

Vergaderjaar 2015–2016

34 104

Langdurige zorg

Nr. 87

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2015

Tijdens het Verslag Algemeen Overleg op 7 oktober jongstleden over de decentralisatie Wmo/Wlz (Handelingen II 2015/16, nr. 11, item 11) heb ik een brief toegezegd over meerzorg, maatwerk(profiel) en daarmee samenhangende onderwerpen. Met het versturen van de voorliggende brief voldoe ik aan deze toezegging. Tevens reageer ik met de voorliggende brief op de op 10 november jl. aangenomen motie-Bergkamp/Otwin van Dijk (Kamerstuk 34 300 XIV, nr. 67) waarin de regering wordt verzocht zo snel mogelijk duidelijkheid te bieden over maatwerkprofielen, zodat hiervan tijdens de herindicatie gebruik kan worden gemaakt, met als doel om in 2017 zorg op maat te bieden, uitgaande van de maatwerkprofielen.

Rond de jaarwisseling zal ik in de vernieuwingsagenda langdurige zorg inhoudelijk dieper ingaan op de relatie tussen de ontwikkeling van de zorgprofielen, maatwerk bij indicatiestelling en persoonsvolgende bekostiging binnen de Wlz.

Bij de invulling van de dagelijkse zorg moet zo veel als mogelijk is maatwerk worden geboden om aan te sluiten bij de individuele wensen en behoeften van de cliënt. In deze brief geef ik een omschrijving van de wijze waarop binnen de huidige regelgeving vanaf 2016 maatwerk geboden kan worden en de rol van de diverse partijen daarbinnen.

Binnen de Wlz heeft het CIZ als taak om de toegang tot de Wlz te bepalen en het best passende cliëntprofiel vast te stellen. Daarbij is de omschrijving van de zorgprofielen globaler gemaakt dan de zorgzwaartepakketten binnen de AWBZ om cliënten, zorgaanbieder en zorgkantoren meer ruimte te geven voor een invulling van de zorg die een cliënt nodig heeft. Het zorgkantoor heeft binnen de Wlz zorgplicht en dient er voor te zorgen dat binnen het zorgplan of budgetplan – rekening houdend met de individuele zorgbehoefte en situatie – goede en passende zorg wordt geleverd. Voor het merendeel van de Wlz-cliënten zijn de bestaande zorgprofielen en de daarbij behorende ZZP-bekostiging toereikend om

adequate zorg te organiseren. Voor een kleine groep cliënten is het zorgprofiel en de daarbij behorende ZZP-bekostiging ontoereikend. In dat geval zijn er meerdere mogelijkheden om in de uitwerking van het zorgplan of budgetplan meer inzet van zorg (en daarmee maatwerk) mogelijk te maken.

- In de bekostiging is er voor een aantal cliëntgroepen een toeslag mogelijk bovenop de ZZP-tarieven. Deze toeslag is soms voorbehouden aan gespecialiseerde instellingen, omdat alleen deze gespecialiseerde instellingen de benodigde gespecialiseerde zorg kunnen leveren. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld gespecialiseerde epilepsiezorg die slechts door twee instellingen in Nederland wordt geleverd.
- Voor een aantal cliëntgroepen is het op grond van een amendement van het lid Bergkamp c.s. (Kamerstuk 33 891, nr. 153), mogelijk gemaakt dat een uitzondering wordt gemaakt op de regel dat de zorg in de thuissituatie niet duurder mag zijn dan de zorg in een instelling. Deze regeling – die vaak wordt aangeduid met de naam Extra Kosten Thuis-regeling – maakt het mogelijk om maatwerk in de thuissituatie te leveren. De doelgroep van deze regeling komt overeen met de doelgroep waarvoorheen in de AWBZ sprake was van «enige ondoelmatigheid» in de thuissituatie en waarbij cliënten een indicatie kregen in functies en klassen. Deze doelgroep komt overeen met de doelgroep die nu (met een hoge functie en klasse indicatie) in de regeling Wlz-indiceerbaren is opgenomen. Ik kom verderop in mijn brief zowel terug op de regeling voor Extra Kosten Thuis als de Wlz-indiceerbaren.
- Daarnaast is er de meerzorgregeling die per 2016 wordt uitgebreid naar de sectoren verpleging en verzorging en ggz.

Voor de hier benoemde mogelijkheden om maatwerk te leveren geldt dat de invulling plaatsvindt bij de zorgtoewijzing in overleg tussen cliënt, zorgaanbieder en zorgkantoor. Dit past bij de rollen die partijen hebben binnen de Wlz. Het ClZ bepaalt eenmalig de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel en vervolgens geeft het zorgkantoor in de zorgtoewijzing en de bepaling van de hoogte van het beschikbare bedrag invulling aan de zorgplicht.

Er zijn echter cliënten voor wie geldt dat al bij de vaststelling van het indicatiebesluit evident is, dat het te indiceren best passende zorgprofiel ontoereikend is om de benodigde zorg te bekostigen. Ik wil voor deze specifieke groep cliënten vanaf 1 januari 2016 meer maatwerk bij de indicatiestelling mogelijk maken. Hiertoe zet ik de volgende stappen.

Een eerste stap is dat ik met ingang van 2016 uitwerking geef aan het amendement van het lid Dik-Faber c.s. (Kamerstuk 33 891, nr. 150). Het ClZ zal met ingang van 2016 in een aantal gevallen aangeven of meerzorg aan de orde is. In het vervolg van deze brief kom ik daar op terug. Voor mij betekent dit in de praktijk dat de vraag of meerzorg aan de orde is daarmee is beantwoord. Vervolgens zorgt het zorgkantoor in overleg met de zorgaanbieder voor de invulling van de vraag hoe en hoeveel.

Een tweede stap is dat ik, in lijn met de motie-Bergkamp over de ontwikkeling van een maatwerkprofiel (Kamerstuk 33 891, nr. 102), een brede adviesaanvraag voor het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit voorbereid. Aan beide partijen heb ik gevraagd om aan te geven hoe de regeling meerzorg kan worden vormgegeven, passend bij de ontwikkelingen die zijn ingezet met de hervorming van de langdurige zorg.

In de gezamenlijke adviesaanvraag vraag ik om uitwerking van verschillende scenario's, met aandacht voor alle relevante aspecten. Het gaat hierbij om:

- a. de aanspraak: hoe moet de aanspraak worden omschreven?
- b. de procedure: hoe verloopt de procedure voor de cliënt om meerzorg te ontvangen en kan dit eenvoudiger?
- b. de indicatiestelling: zijn cliëntkenmerken vast te stellen die recht geven op meerzorg?
- c. de levering van zorg, met aandacht voor de context waarin de zorg wordt geleverd c.q. de verschillende leveringsvormen in de Wlz.
- d. de rolverdeling tussen partijen: wijziging van de rolverdeling tussen ClZ, het zorgkantoor en de betrokkenheid van het CCE als adviseur kan ingrijpen op alle hierbij genoemde aspecten.
- e. bekostiging op verzekerdsniveau en (macro)budgettaire: hoe moet meerzorg bekostigd worden? hoe en door wie moet meerzorg verantwoord worden? hoe blijft meerzorg beheersbaar?

Ik verwacht in het eerste kwartaal van 2016 een rapport te ontvangen van de NZa/ZIN over de huidige mogelijkheden en knelpunten en de ervaringen van de cliënten daarbij. Later verwacht ik een advies te ontvangen over de wijze waarop maatwerk bij de indicatiestelling en in de bekostiging verder vorm kan worden gegeven.

Bij de beoordeling van de vraag of een cliënt is aangewezen op maatwerk, is de setting waarin de zorg wordt geleverd (thuis of in een instelling) van groot belang. Binnen de zorg in natura (en zeker binnen een instelling in een geclusterde setting) zijn er meer mogelijkheden om «te middelen» tussen cliënten die binnen de bandbreedte van het zorgprofiel iets meer of iets minder zorg nodig hebben. Datzelfde geldt ook voor de mogelijkheden om de schommelingen van de zorgvraag van een cliënt op te kunnen vangen in de tijd. Bij de meerzorg in instellingen zie je de beweging (onder andere in de zogenoemde proeftuinen meerzorg 2.0) om de meerzorg minder op cliëntniveau, maar veel meer op afdelingsniveau of op instellingsniveau te beoordelen en toe te kennen. Naarmate de zorg meer individueel in de thuissituatie wordt geleverd, zijn deze mogelijkheden beperkter. Dat laatste geldt zeker voor zorgverlening in de individuele thuissituatie met behulp van een pgb. Ik heb de NZa/ZIN gevraagd om in hun advies ook rekening te houden met deze verschillen tussen de diverse leveringsvormen.

Stand van zaken meerzorg en de meerzorgtoets bij de indicatiestelling

Meerzorg kent twee verschijningsvormen:

- De «extreme zorgzwaarte»: zorgzwaarte die uitstijgt boven het hoogste ZZP in een reeks zorgprofielen. Deze verschijningsvorm kennen we in 2015 alleen nog in de gehandicaptensector, maar wordt in 2016 uitgebreid naar de sectoren verpleging en verzorging en GGZ. In een afschrift van een brief van 19 juni 2015 over het voorlopige budgettaire kader 2016 aan de Nederlandse Zorgautoriteit NZa (TK 2014–2015, 33 891, nr. 153) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitbreiding van de meerzorgregeling per 2016 naar de andere sectoren. Daarnaast zal ik per 2016 ook het zorgprofiel/ZZP LG 6 (Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging) toevoegen aan de lijst met zorgprofielen/ZZP's die toegang geven tot meerzorg. Tot op heden was de redenering dat cliënten met een hogere zorgvraag dan LG 6 zouden kunnen opteren voor een hoger ZZP. Om die reden was er voor hen geen toegang tot meerzorg. In de praktijk voldoen deze cliënten niet altijd aan de indicatiecriteria voor zo'n hoger ZZP, waardoor er een lacune ontstaat.

- Een «bijzondere» zorgvraag die samenhangt met specifieke cliëntkenmerken. Voor deze bijzondere zorgvraag geldt dat in de bekostiging wordt voorzien in een toeslag waarmee maatwerk mogelijk is.

De contouren van een nieuwe meerzorgprocedure worden voor 2016 als volgt uitgewerkt:

- Het CIZ bepaalt onafhankelijk van de context waarin de zorg wordt verleend, aan de hand van cliëntkenmerken en zorgbehoefte of er sprake is van meerzorg.
- Het zorgkantoor bepaalt vervolgens via een zorgvuldige procedure de omvang van de meerzorg waarop de cliënt is aangewezen. Het zorgkantoor toetst daarbij of de gekozen invulling van de meerzorg financieel en zorginhoudelijk verantwoord is. Overigens kent de meerzorg geen financiële bovengrens; alle benodigde zorg kan worden ingezet mits doelmatig en verantwoord.

Het CIZ heeft aangegeven dat zij in de volgende gevallen al bij de indicatiestelling met zekerheid de behoefte aan meerzorg kunnen vaststellen:

- er is behoefte aan chronische invasieve beademing;
- er is behoefte aan chronische non-invasieve beademing;
- er is aanspraak op het zorgprofiel «VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging» en er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek;
- er is aanspraak op het zorgprofiel «VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging» en er is sprake van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

In de overige gevallen blijkt de feitelijke zorgbehoefte bij het uitwerken van het zorgplan tussen cliënt zorgaanbieder en zorgkantoor of is de behoefte aan meerzorg mede afhankelijk van de omgeving. In dat geval waarborgt de zorgplicht van het zorgkantoor dat ook in die gevallen adequate zorg op maat wordt geboden.

Maatwerk in de thuissituatie en de regeling voor extra kosten thuis (EKT)

Cliënten met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen een keuze maken uit meerdere wettelijk verankerde leveringsvormen. Naast de zorg in een instelling kunnen cliënten kiezen voor VPT, pgb of MPT mits de zorg in de thuissituatie op een verantwoorde en doelmatige wijze kan plaats vinden. Ook is het bij de zorg thuis mogelijk om delen van de zorg in natura af te nemen en andere delen in pgb. Ook dit bevordert het maatwerk. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren hebben (in samenwerking met VWS en het Zorginstituut) gewerkt aan een uniform kader om de doelmatigheid en de verantwoorde zorg te kunnen toetsen. Begin juli heeft ZN dit toetsingskader gepubliceerd. Op dit moment wordt in overleg met cliënten- en brancheorganisaties van zorgaanbieders gewerkt aan een verdere vereenvoudiging van het Toetsingskader.

Bepalen verantwoorde zorg in de thuissituatie

Bij het bepalen of de zorg verantwoord in de thuissituatie kan worden geleverd, wordt een belangrijke rol gegeven aan de zorgaanbieder die het zorgkantoor adviseert. Daarbij maakt de zorgaanbieder een afweging op basis van informatie van verschillende partijen (cliënt, mantelzorgers, huisarts, andere behandelaars etc.). Daarmee sluit de werkwijze nauw aan bij de werkwijze zoals die ook voorheen in de AWBZ werd gehanteerd.

Voor het maken van een afweging van doelmatigheid bepaalt artikel 3.3.2 Wlz dat de totale kosten van een MPT niet hoger mogen zijn dan van een pgb. Dat geldt ook voor de combinatie van MPT en pgb. Daarmee geldt als hoofdregel dat de zorg in de thuissituatie niet duurder mag zijn dan de zorg binnen een instelling.

Op grond van de uitwerking van het amendement van het lid Bergkamp c.s. (Kamerstuk 33 891, nr. 153) is in artikel 5.3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) een uitzondering gemaakt op deze hoofdregel. Deze uitzondering geldt voor de volgende groepen cliënten:

1. cliënten jonger dan 23 jaar, zodat ze thuis kunnen opgroeien;
2. cliënten met een of meer kinderen onder de 18 jaar;
3. cliënten met alleen een lichamelijke beperking (SOM, LG en/of ZG) zodat ze vanuit huis inkomen kunnen verwerven uit werk of een studie/opleiding kunnen volgen gericht op het verwerven van betaald werk;
4. cliënten met een indicatie voor palliatief terminale zorg.

Voor deze cliëntengroepen is het mogelijk om in het MPT/Pgb 25% meer kosten te maken in de thuissituatie. Voor de groep palliatief terminale zorg geldt geen beperking van maximaal 25%. Met deze EKT-regeling is maatwerk in de thuissituatie mogelijk. De benoemde doelgroepen in de EKT-regeling sluiten aan bij de cliëntgroepen waar voorheen in de AWBZ sprake was van «enige ondoelmatigheid» in de thuissituatie en waarbij cliënten een indicatie kregen in functies en klassen. Deze doelgroep komt overeen met de doelgroep die nu (met een hoge functie en klasse indicatie) in de regeling Wlz-indiceerbaren is opgenomen.

Procedure en vangnet voor Wlz-indiceerbaren

Een groep van ongeveer 13.000 cliënten met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg met zulke zware beperkingen dat zij waarschijnlijk aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen – hierna de «Wlz-indiceerbaren» genoemd – hebben met ingang van 2015 op hun verzoek tijdelijk toegang tot de Wlz gekregen. Op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, van de Wlz hebben zij tot 1 januari 2017 een indicatiebesluit voor de Wlz ontvangen, zonder dat het CIZ inhoudelijk heeft getoetst of betrokkenen aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen. Zij ontvangen, tenzij de gezondheidssituatie wijzigt, in 2015 en 2016 evenveel zorg of een even hoog persoonsgebonden budget als in 2014.

Het CIZ is recentelijk gestart met het herindiceren van de ongeveer 13.000 Wlz-indiceerbaren. Dit proces wordt zorgvuldig begeleid met leder(in), Per Saldo, CIZ, de zorgkantoren en VWS. Met deze herindicatie is gestart om cliënten tijdig duidelijkheid te kunnen geven of ze vanaf 2017 onder de Wlz gaan vallen (indien ze voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz) of onder de Wmo en Zvw. Het CIZ geeft cliënten die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz een indicatie voor het best passende zorgprofiel. Vervolgens beoordeelt het zorgkantoor of de cliënten in aanmerking komen voor de toepassing van de EKT-regeling die het mogelijk maakt dat in de thuissituatie tot 25% meer kosten kunnen worden gemaakt dan in een instelling. Ik verwacht dat met de indeling in het best passende zorgprofiel en de toepassing van de EKT-regeling ongeveer 70 tot 80% van de Wlz-indiceerbaren op een eenvoudige manier op een reguliere wijze zekerheid kan krijgen over de omvang van hun zorg of de omvang van hun budget, waarbij bovendien geldt dat ze minimaal evenveel ontvangen als voorheen.

Voor de resterende groep cliënten die voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz, maar waarvoor geldt dat ze na indicatie in het best passende zorgprofiel en een eventuele toepassing van de EKT-regeling minder zorg en/of budget ontvangen dan voorheen wil ik – vooruitlopend op de vormgeving van de meerzorgregeling in de toekomst – een vangnet creëren. Deze groep wil ik tot eind 2018 de zekerheid geven dat ze dezelfde omvang van zorg en budget kunnen ontvangen.

Door deze vangnetconstructie wil ik voorkomen dat cliënten een tijdrovende meerzorgprocedure moeten doorlopen die mogelijk in de toekomst nog anders zal worden vorm gegeven. Door duidelijkheid te bieden over het proces, verwacht ik de nodige rust en helderheid te creëren voor deze cliënten. Bezwaar- en beroepsprocedures zullen hiermee zoveel als mogelijk is, worden voorkomen.

Cliënten hebben met de vangnetconstructie immers de garantie dat ze tot eind 2018 minimaal de omvang van zorg kunnen behouden die ze nu hebben. Daarmee is er voldoende tijd en gelegenheid om cliënten die daarop zijn aangewezen, na 2018 het benodigde maatwerk te kunnen bieden. Hiermee is tevens antwoord gegeven op de brief van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 november jongstleden (uw kenmerk: 2015Z22701), waarin naar aanleiding van de motie-Bergkamp/Otwin van Dijk (Kamerstuk 34 300 XIV, nr. 67) wordt gevraagd om de bezwaartermijnen pas in te laten gaan, zodra het beleid vaststaat voor de Wlz-indiceerbaren.

Bovengenoemde werkwijze geeft mij overigens ook de tijd om het advies van ZIN en NZa af te wachten en daarnaast verder te werken aan de mogelijkheden om de zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de behoeften van de cliënt.

Voor de naar verwachting beperkte groep Wlz-indiceerbaren die toch niet voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz zal ik in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars zorgen voor een «warme overdracht» met ingang van 2017.

Met deze aanpak voor de groep Wlz-indiceerbaren geef ik uitvoering aan de eerdergenoemde motie-Bergkamp/Otwin van Dijk waarin de regering wordt verzocht zo snel mogelijk duidelijkheid te bieden over maatwerkprofielen, zodat hiervan tijdens de herindicatie van de Wlz-indiceerbaren gebruik kan worden gemaakt, met als doel om in 2017 zorg op maat te bieden, uitgaande van de maatwerkprofielen.

Maatwerkprofiel en persoonsvolgende bekostiging

In het voorgaande heb ik geschetst welke mogelijkheden voor maatwerk de Wlz op dit moment biedt bij indicatiestelling, bekostiging en zorglevering. Tevens heb ik aangegeven welke verbeteringen daarin op dit moment worden voorbereid en geïmplementeerd. Dit is voor mij echter niet het eindpunt. Ik zoek met alle betrokken partijen naar een verdere uitbreiding van de mogelijkheden om de zorg beter te laten aansluiten bij de behoefte van de cliënt. Daarbij bezie ik het gehele traject van indicatiestelling tot zorglevering.

In deze brief heb ik getracht om zo goed mogelijk de huidige mogelijkheden om maatwerk te leveren, te beschrijven. Ik besef dat het desondanks – zeker in relatie met de nadere uitwerking van een maatwerkprofiel en de gewenste duidelijkheid voor de Wlz-indiceerbaren – een ingewikkeld

onderwerp betreft. Om die reden ben ik graag bereid – indien uw Kamer hier behoefte aan heeft – een technische briefing over dit onderwerp te organiseren.

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