

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Marga Peer

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is een van de 3 wetten die gestalte moeten geven aan de hervorming van het zorgstelsel. Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt onderscheid gemaakt tussen curatieve zorg, zware langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

In 2006 moet het nieuwe zorgstelsel effectief zijn en de onderstaande wetten ingegaan:

- De nieuwe Zorgverzekeringswet voor de curatieve zorg,
- Een aangepaste AWBZ voor de zware zorg t.b.v. chronisch zieken, gehandicapten, etc,
- De WMO die de maatschappelijke ondersteuning voor haar rekening zal gaan nemen.

(uit: Min VWS: Beleidsagenda 2005. dossier Prinsjesdag, 21-9-2004)

Door deze drie wetten wil de overheid een sluitend aanbod bieden voor zorg en welzijn, waarbij wordt uitgegaan van een grotere verantwoordelijkheid voor alle betrokkenen:

- De burger wordt een kritische consument, hetgeen zich moet uiten in het maken van een bewuste keuze voor een zorgverzekeringspolis (op maat) en het nemen van de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.
- Verzekeraars komen in een concurrentiepositie ten opzichte van elkaar.
- Zorgverleners dienen goede zorg te leveren tegen een scherpe prijs.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het voorzieningenaanbod in hun gemeenten en krijgen een regierol in de WMO.
- De overheid bewaakt de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg.

Redenen die de overheid aangeeft voor hervorming van het zorgstelsel en invoering van de WMO zijn (www.minvws.nl/dossiers/wet_maatschappelijke_ondersteuning 23-04-04):

- Eind maken aan de onduidelijkheid voor mensen (door een veelvoud aan loketten, bureaucratie en een onduidelijke rolverdeling tussen rijk en gemeente). In de wet moet duidelijk worden wie waarvoor verantwoordelijk is: de burger zelf, de gemeente en het rijk.
- Mensen zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen
 - verschillende zorg- en ondersteuningsfuncties dienen samenhang te vertonen en in de directe omgeving van mensen te zijn.
 - de eigen verantwoordelijkheid van burgers en instanties in deze stimuleren
 - ondersteuning door gemeenten als zelf- en mantelzorg niet voldoende zijn
- Een oplossing bieden voor het door de vergrijzing toegenomen beroep op zorg
 - de kwaliteit moet behouden blijven
 - De druk op de AWBZ te verminderen door lichtere vormen van zorg over te hevelen

- naar de WMO (gemeenten).
- de druk op de arbeidsmarkt in de zorg en de sterk groeiende uitgaven

De nieuwe zorgverzekeringswet.

De curatieve zorg zal worden geregeld in de nieuwe zorgverzekeringswet. In plaats van de huidige vormen van ziektekostenverzekering (ziekenfonds, de publiekrechtelijke ambtenarenregelingen en de particuliere ziektekostenverzekeringen) komt er 1 basisverzekering die geldt voor alle burgers. Iedere burger dient verzekerd te zijn en verzekeraars zijn ook verplicht om iedereen op te nemen (ook mensen die hoge kosten met zich meebrengen). Onder de 18 jaar is men geen premie verschuldigd. De inhoud van het standaardpakket wordt door de overheid samengesteld. Burgers kunnen zich naar behoefte zelf bijverzekeren.

Daarnaast wil de overheid concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleren door het mogelijk te maken dat burgers elk jaar van verzekeraar kunnen veranderen. Zorgverzekeraars kunnen onderhandelen met zorgaanbieders. De overheid hoopt op deze manier de verzekeringspremies zo laag mogelijk te houden.

De aangepaste AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een volksverzekering (iedere Nederlander valt onder de wet) voor zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom (www.minwvs.nl/dossiers/AWBZ, 23-4-2004).

Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een beschikking van het Regionaal Indicatie Orgaan nodig. Mensen kunnen een indicatie krijgen voor de volgende functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, en verblijf.

De huidige 7 functies van de AWBZ zijn:

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

Nederland geeft jaarlijks 20 miljard uit aan de AWBZ en is daarmee een van de koplopers in Europa. Men verwacht dat de kosten verder zullen stijgen door de vergrijzing, hogere loonkosten van zorgpersoneel, organisatiekosten en de open-einde regelingen. De overheid wil de AWBZ ook op de lange termijn betaalbaar houden door de volgende maatregelen:

- Onderzoek naar de grote kostenstijgingen in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg
- Stimuleren van marktwerking door zo spoedig mogelijk afschaffen van verplicht contracteren door zorgkantoren
- Onderzoek naar doelmatig werken in verpleeghuizen
- Aanscherpen en centraliseren van de indicatiestelling

- Voorzieningen die meer het karakter hebben van ondersteuning of sociale begeleiding worden ondergebracht in de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Concreet zullen uit de AWBZ verdwijnen

- Een groot deel van de verblijfsfunctie (naar de woonsector)
- Huishoudelijke verzorging en ondersteunende en activerende begeleiding (deels naar de WMO). Hierin wordt een duidelijke plaats ingeruimd voor mantelzorg. Ook binnen de huidige AWBZ wordt thuiszorg gezien als aanvulling op mantelzorg (en niet andersom).
- Extramurale GGZ-zorg en het eerste jaar van intramurale GGZ-zorg (naar de zorgverzekeringswet)

In de nieuwe AWBZ zijn de regelingen voor een persoonsgebonden budget (PGB, mogelijk sinds juli 1995) sterk vereenvoudigd. Een zorgvrager kan kiezen tussen 'zorg in natura' en een persoonsgebonden budget. Kiest men voor een persoonsgebonden budget, dan kiest men zelf van wie men zorg wil inkopen. Kiest men voor 'zorg in natura' dan kan men kiezen voor een zorgarrangement dat door de zorgaanbieder wordt aangeboden of zelf een eigen pakket samenstellen bij verschillende aanbieders.

Een persoonsgebonden budget wordt aangevraagd via het indicatieorgaan (RIO) of het zorgkantoor.

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De zorg en begeleiding die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren zal worden geregeld in de WMO.

Invoering van de WMO zal vanaf 1 januari 2006 fasegewijs geschieden. De WMO regelt:

- Wat nu in de Wvg (Wet verzorging gehandicapten) en de Welzijnswet wordt geregeld. Beide wetten zullen verdwijnen en opgaan in de WMO.
- Delen uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) huishoudelijke verzorging, delen van de ondersteunende en activerende begeleiding, vervoer en enkele subsidieregelingen). Alle functies die niet direct met zorg te maken hebben zullen op den duur uit de AWBZ verdwijnen.

Concreter

- Het bieden van zorg als mensen daarin niet zelf kunnen voorzien
- Het bieden van ondersteuning aan mensen die zich niet zelf kunnen redden
- Het stimuleren van mantelzorg en vrijwilligerswerk
- Het organiseren van o.m. opvoedingsondersteuning en het lokaal voor gehandicapten en ouderen

Gemeenten zullen verantwoordelijk gesteld worden voor de uitvoering van de wet en hierin een regierol krijgen. Dat geldt nu al voor de Wvg en de Welzijnswet, vanaf 2006 zullen daar de geschrapte AWBZ voorzieningen bij komen (huishoudelijke verzorging v.a. 2006 en activerende en ondersteunende begeleiding v.a. 2007).

De WMO wordt gefinancierd uit het Gemeentefonds (waar nu al de Wvg en de Welzijnswet in zitten). De budgetten voor de geschrapte AWBZ gaan ook in het Gemeentefonds gestort worden.

In de WMO worden algemene prestatievelden (gebieden van maatschappelijke ondersteuning waarop concrete prestaties van gemeenten verwacht worden en waarop burgers hun lokale bestuurders kunne aanspreken) benoemd, waarbinnen gemeenten moeten presteren. Presteren houdt dan in dat gemeenten verplicht zijn om op de aangegeven prestatievelden beleid te voeren. Welke voorzieningen op betreffend beleidsterrein worden gerealiseerd is een zaak van gemeenten zelf. Het gaat om de volgende prestatievelden:

- Algemene voorzieningen, zoals sociale activering en hulp bij geldproblemen
- Voorlichtingsloketten en advies over maatschappelijke ondersteuning
- Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligers
- Leefbaarheid en samenhang buurt en wijk
- Accommodaties zoals zwembaden en buurthuizen
- Preventieve voorzieningen voor problemen met jongeren en opvoedingsproblemen
- Voorzieningen ouderen, gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en mensen met psychische of psychologische problemen, zoals rolstoelen en woningaanpassingen
- Maatschappelijke opvang (tijdelijke opvangfunctie).

Daarnaast wordt opgenomen (brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, DVVO-U-2475093, p. 11) hoe de financiering op de diverse beleidsterreinen geregeld is, wie bij de totstandkoming van het beleid betrokken moeten worden en hoe de prestaties zichtbaar moeten worden gemaakt.

Bij de uitvoering krijgen gemeenten ruime beleidsvrijheid, waardoor lokaal maatwerk mogelijk wordt. Hierdoor kunnen verschillen tussen gemeenten ontstaan.

- Op beleidsniveau is dit aan te vechten via de gemeenteraad en de lokale politiek; gemeenten dienen verantwoording af te leggen aan de lokale politiek en de burgers.
- Op individueel uitvoeringsniveau is het mogelijk een beroep te doen op de Algemene Wet Bestuursrecht.

De vanuit de WMO aangeboden voorzieningen dienen te worden aangeboden vanuit 1 loket.

Drie thema's zullen hierbij een rol gaan spelen:

1. Hoe gaan gemeenten de zorg organiseren
2. Hoe zal de verhouding komen te liggen tussen welzijn en zorg.
3. Hoe zal men omgaan met psychosociale begrippen, hoe worden bijvoorbeeld sociale integratie en maatschappelijke participatie gemeten?