een proces van (selectieve) contractering kunnen zorgverzekeraars bij de inkoop invloed uitoefenen op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg die de zorgaanbieders leveren. Ook burgers oefenen invloed uit, doordat zij elk jaar naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen en via vertegenwoordigingen invloed hebben op het beleid van verzekeraars en bij zorginstellingen. Het private karakter van het stelsel wordt gecomplementeerd met een sterke rol van overheid om de publieke belangen te realiseren.

Langdurige zorg, jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning

De Wlz, de Wmo en de Jeugdwet zijn van een recentere datum: in hun huidige vorm zijn deze wetten sinds 2015 van kracht. De Wlz wordt op landelijk niveau in opdracht van de rijksoverheid uitgevoerd door Wlz-uitvoerders. Daarnaast zijn er enkele andere organisaties betrokken bij de uitvoering, zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Centraal AdministratieKantoor (CAK). De uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet ligt bij de gemeenten, die de ondersteuning, hulp of zorg zelf aanbieden of met de inzet van een zorgaanbieder.

Drijfveren achter deze wetten zijn de kansen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, een integrale aanpak te bevorderen en de zorg in tijden van vergrijzing en chronische aandoeningen toegankelijk en betaalbaar te houden. Uitgangspunt in deze domeinen zijn niet de tekortkomingen, maar de mogelijkheden van mensen. In eerste instantie wordt er een beroep gedaan op het eigen netwerk en middelen voor ondersteuning, maar de ondersteuning is altijd beschikbaar voor diegenen die er niet zelf in kunnen voorzien. Wie is aangewezen op permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid, heeft recht op zorg uit de Wlz.

Om tot de drie nieuwe wetten te komen is het zorgstelsel ingrijpend herzien. Ten eerste werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgeheven. In de AWBZ was in de loop van de tijd een grote variëteit aan zorg en ondersteuning opgenomen, waardoor het stelsel van langdurige zorg onbeheersbaar dreigde te worden. Een deel van de mensen die er gebruik van maakten, is ondergebracht in de Zvw, de Wmo of Jeugdwet. Kern van de langdurige zorg is vanaf 2015 de Wlz, die strikt bedoeld is voor de meest kwetsbare groep mensen.

Ten tweede is de uitvoering van Wmo en Jeugdwet belegd bij de gemeenten. Veel van de mensen uit de voormalige AWBZ kunnen zich voor lichtere vormen van zorg en ondersteuning tot de gemeente wenden. Het idee achter die verandering is dat gemeenten dichterbij de burger staan en zodoende doelmatige zorg van een hogere kwaliteit kunnen bieden.

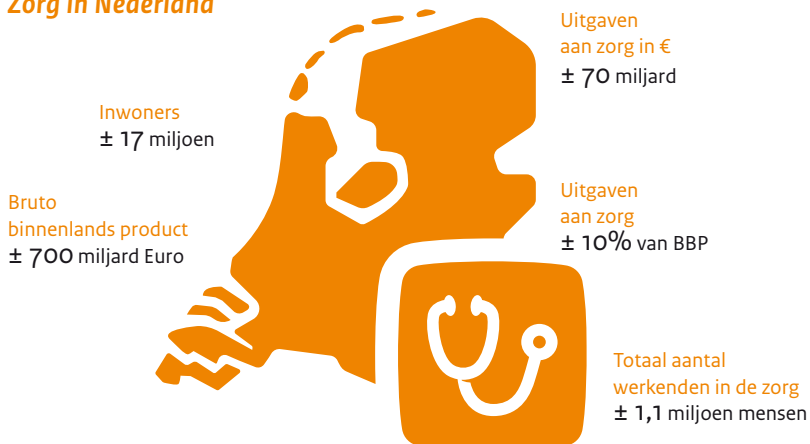
Vier wetten in de praktijk

Burgers kunnen op de volgende manieren met de vier wetten te maken krijgen. Als iemand bijvoorbeeld naar de huisarts moet of in het ziekenhuis wordt opgenomen, dan wordt dat betaald uit de verplichte basispakket van de Zvw. Wie permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig heeft, kan voor zorg in een instelling of thuis een beroep doen op de Wet langdurige zorg.

Voor de andere vormen van ondersteuning, hulp en zorg komen de Wmo en de Jeugdwet in beeld. Wie bijvoorbeeld vanwege een aandoening huishoudelijke hulp nodig heeft, of een rolstoel, kan zich met de hulpvraag wenden tot de gemeente. Die kan vervolgens de ondersteuning vanuit de Wmo regelen. Zijn er gezinnen die hulp kunnen gebruiken bij opvoedproblemen, of heeft een autistisch kind bijvoorbeeld ondersteuning nodig in het maatschappelijk leven, dan kan de gemeente die bieden vanuit de Jeugdwet.

Het zijn slechts enkele voorbeelden van wat er met de vier stelselwetten aan zorg en ondersteuning geleverd wordt. De vier wetten krijgen in de volgende vier hoofdstukken op grote lijnen een nadere uitwerking. Daarbij wordt steeds stilgestaan bij de verschillende partijen die een rol spelen, de vormen van zorg en ondersteuning die de wet regelt, de kwaliteit van de zorg, de financiering en het toezicht.

Zorg in Nederland





De Zorgverzekeringswet

De vergoeding van curatieve zorg in Nederland wordt geregeld met één Zorgverzekeringswet (Zvw), die in 2006 een aantal afzonderlijke publieke en particuliere ziektekostenverzekeringen heeft vervangen. In de Zvw gaat ongeveer 60% van het totale zorgbudget om.

Publiek en privaat

Het systeem van de Zvw heeft zowel publieke als private elementen. De overheid is direct betrokken bij de invulling van de Zvw en stelt een aantal publieke randvoorwaarden die het sociale karakter van de zorgverzekering waarborgen:

- burgers zijn verplicht om een (basis)zorgverzekering af te sluiten en zijn vrij in het kiezen van hun eigen verzekeraar;
- zorgverzekeraars zijn verplicht die burgers voor de zorgverzekering te accepteren, ongeacht hun gezondheidstoestand;
- de premie van een aangeboden polis is gelijk voor iedere verzekerde, ongeacht zijn gezondheidssituatie, leeftijd of achtergrond;
- zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: zij moeten garanderen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al hun verzekerden;
- de inhoud van het verzekerde basispakket is wettelijk bepaald.

De overheid is niet direct betrokken bij de uitvoering van de Zvw. Hoe die in z'n werk gaat, bepalen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden. Door deze opzet hebben zorgpartijen veel vrijheid en zorgen concurrentie en marktwerking voor prikkels om met een hoge kwaliteit en doelmatig te werken.

Basispakket

Wat zit er allemaal in die basisverzekering? De rijksoverheid is eindverantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket dat voor iedereen toegankelijk is.

Zij laat zich daarbij adviseren door de onafhankelijke pakketautoriteit, het Zorginstituut Nederland. De overheid bepaalt dus wat voor zorg er in het pakket zit en wanneer die zorg geleverd mag worden.

Het basispakket is ruim van opzet en omvat het merendeel van de essentiële geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Fysiotherapie en tandheelkundige zorg worden gedeeltelijk vergoed. Het gaat in het basispakket om de volgende vormen van zorg:

- geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen;
- wijkverpleging;
- verblijf in het ziekenhuis;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, inclusief intramuraal GGZ tot maximaal drie jaar;
- geneesmiddelen;
- tandheelkundige zorg tot 18 jaar;
- zorg van therapeuten, zoals fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten;
- diëtetiek;
- medische hulpmiddelen;
- ambulancevervoer 'zittend ziekenvervoer';
- fysiotherapie voor chronisch zieken.

Binnen het door de overheid bepaalde, open omschreven pakket hebben zorgverzekeraars de ruimte om binnen voorgeschreven kaders te regelen wie de zorg levert en waar de zorg geleverd wordt. Zij doen dit door goed te onderhandelen en selectief te contracteren op basis van de grote hoeveelheid (geanonimiseerde) informatie die zij hebben over onder andere kwaliteit, doelmatigheid en klantenervaringen. Zorgverzekeraars hebben hierbij een zorgplicht: ze moeten garanderen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al hun verzekerden.

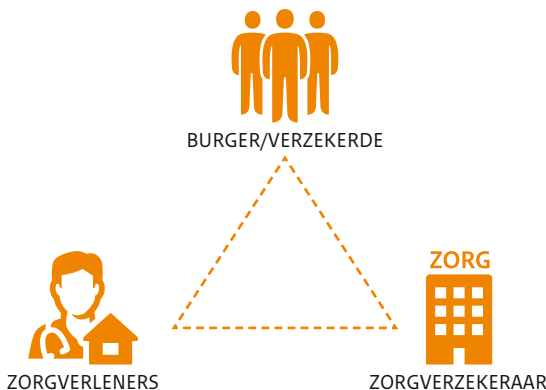
Naast de zorg van het verplichte basispakket bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan voor extra zorg, waar ongeveer 90% van de Nederlanders gebruik van maakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om een speciale tandartsenkostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, brillen en contactlenzen, en ruimere vergoedingen voor fysiotherapie, kraamzorg en medicijnen. Burgers kunnen zelf bepalen of ze gebruik willen maken van aanvullende verzekeringen, en of ze dat ook bij dezelfde verzekeraar willen doen die ze voor hun basispakket gekozen hebben. De aanvullende verzekering heeft een volledig privaat karakter, waar de overheid geen regels aan stelt.

Kwaliteit

Burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn de centrale partijen in de Zvw. Zij hebben alle drie een belangrijke functie bij het sturen op de kwaliteit van de geleverde zorg en de kwaliteit van de verzekering. Ten eerste de burgers zelf: zij kunnen van zorgaanbieder wisselen en elk jaar een betere (of goedkopere) zorgverzekeraar uitkiezen. Zij stemmen daarmee ‘met de voeten’. Deze dynamiek zorgt ervoor dat de negen zorgverzekeringsconcerns moeten werken voor de gunst van de verzekerde. Ook kunnen zij via vertegenwoordigende organen invloed uitoefenen op het beleid van verzekeraars. Als burgers niet tevreden zijn over de uitvoering van de Zvw of de geleverde zorg, en zij er met de zorgverzekeraar niet uitkomen, dan kunnen ze zich richten tot verschillende onafhankelijke instanties.

Ten tweede zijn er de zorgverzekeraars: zij controleren de kwaliteit en doelmatigheid van zorg als ze die inkopen. Is de zorg niet goed genoeg, dan kunnen ze besluiten om geen contract af te sluiten. Dit doen zij op basis van de grote hoeveelheid informatie waar zij over beschikken. Doordat het budget voor de zorg vaststaat, worden de zorgverzekeraars ook gestimuleerd doelmatig in te kopen. Daarnaast zien de verzekeraars erop toe dat de declaraties van zorgaanbieders kloppen en dat de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk en doelmatig geleverd is. De zorgverzekeraars hebben ook een zorgplicht en leveren zo nodig bemiddeling bij het vinden van een zorgaanbieder.

Ten slotte de rol van de zorgaanbieders: zij bepalen hoe zorg wordt geleverd. Wat wordt er uiteindelijk in de spreek- en behandelkamer besloten? De zorgaanbieders hebben daar als beroepsgroep ook kwaliteitsrichtlijnen voor opgesteld.



Zorg verkrijgen

Nederlandse burgers hebben recht op een basispakket aan verzekerde zorg. Maar hoe komen ze vervolgens aan die zorg? Als we de spoedeisende hulp even buiten beschouwing laten, gaat het bij de Zvw als volgt. De huisarts verwijst naar de medisch specialist en fungeert als poortwachter. Als een verwijzing nodig is, stelt de verwijzer samen met de patiënt de zorgbehoefte en noodzaak tot behandelen vast. Vervolgens kiest de verzekerde zelf uit het beschikbare zorgaanbod, waarbij de zorgverzekeraar kan adviseren en bemiddelen. De gekozen zorgverlener bespreekt de mogelijkheden van behandeling met de patiënt en voert deze zorg uit.

Financiering van de Zvw-zorg

De Zvw is een verzekering waarbij alle verzekerden samen de totale kosten van alle zorg opbrengen. Er zijn twee grote financieringsstromen: aan de ene kant betaalt iedere verzekerde vanaf 18 jaar een 'nominale' premie aan zijn of haar zorgverzekeraar. Gemiddeld is deze premie ongeveer € 1.200,- euro per jaar. Daarnaast is er voor iedereen ouder dan 18 jaar nog een verplicht eigen risico van € 385,- (2016), dat onder andere als doel heeft het kostenbewustzijn bij burgers te vergroten. Een aantal zorgvormen (zoals huisartsenzorg en kraamzorg) is daarbij uitgezonderd. Voor kinderen en jongeren tot 18 jaar betaalt de overheid uit algemene middelen de kosten van de verzekering.

Aan de andere kant is er een inkomensafhankelijke bijdrage die door de werkgever wordt betaald. Op macroniveau gaat dat om een bedrag vergelijkbaar met de jaarlijkse premie. De inkomensafhankelijke bijdrage, samen met de rijksbijdrage voor kinderen en jongeren onder 18, komt terecht in het Zorgverzekeringsfonds. Voor sommige zorg uit het basispakket moeten burgers bovenop het eigen risico een eigen bijdrage betalen. Het gaat daarbij om zaken als ziekenvervoer, gehoortoestellen, bepaalde geneesmiddelen of orthopedische schoenen. Burgers kunnen er ook voor kiezen om het eigen risico vrijwillig met maximaal € 500,- op te hogen, waardoor de nominale premie lager wordt.

Ten slotte is er voor mensen met een laag inkomen zorgtoeslag, die via de Belastingdienst wordt verstrekt. Daarmee kan een aanzienlijk deel van de premie en het eigen risico af worden gedekt. Mensen met een minimuminkomen betalen per saldo nu minder dan onder het oude stelsel.

Zorgverzekeraars krijgen dus enerzijds betaald via de nominale premies, maar anderzijds ook uit het Zorgverzekeringsfonds; dit gebeurt door middel van de risicoverevening. Hierbij ontvangen zorgverzekeraars uit het fonds een zogenaamde vereveningsbijdrage. Afhankelijk van de gezondheid van zijn verzekerden ontvangt een verzekeraar een hogere of lagere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. De reden hiervoor komt voort uit de publieke randvoorwaarden.

Zonder risicoverevening zou door die voorwaarden een gelijk speelveld onmogelijk zijn, doordat verzekeraars met betere of slechtere risico's niet hetzelfde uitgangspunt hebben. Bovendien moet de verevening voorkomen dat zorgverzekeraars risicoselectie toe gaan passen.

Nederlandse burgers kunnen kiezen uit diverse soorten polissen als ze de verplichte basisverzekering afsluiten: de naturapolis en de restitutiepolis, en mengvormen van die twee. In natura wil zeggen dat zorgverzekeraars alleen de volledige vergoeding geven voor de zorg van gecontracteerde zorgverleners; in andere gevallen betalen verzekerden een deel zelf. Met een restitutiepolis kan de burger zelf zijn zorgaanbieder kiezen en vergoedt de verzekeraar alle gemaakte zorgkosten. Ongeveer drie kwart van de verzekerden in Nederland heeft een vorm van naturapolis. Er zijn ook situaties waarin de zorgverzekeraar niet de kosten vergoedt: bij zorgkosten die niet door het basispakket gedekt worden (zoals aspirines of bepaalde cosmetische chirurgie), en waarvoor ook geen aanvullende verzekering is afgesloten (bijvoorbeeld bij een wortelkanaalbehandeling bij de tandarts).

Toezicht

Bij het toezicht op Zvw-vergoede zorg hebben verschillende partijen een aantal formele taken. Het Rijk is verantwoordelijk voor het gehele zorgstelsel en stelt vast aan welke kwaliteitseisen de zorg moet voldoen. Voor het toezicht op deze kwaliteitseisen zijn er verschillende overheidsorganisaties:

- de Nederlandse Zorgautoriteit, die erop toeziet dat de Zvw rechtmatig wordt uitgevoerd en die de marktmeester is op de zorgmarkten,
- de Autoriteit Consument & Markt, die toeziet op mededinging in de zorg in het belang van patiënten en verzekerden en
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die toezicht houdt en handhaaft op de kwaliteit en veiligheid van zorg.



De Wet langdurige zorg

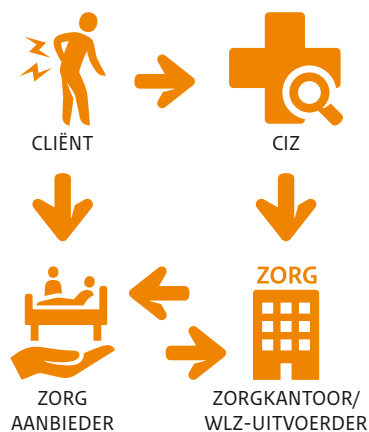
Mensen in Nederland die permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig hebben, kunnen gebruikmaken van de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze stelselwet is sinds 1 januari 2015 van kracht en vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Solidariteit

De Wlz is voor een beperktere groep mensen van toepassing dan de AWBZ: de meest kwetsbare mensen, zoals ouderen met vergevorderde dementie, ernstig verstandelijk of lichamelijk beperkte mensen en mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft voor deze mensen op een landelijk uniforme manier indicaties af. Cliënten met een indicatie kunnen die zorg thuis krijgen, of in een zorginstelling. De Wlz wordt op landelijk niveau in opdracht van de rijksoverheid uitgevoerd door Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerders hebben de feitelijke uitvoering opgedragen aan zorgkantoren. Dit zijn per regio aangewezen kantoren die nauw verbonden zijn met een zorgverzekeraar. Deze kantoren regelen de levering van de zorg. De Wlz is een verplichte volksverzekering op basis van solidariteit: iedereen die in Nederland inkomstenbelasting afdraagt, betaalt er premie voor.

Kwaliteit

De cliënten en hun vertegenwoordigers, het Rijk, het CIZ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de zorgkantoren en de zorgaanbieders zijn de belangrijkste partijen bij de Wlz. Zij bepalen samen de kwaliteit van de wet en de vergoede zorg. Ook nemen zij samen initiatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Als cliënten niet tevreden zijn over de geleverde zorg, dan kunnen zij overstappen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder. Burgers die hun zorg zelf regelen met een persoonsgebonden budget, kunnen bij de inkoop van hun zorg ook direct selecteren op de aanbieder van voorkeur en de gewenste kwaliteit. Ook kunnen ze een klacht indienen bij de zorgaanbieders, de zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De zorgkantoren kunnen bij de inkoop van Wlz-zorg eisen stellen aan de kwaliteit. Daarnaast controleren ze of de declaraties van de zorgaanbieders overeenkomen met de geïndiceerde zorg en de productieafspraken.



Zorg uit de Wlz

De zware en intensieve zorg die burgers uit de Wlz kunnen krijgen, wordt beschreven in een aantal functies, die breed gedefinieerd zijn. Daardoor is er behoorlijk wat vrijheid om de geïndiceerde zorg samen met de zorgaanbieder te organiseren. De meest voorkomende functies zijn:

- Verblijf in een instelling: langdurige opname, maar ook huisvesting krijgen in een verpleeghuis, of een woning voor verstandelijk beperkte mensen.
- Persoonlijke verzorging: hulp bij wassen, aankleden, toiletgang, en eten en drinken.
- Begeleiding die de zelfredzaamheid vergroot: hulp bij het indelen van de dag, om het leven beter onder controle te krijgen en om te leren hoe je de huishouding doet.
- Verpleging: medische hulp bij bijvoorbeeld wondverzorging of injecteren.
- Wlz-behandeling: een medische, paramedische of gedragswetenschappelijke behandeling die helpt bij het herstel of verbeteren van een aandoening.
- Vervoer van en naar de dagbesteding en dagbehandeling: voor mensen die door hun aandoening niet zelf naar de dagbesteding of –behandeling kunnen komen.

Wat er uiteindelijk precies in het Wlz-zorgpakket komt, bepaalt de rijksoverheid. Het Zorginstituut Nederland adviseert daarbij.

Toegang tot zorg

Wie de meest zware en intensieve zorg nodig heeft, kan zich melden bij het CIZ. Het CIZ bepaalt welke soort zorg iemand in welke mate nodig heeft; dat is de ‘indicatie’. Vervolgens informeert het CIZ het zelfstandig werkende zorgkantoor, waarvan er 31 in Nederland zijn.

Het zorgkantoor regelt op basis van de CIZ-indicatie de langdurige zorg en gaat in gesprek met de zorgvrager, die zijn voorkeur voor bepaalde zorgaanbieders uit kan spreken. Wordt er voor zorg met verblijf in een verpleeghuis of woonvoorziening gekozen? Of valt de keuze op thuis blijven wonen, als dat verantwoord is? Een andere overweging is hóé je de zorg krijgt. Dat kan ‘in natura’, waarbij de zorg beschikbaar wordt gesteld die het zorgkantoor bij bepaalde zorgaanbieders heeft ingekocht. Maar het kan ook met een persoonsgebonden budget, waarbij mensen zélf de zorg inkopen en organiseren. Vervolgens stellen de zorgvrager en de zorgaanbieder een zorgplan (bij natura) of een budgetplan (bij persoonsgebonden budget) op en geeft het zorgkantoor bij de zorgaanbieder aan dat de zorg geleverd kan worden. De zorgaanbieder levert vervolgens de zorg zoals die is afgesproken in het zorg- of budgetplan.

Financiering van de Wlz-zorg

De Wlz is een wettelijke volksverzekering, waarvoor via de loonbelasting een inkomensafhankelijke premie wordt betaald. De hoogte van de premie is gebaseerd op een vast percentage (9,65%) van de inkomstenbelasting, over een maximum bedrag van € 33.589,-. Daarnaast betalen volwassenen die van de Wlz-zorg gebruikmaken een eigen bijdrage, die ook afhankelijk is van het inkomen. Daarbij speelt een rol of de zorgvrager thuis of in een instelling woont, jonger of ouder dan 65 jaar is en alleenstaand dan wel samenwonend of getrouwd is.

Alle bijdragen worden gestort in het Fonds langdurige zorg, dat beheerd wordt door het Zorginstituut Nederland. Het Rijk vult uit de algemene middelen het fonds aan als er te weinig in zit. De financiering gaat vervolgens op verschillende manieren, al naar gelang er gekozen is voor ‘in natura’ of ‘persoonsgebonden budget’:

- voor de in natura-zorgkosten gaat een deel van het fonds naar het Centraal Administratie Kantoor (CAK). In opdracht van de zorgkantoren betaalt het CAK vervolgens de zorgaanbieders;
- voor betaling via het persoonsgebonden budget gaat een deel van het fonds naar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) die de persoonsgebonden budgetten voor de mensen met een pgb beheert. Wie de zorg met een persoonsgebonden budget regelt, heeft een zogenoemd trekkingsrecht bij de SVB: de rekeningen van de zorgverleners (tot een bepaald maximum bedrag) worden naar de SVB gestuurd, die daarna de rekening betaalt.

Toezicht

In Nederland is de rijksoverheid er verantwoordelijk voor dat het zorgstelsel goed functioneert. Het Rijk bepaalt dan ook aan welke kwaliteitseisen de ‘Wlz-aanbieders’ moeten voldoen. Daarnaast zijn er enkele overheidsorganisaties die toezicht uitoefenen. De Autoriteit Consument & Markt let op de mededinging in de zorg, zodat de burger die op de Wlz is aangewezen daarvan kan profiteren. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet erop toe dat de uitvoering van de zorg doelmatig en volgens de regels wordt uitgevoerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ten slotte, houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de Wlz-zorg en handhaaft die kwaliteit.



De Wet maatschappelijke ondersteuning

Met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) hebben gemeenten de opdracht gekregen om mensen met een beperking ondersteuning te bieden. Voorbeelden zijn mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking, zoals (licht) gehandicapten en ouderen. Die ondersteuning is erop gericht mensen mee te laten doen in de maatschappij en in staat te stellen thuis te blijven wonen. Daarnaast kan de gemeente uit de Wmo beschermd wonen en opvang bieden aan mensen die geen mogelijkheden hebben of niet in staat zijn om thuis te wonen.

Gemeentelijk aanpak: maatwerk en inclusie

De Wmo is gebaseerd op het principe van maatwerk en een individuele aanpak. De gemeenten gaan samen met de cliënt in gesprek over zijn ondersteuningsvraag. Het is vervolgens aan de gemeente om passende ondersteuning te verlenen en te bepalen hoe zij deze ondersteuning organiseert.

Naast individuele maatwerkvoorzieningen hebben gemeenten de opdracht algemene voorzieningen in te richten waar mensen met een ondersteuningsvraag terecht kunnen. Deze voorzieningen hebben als doel dat alle mensen, ongeacht hun beperkingen, kunnen meedoen in de samenleving: het uitgangspunt van de inclusieve samenleving.

Ondersteuning uit de Wmo

Gemeenten ondersteunen vanuit de Wmo mensen die moeilijk kunnen participeren in de samenleving, niet zelfredzaam zijn of behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving of opvang. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- begeleiding en dagbesteding;
- hulp in het huishouden;
- ondersteuning van de mantelzorger;
- vrijwilligers;
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een langdurige psychische stoornis;
- opvang van mannen, vrouwen en kinderen bij huiselijk geweld;
- maatschappelijke opvang, bijvoorbeeld voor mensen die dakloos zijn;
- een financiële tegemoetkoming voor mensen met aannemelijke meerkosten vanwege hun chronische ziekte of aandoening.

Bij de ondersteuning uit de Wmo maken de gemeenten onderscheid tussen algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen. Een algemene voorziening is er voor alle burgers. Voorbeelden zijn een koffieochtend in het buurthuis, de boodschappenbus of de maaltijdservice. Of vervoer voor alle burgers van 75 jaar en ouder. Een maatwerkvoorziening is afgestemd op één persoon. Dat kan bijvoorbeeld hulp bij het schoonhouden en op orde houden van het huishouden zijn, begeleiding bij de administratie, of een arrangement met meerdere vormen van ondersteuning.

Ondersteuning verkrijgen

Mensen die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig thuis blijven wonen en participatie in de maatschappij, kunnen zich melden bij de gemeente. Het kan ook zijn dat de huisarts of een andere zorgverlener ze doorverwijst naar de gemeente of het sociaal wijkteam. Veel gemeenten hebben dergelijke wijkteams opgezet, als toegangspunt in de wijk en voor lichte vormen van ondersteuning.

Na een melding volgt een gesprek met degene die ondersteuning vraagt: de gemeente doet onderzoek naar wat de cliënt zelf nog kan, met het eigen netwerk of een algemene voorziening. Verder wordt er gevraagd naar andere zaken die mee kunnen spelen, zoals schulden, eenzaamheid en verwardheid. Vervolgens geeft de gemeente een advies, dat zij vastlegt in een verslag. Hierbij kan de conclusie zijn dat de cliënt de ondersteuning zelf kan regelen met zijn sociale netwerk, de ondersteuning kan organiseren met een algemene voorziening of dat een maatwerkvoorziening het meest passend is. Als er een aanvraag voor een maatwerkvoorziening wordt gedaan, volgt een besluit van de gemeente over toekenning dan wel afwijzing van deze ondersteuning. Die maatwerkvoorziening kan op twee manieren gegeven worden: in natura, waarbij de ondersteuning beschikbaar wordt gesteld door de gemeente zelf, en de gemeente de ondersteuning geeft. Of, als de cliënt dat wenst, via een persoonsgebonden budget (pgb), waarbij de burgers zelf hun ondersteuning inkopen. Voor de maatwerkvoorziening kan een eigen bijdrage voor de cliënt worden gevraagd.

Kwaliteit

Mensen met een ondersteuningsvraag en hun mantelzorgers, de gemeenten en de aanbieders zijn de eerst betrokken partijen bij de Wmo. Zij bepalen dan ook in belangrijke mate de kwaliteit van de Wmo-ondersteuning. Er is een basis kwaliteitsnorm in de wet; over de rest worden afspraken gemaakt tussen gemeenten, aanbieders en cliënten. Mensen met een ondersteuningsvraag kunnen bezwaar maken tegen het besluit dat de gemeente neemt. Ze kunnen ook klachten en misstanden over de aanbieder en de gemeenten aangeven. En ze kunnen overstappen naar een andere aanbieder. Verder krijgen burgers nog gratis onafhankelijke cliëntondersteuning voor hulp en advies. De gemeenteraad ten slotte, ziet er weer op toe dat het college van burgemeester en wethouders zijn Wmo-taken goed uitvoert.



Financiering van de Wmo-ondersteuning

De Wmo wordt op een eenvoudige manier gefinancierd. Gemeenten krijgen geld van het Rijk via het Gemeentefonds. Gemeenten zijn vrij om de middelen te besteden bij de uitvoering van de wet. Het college van burgemeester en wethouders legt over de besteding verantwoording af aan de gemeenteraad. De in natura-ondersteuning betaalt de gemeente direct aan de aanbieder die de ondersteuning gegeven heeft. Voor de ondersteuning die burgers zelf regelen met een persoonsgebonden budget maakt de gemeente geld over naar de Sociale Verzekeringsbank. Daar kunnen cliënten met een pgb de rekeningen die ze voor hun ondersteuning hebben gekregen naartoe sturen en laten betalen; het zogenoemde trekkingsrecht. Ten slotte kunnen cliënten voor maatwerkvoorzieningen een eigen bijdrage betalen, die afhankelijk kan zijn van inkomen of vermogen, tot maximaal de kostprijs.



De Jeugdwet

Met de komst van de Jeugdwet in 2015 is de ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen en jongeren gedecentraliseerd en is de verantwoordelijkheid ervoor bij de gemeenten komen te liggen. Het gaat bij de Jeugdwet om ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. Jeugd die continue zorg nodig heeft, bijvoorbeeld door een ernstige verstandelijke beperking, valt niet onder de Jeugdwet, maar onder de Wet langdurige zorg. De hulpvorm varieert van algemene preventie tot gespecialiseerde vrijwillige of gedwongen zorg. Het doel dat de gemeenten nastreven met de Jeugdwet is dat kinderen veilig en gezond op kunnen groeien, zelfstandig worden en later naar eigen vermogen mee gaan draaien in de maatschappij.

Ondersteuning, hulp en zorg uit de Jeugdwet

Gemeenten ondersteunen vanuit de Jeugdwet kinderen, jongeren (tot 18 jaar, met een mogelijke verlenging tot 23 jaar) en hun families bij opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en stoornissen. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering, en de advisering en verwerking van meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Door de verantwoordelijkheid voor al deze taken bij de gemeente onder te brengen, is het meer dan voorheen mogelijk om aan jeugdigen en ouders integraal hulp te verlenen.

Gemeentelijke aanpak

Gemeenten hebben op grond van de Jeugdwet een jeugdhulpplicht: ze dienen verplicht tijdige en passende jeugdhulp te bieden aan jeugdigen die dat nodig hebben. Hoe ze dat in de praktijk vormgeven en wat er precies aan jeugdhulp nodig is, kunnen ze zelf bepalen. Dat geeft ze de mogelijkheid om maatwerk te leveren en de beste jeugdhulp voor hun specifieke omgeving en jeugd te organiseren. Jeugdigen en ouders kunnen ook een klacht indienen bij de aanbieder van jeugdhulp en bij de gemeente om een andere aanbieder vragen. Het geld voor de Jeugdwet krijgen de gemeenten van het Rijk.

Ondersteuning verkrijgen

Wie jeugdhulp nodig heeft, kan zich melden bij de gemeente. De gemeente kan zelf ondersteuning bieden vanuit het (jeugd)wijkteam, dat veel gemeenten hebben opgezet bij de invoering van de Jeugdwet in 2015. Het wijkteam kan de jeugdige verwijzen naar een jeugdhulpaanbieder ('jeugdhulp in natura'). Het kan ook zijn dat de huisarts, jeugdarts of medisch specialist de jeugdige doorverwijst naar de gemeente, of direct naar een jeugdhulpaanbieder. De gemeente kan ook een persoonsgebonden budget verstrekken, waarbij de ouders van de kinderen en jongeren zelf hun zorg inkopen en al dan niet gecontracteerde jeugdhulpaanbieders inschakelen.

Als de jeugdige en zijn ouders een andere jeugdhulpvoorziening willen dan ze aangeboden krijgen, dan kunnen ze hierover het gesprek aangaan met de gemeente. Mocht dit geen oplossing bieden, dan kunnen ze bezwaar maken tegen het besluit van de gemeente en daarna eventueel in beroep gaan bij de rechter.

Kwaliteit

Jeugdigen met een hulpvraag en hun familie, de gemeenten, en de aanbieders van jeugdhulp zijn de belangrijkste betrokken partijen bij de Jeugdwet. Zij bepalen dan ook voor een belangrijk deel de kwaliteit van de jeugdhulp.

Gemeenten kunnen bij de inkoop eisen stellen aan kwaliteit en later ook controleren of de declaraties van de aanbieders van jeugdhulp overeenkomen met de gemaakte afspraken. Daarnaast houden ze in de gaten of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk en doelmatig geleverd is. De gemeenteraad ziet er weer op toe dat het college van burgemeester en wethouders zijn Jeugdwet-taken goed uitvoert. Jeugdigen en hun ouders kunnen een klacht indienen bij de aanbieder van jeugdhulp en bij de gemeente om een andere aanbieder vragen. Verder kunnen ze via de cliëntenraad van een aanbieder invloed uitoefenen op de kwaliteit van de jeugdhulp. Ook kunnen zij en hun ouders nog een klacht indienen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de Inspectie Jeugdzorg.



De rijksoverheid is er in algemene zin verantwoordelijk voor dat het zorgstelsel goed functioneert. In de Jeugdwet zijn kwaliteitseisen vastgelegd voor jeugdhulpaanbieders, uitvoerders van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering, en voor de advies- en meldpunten huiselijk geweld en kindermishandeling. Een belangrijke wettelijke bepaling betreft bijvoorbeeld de eis dat individuele beroepsbeoefenaren die jeugdhulp bieden, geregistreerd moeten zijn en aan opleidingseisen moeten voldoen. Er zijn ook voorschriften in opgenomen voor de deskundigheid van gemeenten om een goede toeleiding naar de jeugdhulp te verzorgen. De Inspecties van het Rijk houden toezicht op de naleving van de kwaliteitseisen.

Financiering van de jeugdhulp

Voor de uitvoering van de Jeugdwet krijgen de gemeenten geld van het Rijk. De jeugdhulp in natura betaalt de gemeente direct aan de aanbieder die de jeugdhulp gegeven heeft. Voor de jeugdhulp die ouders of vertegenwoordigers van de kinderen en jongeren zelf regelen met een persoonsgebonden budget, maakt de gemeente geld over naar de Sociale Verzekeringsbank. Daar kunnen ouders met een pgb de rekeningen die ze voor de jeugdhulp hebben gekregen naartoe sturen en laten betalen. Overigens kunnen die ouders met een pgb voor hun kind ook zelf jeugdhulpverlener zijn en zichzelf ook uit het budget laten betalen. Dat is het geval als ze door de zorg voor hun kind arbeidsinkomsten mislopen.



Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

januari 2016