

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Nr. 82

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 september 2014

In deze brief informeer ik u over de ontwikkelingen in de indicatiestelling van langdurig verblijf en de wijze waarop cliënten de indicatie verzilveren. De afgelopen periode heeft uw Kamer hierover een aantal malen informatie gevraagd. In de Nota naar aanleiding van het nader verslag over de Wlz van 2 juli 2014¹ heb ik vragen beantwoord over het stijgend aantal hoge ZZP's. Daarbij heb aangegeven de resultaten van een expertmeeting over dit onderwerp met uw Kamer te zullen delen.

Om inzicht te krijgen in de recente ontwikkelingen heb ik cijfermateriaal verzameld via o.a. de Monitor Langdurige Zorg² (MLZ), het CIZ en het Zorginstituut Nederland (ZIN). Een aantal deskundigen heeft zich gebogen over de cijfers. Zij hebben verklaringen genoemd die aan de ontwikkelingen ten grondslag zouden kunnen liggen. Hierbij treft u het verslag aan van de expertmeeting die door bureau HHM is georganiseerd (bijlage 1)³.

Specifiek over de verklaringen van de groei van de zorgvraag van cliënten met een verstandelijke handicap, verwacht ik in december 2014 een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). In het vorige zomer verschenen rapport «Lasten onder de loep» bleek dat de gestegen uitgaven aan zorg voor verstandelijk gehandicapten vooral een gevolg zijn van een toename van het aantal zorgvragende cliënten met lichtere verstandelijke beperkingen. Momenteel onderzoekt het SCP welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen.

In deze brief ga ik op hoofdlijnen in op de belangrijkste ontwikkelingen in de indicatiestelling, het gebruik van verblijfszorg in natura en de

¹ Kamerstuk 33 891, nr. 12

² In opdracht van het Ministerie van VWS beheert het CBS de website www.monitorlangdurige-zorg.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

toekenning van pgb's op basis van een ZZP-indicatie zoals die blijkt uit de recente data. Waar mogelijk wordt op grond van de inzichten van de geraadpleegde deskundigen duiding gegeven aan de cijfers.

De belangrijkste conclusies zijn:

- In de jaren 2010 tot en met 2012 is het aantal verblijfsindicaties alleen in de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige GGZ flink gestegen. De benutting daarvan vindt voor het merendeel weer meer thuis plaats dan in een instelling. Volgens de deskundigen speelt hierbij mee dat veel mensen een zzp-indicatie hebben aangevraagd omdat mensen verwachten dat deze meer zekerheid biedt voor het organiseren van samenhangende zorg in de thuissituatie;
- In het jaar 2013 daalt het aantal verblijfsindicaties. Volgens deskundigen is dat vooral het gevolg van het extramuraliseringsbeleid.

1. Ontwikkelingen

1.1 De indicatiestelling van ZZP's

Totaal aantal cliënten met een verblijfsindicatie naar sector (2010–2013)

In de trendrapportage van het CIZ⁴ zijn cijfers opgenomen over het aantal cliënten met een indicatie voor langdurig verblijf op diverse peilmomenten. Op 1 januari 2014 hadden ruim 334.000 cliënten een indicatiebesluit voor intramurale AWBZ-zorg. Het aantal cliënten met een intramuraal besluit stijgt met 3% per jaar. Het aantal cliënten met een extramuraal besluit stijgt minder snel (gemiddeld 2% per jaar).

Tabel 1: Aantal personen met een verblijfsindicatie per sector

Sector	1-jan-10	1-jan-11	1-jan-12	1-jan-13	1-jan-14
V&V (excl. VV9)	176.200	174.000	176.400	179.800	172.300
GGZ	35.900	39.600	42.500	46.000	47.200
GHZ	90.400	102.600	107.600	112.600	113.900
Subtotaal	302.500	316.200	326.500	338.300	333.400
VV9, 9A, 9B (GRZ) en Onbekend	13.800	15.600	19.800	1.700	1.100
Totaal	316.300	331.800	346.300	340.000	334.500

Bron: Aanspraak op AWBZ, online rapportage van het CIZ (www.ciz.nl)

Zoals ook naar voren komt in de Marktscan van de NZa (Kamerstuk 29 689, nr. 539) is te zien dat er opvallende verschillen zijn tussen de drie sectoren in de AWBZ. Vooral in de GGZ en gehandicaptenzorg (GHZ) stijgt het aantal personen met een verblijfsindicatie. In de sector verpleging en verzorging (VenV) is een daling waarneembaar als gevolg van de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) per 1 januari 2013. Indien we de GRZ buiten beschouwing laten, is het aantal cliënten in de sector verpleging en verzorging (V&V) vrij stabiel tot 1 januari 2013. Daarna is sprake van enige daling als gevolg van het beleid van langer thuis wonen. De stijging van het totaal aantal verblijfsindicaties (excl. GRZ) van 10,6% van 1 januari 2010 tot 1 januari 2014 wordt dus verklaard door de gehandicaptenzorg (26,0% in 4 jaar tijd) en de GGZ (31,5% in 4 jaar tijd). Het tempo van deze stijging is zorgwekkend aangezien de stijging van het BBP hierbij ver achterblijft en zich bovendien niet laat verklaren door demografische ontwikkelingen.

⁴ De CIZ-Trendrapportage 2013 treft u aan op www.ciz.nl.

Volgens de deelnemers aan de expertmeeting is de stijging van het aantal hoge ZZP's niet uitsluitend toe te schrijven aan langlopende ontwikkelingen, zoals demografische ontwikkelingen, meer chronische zieken, ernstigere problematiek en meer overbelaste mantelzorgers. Volgens de experts is de stijging in de jaren 2010–2012 het gevolg van een complex van factoren. Een belangrijke verklaring zou zijn dat cliënten anticiperen op verschillende aangekondigde maatregelen. Het gaat zowel om de pgb-maatregelen van het vorig kabinet als de in het regeerakkoord opgenomen maatregelen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg, zoals de voorgenomen taakstellingen op het gebied van huishoudelijke hulp en dagbesteding en de decentralisatie van extramurale zorg. Cliënten met een zware zorgvraag die aanvankelijk een indicatie voor extramurale zorg hadden, hebben mogelijk een ZZP-indicatie aangevraagd omdat zij verwachtten dat deze meer zekerheid zou bieden voor een samenhangende dienstverlening in de thuissituatie. Ook wijzen de deskundigen op sectorspecifieke omstandigheden, zoals de achterblijvende doorstroom van beschermd wonen naar begeleid zelfstandig wonen. Hier spelen fricties op de woningmarkt mee.

Recente groei van hoge en lage ZZP's (juli 2012–oktober 2013)

De experts hebben zich gebogen over de waargenomen ontwikkelingen in de indicatiestelling van langdurig verblijf, het gebruik van naturazorg van deze cliënten en de pgb-toekenning. Hierbij is ook gekeken naar verschillen tussen een aantal subsectoren. Deze subsectoren zijn samengesteld op basis van de keuzes die ten aanzien van de ZZP's zijn gemaakt rond de uitwerking van de plannen in het kader van de hervorming van de langdurige zorg. De subsectoren zijn: jeugdwet 18–, zvw 18+⁵, wmo 18+, lichte ZZP's, wlz 18–, wlz 18+ en overig (oude verblijfsindicaties in termen van functies en klassen en geriatrische revalidatiezorg: VV9, VV9a en, VV9b). Het gaat hierbij dus in alle gevallen om AWBZ-verblijfsindicaties, maar de typering naar subsector luidt in termen van de toekomstige situatie.

Vanaf 1 juli 2007 indiceert het CIZ langdurig verblijf in termen van ZZP's. De verblijfsindicaties die daarvoor nog in termen van functies en klassen zijn afgegeven hadden een geldigheid van maximaal 5 jaar. Hierdoor is pas per 1 juli 2012 een vrijwel volledig beeld van het aantal indicaties naar ZZP. De recente ontwikkeling is weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: Aantal cliënten met een verblijfsindicatie naar subsector¹

	1-7-2012	1-10-2012	1-1-2013	1-4-2013	1-7-2013	1-10-2013
Jeugdwet 18–	6.000	5.900	5.800	5.700	5.600	5.500
Zvw 18+	9.500	9.600	9.600	9.600	9.600	9.700
Wmo 18+	27.600	28.900	30.100	31.200	31.900	32.700
Lichte ZZP's 18+	75.200	72.300	69.900	65.000	60.400	56.400
Wlz 18–	4.600	4.600	4.700	4.700	4.700	4.700
Wlz 18+ ²	211.900	216.800	222.000	226.000	229.300	232.700
Oude indicaties	300	300	200	200	100	100
Totaal (excl GRZ)	335.100	338.400	342.200	342.300	341.700	341.800

¹ Het CIZ heeft deze cijfers beschikbaar gesteld voor de expertsessie. De cijfers in de recent gepubliceerde Trendrapportage 2013 zijn gebaseerd op een nieuwe opwerkmethode en wijken hierdoor licht af van de cijfers in deze tabel.

² Exclusief geriatrische revalidatiezorg (ZZP VV9, 9a, 9b)

Bron: CIZ. De volledige tabel is opgenomen als Bijlage 5 bij het rapport van Hhm.

⁵ In de cijfers die aan de experts zijn voorgelegd, was nog geen rekening gehouden met het onderbrengen in de WLZ van de cliënten met B-pakketten in de GGZ na 3 jaar (en voor de bestaande cliënten a.g.v. de motie-Bergkamp per direct).

Het aantal cliënten 18+ met een hoog ZZP (subsector Wlz18+) is vanaf juli 2012 met 20.000 toegenomen, van 212.000 in juli 2012 naar 233.000 in 2012. Het aantal cliënten 18+ met een licht ZZP neemt met hetzelfde aantal af: op 1 oktober 2013 had het ClZ nog 56.000 cliënten geregistreerd met een licht ZZP. In juli 2012 waren dat er nog 75.000.

De trend dat mensen langer thuis blijven wonen is al geruime tijd waarneembaar en met het extramuraliseren van de lichtere ZZP's wordt hierop aangesloten. Zo liep in het laatste half jaar voor het extramuraliseren van een aantal lage ZZP's per 1 januari 2013 (VV01, VV02, GGZ01, GGZ02, VG01 en VG02) het aantal indicaties al terug met 5.300. Minder cliënten vragen een laag ZZP's, zorginkopers kopen minder lage ZZP's in en zorgaanbieders bouwen capaciteit af of zetten capaciteit anders in.

Relevante vraag is of het extramuraliseren van de genoemde lage ZZP's heeft geleid tot een hogere toestroom in de nog wel te indiceren ZZP's. Uit de ClZ-rapportage «Langer Thuis» – kwartaalmonitor extramuralisering lage ZZP's, komt naar voren dat er in de eerste kwartalen van 2013 nauwelijks aanwijzingen zijn gevonden voor anticiperend gedrag van zorgaanbieders (door voor hun cliënten vlak voor 1 januari 2013 nog een laag ZZP aan te vragen) en ook niet voor substitutie van de lage ZZP's naar de naastliggende hogere ZZP's van dezelfde sector of lagere ZZP's in een andere sector. Wel is een opvallende procentuele stijging zichtbaar van een aantal hogere ZZP's (o.a. VV6 en VV7).

1.2 De verzilvering van ZZP's

Uit cijfers blijkt dat de groei van het aantal verblijfsindicaties in veel mindere mate heeft geleid tot extra opnamen. Het grootste deel van de stijging is waarneembaar in de groepen die voor korte of langere tijd buiten de muren van de instelling blijven. Met name het aantal cliënten dat met een ZZP kiest voor het pgb stijgt sterk.

Tabel 3. Gebruik van de verblijfsindicatie 18+

	2010	2011	2012
Personen met indicatie ZMV (op peildatum)	326.485	343.065	355.795
Personen 18+ met indicatie ZMV (op peildatum)	316.190	332.650	345.080
Personen 18+ met gebruik ZMV (op peildatum)	248.500	256.120	258.640
Personen 18+ met gebruik ZZV (in periode van 4w)	30.165	45.620	46.630
Personen 18+ met toegekend pgb (op peildatum)	nb	15.960	20.030

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties

Ook in het jaar 2013 zet deze stijging door: op 1 januari 2014 hebben circa 25.000 cliënten met een verblijfsindicatie een keuze gemaakt voor het pgb. De deskundigen noemen, naast de eerder genoemde redenen om zorg op basis van een ZZP te vragen ook enkele redenen die deze pgb-groei zouden kunnen verklaren:

- De begrenzing van de contracteerruimte voor de inkoop van naturazorg;
- De opkomst van pgb-gefinancierde wooninitiatieven;
- De in 2011 aangekondigde pgb-maatregelen en de latere 10-uursgrens.

2. Kosten naturazorg

In de marktscan van de NZa wordt inzicht gegeven in de ontwikkeling van de kosten van de zorg in natura in de gehandicaptenzorg en de sector verpleging en verzorging tussen 2010 en 2012. De landelijke omzet van ZZP's in deze beide sectoren gezamenlijk is tussen 2010 en 2012 gestegen van € 11,8 miljard naar € 13,9 miljard (een stijging van 17,8%). De NZa

geeft aan dat 55% wordt veroorzaakt door prijsstijgingen (waaronder indexatie). Ongeveer € 500 miljoen is toe te schrijven aan een groei van het aantal cliënten en ruim € 450 miljoen aan zorgverzwaring. Ook de omzet in de extramurale zorg is tussen 2010 en 2012 met € 650 miljoen gestegen (waarvan ongeveer € 330 als gevolg van indexatie van de tarieven). Ook de NZa constateert dat de groei vooral groot is in de gehandicaptensector (de GGZ is niet meegenomen in deze scan) en dat zij deze niet kan verklaren vanuit demografische factoren. De financiële positie van zorgaanbieders is gemiddeld genomen verbeterd.

3. Ten slotte

Het verzamelde materiaal heeft een aantal nieuwe inzichten opgeleverd die steun bieden voor een aantal keuzes rond de vormgeving van de Wlz. Allereerst blijkt dat het van groot belang is om een helder afwegingskader te hebben voor toegang tot Wlz-zorg. Bij het bepalen of iemand toegang kan krijgen tot Wlz-zorg zal gewerkt worden met objectieve zorginhoudelijke criteria. Het ClZ zal daarbij zelf de indicatie stellen en niet langer werken met een mandaatconstructie. Bovendien zal de indicatie gaan verlopen door middel van een persoonlijk contact met de cliënt. Ten aanzien van de prikkels in de hervormde langdurige zorg ga ik naar aanleiding van mijn toezegging aan de leden Van Dijk en Van 't Wout in het debat over de Wmo 2015 (Handelingen II 2013/14, nr. 79, item 2) onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor preventie van uitstroom naar de Wlz, in hoeverre het beleid van gemeenten hier invloed op kan uitoefenen en hoe dit verwerkt kan worden in prikkels zodat gemeenten beloond worden voor goed beleid. Bij dit onderzoek betrek ik ook de motie-Van der Staaij en Van Dijk (Kamerstuk 33 841, nr. 138) waarbij gevraagd wordt de mogelijkheden te onderzoeken hoe verzekeraars en gemeenten hun budgetten onderling kunnen verschuiven, zodat substitutie van zorg en ondersteuning mogelijk wordt.

Tot slot constateer ik dat een afzonderlijke beheersing van natura en pgb suboptimaal is. Tot op zekere hoogte is sprake van communicerende vaten. Dit ondersteunt de keuze om per 2015 te komen tot een integraal beheersingskader.

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