

Vergaderjaar 2016–2017

34 104

Langdurige zorg

Nr. 167

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 februari 2017

Op 20 december jl. heb ik u het gezamenlijk advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) over het maatwerk (profiel)¹ in de Wlz toegestuurd. Ik heb in het AO Gehandicaptenzorg van 21 december jl. (Kamerstuk 24 170, nr. 156) toegezegd u de beleidsreactie in februari 2017 toe te sturen. Met deze brief kom ik deze toezegging na. Met deze brief heb ik ook voldaan aan uw verzoek van 9 februari om uw Kamer te informeren wanneer de beleidsreactie wordt verstuurd.

Aanleiding

In de brief *Waardig leven met zorg*² heb ik mijn ambitie voor de toekomst van de langdurige zorg weergegeven. Met de Wlz als opvolger van de AWBZ is een stap gezet om de langdurige zorg te verbeteren. Zo zijn de aanspraken van mensen bij wet vastgelegd en maakt ook de plek waar iemand zijn zorg wil ontvangen niet meer uit. Wie verantwoord en doelmatig thuis kan blijven wonen, krijgt daarvoor de ruimte. De leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt) en pgb zijn in de Wlz wettelijk verankerd. In de brief *Waardig leven met zorg* heb ik aangegeven dat niet de zorg, maar het welbevinden van de mens voorop staat. Mensen hechten eraan hun eigen leven te blijven leiden zoals ze dat gewend waren, ook als ze op langdurige zorg zijn aangewezen. Cruciaal daarbij is dat de zorg wordt toegesneden op de behoeften van de individuele cliënt.

Mensen die zorg thuis willen ontvangen, ervaren de getrapte beoordeling van toegang en zorgzwaarteprofiel bij de indicatiestelling door het CIZ en de feitelijke zorgtoewijzing door het zorgkantoor als bureaucratisch. Daar waar cliënten in de thuissituatie zijn aangewezen op regelingen voor

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 156.

² Kamerstuk 34 104, nr. 105.

meezorg, extra kosten thuis (EKT) of een persoonlijk assistentiebudget komt er nog een extra aanvraag en beoordeling bij. Voor cliënten betekent dit dat ze hun verhaal meerdere keren moeten vertellen. Ik begrijp goed dat zij deze stappen zouden willen integreren.

De zorgzwaartepakketten (ZZP's) uit de AWBZ en de zorgprofielen in de Wlz zijn oorspronkelijk ontwikkeld voor de bekostiging en aanspraken van zorg binnen de instellingen; dat wil zeggen voor de zorg binnen een geclusterde setting. Bij de ontwikkeling van de ZZP's is gekeken hoeveel mensen met een bepaald ZZP gemiddeld genomen binnen een zorginstelling aan zorg ontvingen. Binnen de geclusterde setting van een instelling kan een relatief grofmazige bekostiging goed werken omdat er binnen iedere instelling altijd mensen zijn die net boven het gemiddelde van het ZZP zitten en mensen die daar net onder zitten. Naast de bekostiging op basis van ZZP's moet er ook binnen de bekostiging van zorginstellingen een mogelijkheid zijn om de kosten van «extreem» zware cliënten te kunnen bekostigen. De Wlz voorziet daar in, voornamelijk in de vorm van aanvullend individueel maatwerk. Bij de meezorg binnen instellingen zie je (o.a. bij het experiment proeftuinen meezorg 2.0)³ de roep om de zorg voor deze cliënten minder op cliëntniveau maar meer op afdelingsniveau te beoordelen. Dit helpt ook de administratieve lasten te verminderen.

Binnen de Wlz geldt dat een cliënt kan kiezen voor zorg in de thuissituatie mits dat verantwoord en doelmatig is. Ook de AWBZ stelde grenzen aan de zorg die thuis mogelijk was. De doelmatigheidseis binnen de Wlz houdt in dat de zorg in de thuissituatie niet meer mag kosten dan dat de zorg in een instelling zou kosten. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt met de gemiddelde kosten bij een vergelijkbaar zorgprofiel in een instelling. Zodoende wordt weinig rekening gehouden met individuele omstandigheden.

In onderstaande tabel is (als voorbeeld) een overzicht opgenomen van de bedragen die beschikbaar zijn voor een cliënt met een zorgprofiel uit de sector verstandelijk gehandicapten die kiest voor een pgb of een mpt (of een combinatie van beide). Uit de tabel blijkt dat er weinig mogelijkheden zijn om in een individuele situatie op maat zorg toe te kennen. Hierbij is relevant dat niet alleen de omvang maar ook de aard van de zorgbehoefte bepaalt of een profiel toegekend kan worden. Zo kan het profiel met het hoogste bedrag (VG 7) alleen toegekend worden als er ook sprake is van gedragsproblematiek.

Tabel 1. Beschikbare bedragen in MPT en PGB voor verstandelijk gehandicapten

Zorgprofiel	bedrag
VG 3: Wonen met begeleiding en verzorging	€ 44.600
VG 4: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	€ 48.900
VG 5: Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	€ 62.400
VG 6: Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	€ 58.700
VG 7: (Besloten) Wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	€ 77.900
VG 8: Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	€ 68.700

Bij de zorg in de individuele thuissituatie moeten de indicatie en de daarbij behorende bekostiging op maat aansluiten bij de persoonlijke

³ Kamerstuk 34 104, nr. 118.

omstandigheden. Dat geldt in de thuissituatie niet alleen voor cliënten die zoveel zorg nodig hebben dat ze zelfs met het hoogste zorgprofiel niet uit komen, maar ook voor cliënten die binnen de bandbreedte van een zorgprofiel aan de bovenkant zitten qua zorgbehoefte.

De vraag is of bij de huidige vormgeving van indicatiestelling, leveringsvormkeuze en zorgtoewijzing voldoende recht wordt gedaan aan de specifieke kenmerken van zorglevering in de individuele thuissituatie, in vergelijking met situaties waarin sprake is van reguliere instellingszorg. Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik de NZa en het Zorginstituut gevraagd hier onderzoek naar te doen en mij te adviseren.

Adviesaanvraag: ontwerp van maatwerkprofiel in thuissituatie

In de adviesaanvraag aan de NZa en het Zorginstituut van april 2016 heb ik, ter uitvoering van de motie Bergkamp⁴ verzocht om:

- onderzoek te doen naar de huidige mogelijkheden om meerzorg en maatwerk te leveren in de Wlz en naar de ervaringen van cliënten daarbij;
- een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende bekostigingssystematiek, met het doel om de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen, beter te laten aansluiten bij hun persoonlijke situatie;

NZa en Zorginstituut is gevraagd te onderzoeken of bij de huidige vormgeving van indicatiestelling, leveringsvormkeuze en zorgtoewijzing, voldoende recht wordt gedaan aan de specifieke kenmerken van zorglevering in de individuele thuissituatie, in vergelijking met situaties waarin sprake is van reguliere (grootschalige dan wel kleinschalige) instellingszorg en zonodig aan te geven welke stappen in het proces van indicatiestelling tot en met bekostiging moeten worden gezet om meer maatwerk mogelijk te maken.

Daarbij heb ik in mijn adviesaanvraag aangegeven dat ik de toegangscriteria voor de Wlz in het kader van deze adviesaanvraag als een gegeven wilde beschouwen en daarbij geen verandering beoogde in het aantal mensen dat toegang krijgt tot de Wlz. Echter de wijze waarop cliënten binnen de Wlz worden geïndiceerd en de wijze waarop de zorg wordt bekostigd zouden wel kunnen wijzigen.

Op 14 december jl. heb ik het advies van de NZa en het Zorginstituut ontvangen. Eerder⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd over een onderzoeksrapport van HHM naar de huidige mogelijkheden en knelpunten bij de regelingen voor extra zorg waarbij de ervaringen van cliënten centraal stonden. De organisaties hebben hierbij veel organisaties betrokken en geconsulteerd, zoals cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, ZN en het CIZ.

Doelgroep: cliënten voor wie het zorgprofiel niet toereikend is

Uit het onderzoek van de NZa en Zorginstituut naar de knelpunten en ervaringen van cliënten bij het gebruik van extra zorg, komt naar voren dat de omvang van die specifieke doelgroep relatief beperkt is:

- Ongeveer 1,4% van alle Wlz-cliënten maakt gebruik van één van de regelingen voor extra zorg. Deze cliënten zijn meestal geïndiceerd voor een zorgprofiel uit de sector gehandicaptenzorg en verblijven vooral in een intramurale setting. Bij het interpreteren van deze aantallen moet worden bedacht dat de meerzorgregeling voor de sectoren verpleging

⁴ Kamerstuk 33 891, nr. 169.

⁵ op 2 september 2016, als bijlage bij de «Voortgangsrapportage Wlz: van zorgvuldige invoering naar praktijkvernieuwing gericht op welbevinden» (Kamerstuk 34 104, nr. 138).

en verzorging en ggz pas met ingang van 1 januari 2016 is geïntroduceerd.

- Ongeveer 246 cliënten ontvangen zorg thuis met één van de regelingen voor extra zorg. Dit is ongeveer 0,1% van de Wlz-populatie. Hierbij moet worden bedacht dat een aantal van de cliënten die mogelijk in aanmerking zouden zijn gekomen voor extra zorg thuis waren opgenomen in de regeling Wlz-indiceerbaren.

Reactie op het advies van Zorginstituut en NZa

De NZa en het Zorginstituut geven aan dat er op dit moment al veel manieren zijn om meerzorg en maatwerk mogelijk te maken. Daarbij geven zij aan dat er op korte termijn verbeteringen te realiseren zijn in de uitvoering. Verderop in deze brief kom ik hierop terug. Daarnaast doen NZa en Zorginstituut een aantal aanbevelingen voor de langere termijn. Ze hebben zich vooral gericht op cliënten die niet uitkomen met het best passende zorgprofiel en meer zorg nodig hebben.

Uit overleg met de cliëntenorganisaties lederin en Per Saldo – naar aanleiding van het rapport van het Zorginstituut en de NZa – maak ik op dat zij deze insteek te beperkt vinden. Zij verzoeken dan ook om een deskundige, onafhankelijke en integrale beoordeling van de situatie van individuele cliënten die Wlz-zorg thuis willen ontvangen. Ook gaven deze partijen tijdens de consultatie van het rapport aan dat de huidige, deels getrapte uitvoering door meerdere instanties (CIZ, zorgkantoor en soms ook CCE) ertoe leidt dat cliënten zich niet altijd begrepen voelen en de uitkomst vaak niet goed past bij de persoonlijke situatie van de cliënt. De NZa en het Zorginstituut beschrijven dat ook in hun rapport. De cliëntenorganisaties pleiten daarom voor een maatwerkindicatie van het CIZ bij iedereen die Wlz-zorg thuis wil ontvangen. Dat gaat verder dan het advies van Zorginstituut en de NZa (waarop ik verderop in deze brief inga) om het indiceren van meerzorg bij één orgaan te leggen. Dat kan overigens betekenen dat er ook cliënten zullen zijn die in de toekomst minder zorg geïndiceerd krijgen dan zij op basis van de huidige zorgprofielen zouden hebben kunnen ontvangen. Het maatwerk kan twee kanten opwerken. Het kan meer op leveren dan het gemiddelde dat nu in het zorgprofiel is opgenomen, maar het kan in de toekomst ook minder zijn.

Het pleidooi van de cliëntenorganisaties sluit goed aan bij mijn ambities om de uitvoeringspraktijk in de Wlz beter aan te sluiten op persoonlijke situatie van de cliënt. Ook kan het – zoals ook aangegeven in het rapport van Zorginstituut en NZa – een bijdrage leveren aan de vermindering van de administratieve lasten doordat bij de indicatiestelling in één keer vastgesteld kan worden wat de cliënt nodig heeft en geen aanvullende procedures meer nodig zijn. Hier staat tegenover dat een meer gedetailleerde indicatiestelling kan leiden tot meer herindicaties bij verandering van de zorgbehoefte en tot bezwaar en beroepsprocedures indien cliënten het niet eens zijn met de hoeveelheid geïndiceerde zorg. Zorgaanbieders en zorgkantoren hebben hier aandacht voor gevraagd in de gesprekken die het Zorginstituut en de NZa hebben gevoerd in het kader van hun advies.

Ik wil voor alle cliënten die in de thuissituatie Wlz-zorg ontvangen onderzoeken hoe meer rekening gehouden kan worden met persoonlijke omstandigheden, waarmee meer passende zorg en ondersteuning mogelijk wordt. Ik heb het CIZ gevraagd om te verkennen hoe zij al bij de indicatiestelling meer maatwerk kunnen bieden. Ik vind het belangrijk dat al bij de indicatiestelling voor de cliënt duidelijk is hoeveel zorg hij nodig heeft. Dit draagt bij aan helderheid voor de cliënt over zijn zorg. Dit vereist persoonlijk contact met de cliënt.

De huidige Wlz gaat uit van indicatiestelling los van de gekozen leveringsvorm (thuis dan wel in een instelling). Meer maatwerk bij de indicatiestelling betekent ook dat voor cliënten die thuis willen wonen de indicatiestelling zou kunnen verschillen van cliënten die deze zorg in een instelling genieten.

Dit betreft een majeure wijziging omdat het de wijziging van de werkwijze van meerdere partijen (onder andere zorgkantoren en CIZ) betreft. De uitwerking hiervan vergt nog wel het nodige (denk)werk en mogelijk aanpassing van regelgeving of zelfs wetgeving. Ik wil verkennen wat de consequenties zijn van de keuze om bij de indicatie voor zorg thuis niet alleen te kijken naar individuele cliëntkenmerken die de zorgzwaarte bepalen (de ene cliënt heeft meer behoefte aan verpleging dan de andere) maar ook naar de voorkeuren van de cliënt met betrekking tot de rol van partner, ouders, mantelzorgers etcetera. Juist door de sociale context mee te nemen, is het nog beter mogelijk om echt zorg op maat te leveren en sluit de Wlz-zorg thuis beter aan op zorg thuis vanuit Zvw en Wmo. Ik hecht eraan te benadrukken dat de inzet bij de zorg van mensen in de omgeving geen verplichtend karakter moet dragen, uitgezonderd de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen (zoals die nu ook geregeld is in de Wlz).

Ik zal het CIZ vragen om voor de zomer een uitvoeringstoets op te leveren over de mogelijkheden om voor de zorg thuis meer rekening te houden met individuele omstandigheden. Ik wil het CIZ ook vragen om te bezien of aangesloten kan worden op de systematiek die wordt gehanteerd in de Zvw, waarbij de wijkverpleegkundige (de professionele) bepaalt hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. Tegelijkertijd zal ik verkennen wat de gevolgen zijn voor wet- en regelgeving. Daarbij zal ik ook de NZa en het Zorginstituut betrekken. Voor de zomer zal ik uw Kamer daarover berichten. Indien aanpassing van wetgeving noodzakelijk is, dan is het aan een volgend kabinet om dat te realiseren.

Aanbevelingen: korte en lange(re) termijn

Het advies van Zorginstituut en NZa biedt voldoende aanknopingspunten om op korte termijn verbeteringen te realiseren in de uitvoering van bestaande regelingen, zoals de meerzorgregeling en extra kosten thuis. De NZa en het Zorginstituut schetsen in het advies vier scenario's, die uitmonden in zes aanbevelingen. Sommige aanbevelingen kunnen op korte termijn worden uitgevoerd – of zijn dat al – en sommige aanbevelingen vergen nadere uitwerking.

Reactie op de aanbevelingen van de NZa en het Zorginstituut

Aanbeveling 1: Meer aandacht voor passende zorg binnen de Wlz.

De NZa en het Zorginstituut geven aan dat Zorg op maat mogelijk is als er kennis is over passende zorg voor deze cliënten. Om zorg op maat te kunnen realiseren adviseren de NZa en het Zorginstituut om te sturen op thema's als kwaliteit van zorg, kwaliteitsrichtlijnen, persoonsgerichte zorg en het ontwikkelen van deskundigheid. Partijen constateren dat met de kwaliteitsagenda voor de gehandicaptenzorg een belangrijke stap wordt gezet door specifieke aandacht te geven aan de doelgroep met ernstige meervoudige beperkingen. Ik onderschrijf dat er meer aandacht moet zijn voor passende zorg binnen de Wlz. Meer persoonsgerichte zorg is ook een doelstelling van de experimenten persoonsvolgende bekostiging in de regio's Zuid Limburg (ouderenzorg) en Rotterdam (gehandicaptenzorg). Belangrijk verschil is dat bij die experimenten de indicatiestelling niet verandert. Het gaat in deze experimenten om vraagverheldering, persoonsvolgende inkoop en meer persoonsgerichte zorg.

Aanbeveling 2: Ga door met het verbeteren en vereenvoudigen van de huidige regelingen voor extra zorg

De NZa neemt het initiatief om samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verbeteringen door te voeren in de uitvoering van de huidige regelingen voor extra zorg. In het rapport worden vijf mogelijkheden beschreven voor het oplossen van knelpunten bij de zorgaanvraag voor de verschillende regelingen voor extra zorg:

- meer bekendheid creëren met de regelingen voor meerzorg, persoonlijk assistentiebudget (pab) en extra kosten thuis (EKT);
- Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg, pab en EKT;
- Vereenvoudigen van heraanvraagprocedures en hergebruik van informatie door zorgkantoren;
- Verlengen termijn van de beschikking voor extra zorg;
- Aanbieden consultatiemogelijkheid door het CCE.

De NZa en het Zorginstituut constateren ook dat er al verbeteringen in gang zijn gezet. Zorgkantoren hebben al verbeteringen gerealiseerd in de aanvraagprocedures voor meerzorg. Dit is vastgelegd in het protocol meerzorg voor 2017. Zorgkantoren kunnen op grond daarvan meerzorg voor meerdere jaren toekennen en doen dat in de praktijk nu ook. Ook voor de regeling EKT is het mogelijk om voor meerdere jaren (tot maximaal 5 jaar) een beschikking af te geven.

Aanbeveling 3: Verbeter stapsgewijs het indicatieproces

De NZa en het Zorginstituut doen in hun advies de volgende aanbevelingen:

1. Laat de koppeling tussen de meest belangrijke grondslag en het best passend zorgprofiel los;
2. Herzien de huidige zorgprofielen;
3. Beleg het indiceren van de totale zorgbehoefte bij één onafhankelijk orgaan;
4. Voer een pilot «indicatiestelling» uit.

Ad 1 en 2

Op grond van jurisprudentie moet het CIZ het best passende profiel indiceren uit alle zorgprofielen met alle grondslagen. De aanwezige grondslagen bij de cliënt zijn dus niet belemmerend bij het kiezen van het best passende profiel. Dit kan in sommige situaties betekenen dat de cliënt zich meer herkent in de geïndiceerde zorg. Ik zal met het CIZ verkennen of hieraan voldoende uitvoering wordt gegeven. Ik heb de NZa gevraagd om mij te adviseren om de structuur van de huidige ZZP's. Dat advies verwacht ik in de eerste helft van 2017. Het zal ook uitspraken doen over de geschiktheid van een zorgprofiel voor de bekostiging van zorg in de thuissituatie (in de vorm van een mpt, vpt en pgb).

Ad 3 en 4

De punten 3 en 4 van deze aanbeveling wil ik graag bezien in samenhang met aanbeveling 4 en 5.

Aanbeveling 4: Indien nodig: maatwerkcomponent voor een beperkte doelgroep

Aanbeveling 5: Betrek de context alleen bij het indiceren van extra zorg

Zoals hiervoor aangegeven wil ik de door de NZa en het Zorginstituut geadviseerde stappen 3 en 4 voor het stapsgewijs verder verbeteren van het indicatieproces in samenhang bezien met de aanbevelingen 4 en 5.

De NZa en het Zorginstituut adviseren om alleen voor een beperkte groep maatwerk te indiceren en alleen bij het indiceren van extra zorg rekening te houden met de sociale context. Zoals hiervoor aangegeven wil ik maatwerk voor iedereen die met een Wlz-indicatie thuis wil blijven wonen. Op dit punt wijk ik af van het advies van het Zorginstituut en de NZa. Dat maatwerk kan voor nieuwe cliënten overigens zowel «meer» als «minder» zijn dan hetgeen op dit moment in de zorgprofielen is opgenomen. Ik zal de NZa en het Zorginstituut betrekken in de nadere uitwerking. Voor een deel kan dat ook een plek krijgen in reeds gevraagde adviezen, zoals het advies dat ik heb gevraagd aan de NZa over de doorontwikkeling van de ZZP's en de vraag naar de toepasbaarheid daarvan in de thuissituatie.

Aanbeveling 6: houd doelmatigheidsnorm maar neem toeslagen mee bij het pgb-budget

De NZa en het Zorginstituut constateren dat bij de uitvoering van de doelmatigheidsnorm momenteel wordt uitgegaan van de hoogte van het pgb. Bij de berekening van het pgb budget wordt geen rekening gehouden met toeslagen. De NZa en het zorginstituut adviseren om de toeslagen mee te nemen in de bepaling van het pgb en mpt-budget, uitgezonderd instellingsgebonden toeslagen en toeslagen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg. Op die manier benadert de totstandkoming van het beschikbare pgb en mpt-budget (meer) de passende zorg die anders in een instelling wordt geboden. Ik zal de NZa vragen om dat verder uit te werken in het onderzoek naar de doorontwikkeling van de ZZP's waarin zij ook een uitspraak doen over de geschiktheid van het zorgprofiel voor de bekostiging van zorg in de thuissituatie.

Indien in de toekomst meer maatwerk bij de indicatiestelling mogelijk wordt dan verschuift de doelmatigheidstoets van de zorgtoewijzing naar de indicatiestelling. Bij de indicatiestelling is dan immers de zorgomvang op maat vastgesteld, rekening houdend met de vereiste doelmatigheid.

Samenvattend

Er zijn op dit moment al veel manieren om meerzorg en maatwerk mogelijk te maken. Daarbij zijn op korte termijn in de uitvoering verbeteringen te realiseren. Deze verbeteringen zijn voor een deel al in gang gezet en pak ik samen met NZa en Zorginstituut op korte termijn verder op. Daarnaast begrijp ik de wens van cliëntenorganisaties om integraal maatwerk toe te passen in de thuissituatie. In overleg met betrokken partijen breng ik de mogelijkheden van meer maatwerk bij de indicatiestelling in kaart alsook de juridische en technische gevolgen. Ik informeer uw Kamer hierover voor de zomer.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn