

Vergaderjaar 2019–2020

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 451

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 oktober 2019

1. Aanleiding en hoofdpunten van de brief

Tijdens het Algemeen Overleg Ouderenzorg van 7 februari jongstleden (Kamerstuk 31 765, nr. 368) heb ik naar aanleiding van een discussie met mevrouw Agema (PVV) toegezegd u nader te informeren over de gevolgen van het voorstel om in de Wlz de administratieve lasten te reduceren door het stoppen met herindicaties en in de ouderenzorg en één zorgprofiel en één tarief te hanteren. Ik heb daartoe het CIZ en het CBS om uitvoerige informatie gevraagd om dit voorstel goed te kunnen beoordelen.

Op basis van deze informatie ben ik – de voor- en nadelen wegend – niet van plan het voorstel van mevrouw Agema over te nemen. Het stoppen met herindiceren in verband met een gewijzigde zorgbehoefte en het hanteren van één tarief gaat gepaard met:

- een (relatief beperkte) vermindering van administratieve lasten;
- ongewenste financiële effecten voor instellingen;
- risico's voor de toegankelijkheid van zwaardere zorg.

Dit licht ik toe in paragraaf 2 van deze brief.

Daarnaast ben ik naar aanleiding van vragen van mevrouw Ellemeet (GroenLinks) tijdens het Algemeen Overleg Verpleeghuiszorg van 25 juni jongstleden (Kamerstuk 31 765, nr. 431) bij het CIZ nagegaan in hoeverre het CIZ het beeld herkent dat cliënten met een verkeerde indicatie (niet passend bij de zorgbehoefte van de cliënt) in het verpleeghuis terecht komen. Ook op dit punt heb ik toegezegd schriftelijk te reageren.

Het CIZ herkent het beeld dat mevrouw Ellemeet schetst slechts ten dele. Het CIZ heeft namelijk alleen contact met de cliënt tijdens de indicatiestelling. Het CIZ kan het beeld dus uitsluitend herkennen indien:

- de cliënt na de indicatiestelling moet wachten op een plek; en
- als in de tussentijd de zorgvraag van de cliënt toeneemt; en

- de cliënt bij de opname een aanvraag voor een hoger profiel doet. Het CIZ kan dus niet garanderen dat bij opname de indicatie nog steeds actueel is. Als zorgaanbieders bij de opname twijfelen of een cliënt die heeft gewacht nog steeds de juiste indicatie heeft, kan men namens de cliënt het CIZ verzoeken dit opnieuw te beoordelen. Daarbij bestaat ook een mogelijkheid dat het CIZ tijdelijk een hogere indicatie afgeeft. In paragraaf 3 licht ik dit nader toe.

2. Herindicaties en verschillen in casemix tussen instellingen

Een verlaging van administratieve lasten in de Wlz is denkbaar indien voor de ouderenzorg één zorgprofiel en één tarief zouden worden gehanteerd. De terechte gedachte van mevrouw Agema is dat dit de instellingen en het CIZ administratie kan besparen, omdat bij een gewijzigde zorgvraag geen herindicatie van het CIZ meer nodig is. In deze paragraaf ga ik op basis van gegevens van het CIZ eerst in op de potentiële reductie van de administratieve lasten en vervolgens aan de hand van de analyse van het CBS op de mogelijke gevolgen hiervan voor instellingen.

Aantal herindicaties

Om meer zicht te hebben op de administratieve last die voortvloeit uit herindicaties heb ik het CIZ om gegevens gevraagd. Uit de cijfers van het CIZ komt naar voren dat het merendeel van de cliënten in de Wlz de eenmaal verkregen indicatie behoudt en er geen reden is om deze cliënten in verband met een gewijzigde zorgvraag voor een ander zorgprofiel te herindicieren. De administratieve last voor de zorgaanbieders is in dit opzicht dus relatief beperkt.

Het CIZ heeft daartoe een groep cliënten gevolgd die op 1 april 2015 een VV-indicatie hadden, uitgezonderd 9BVV (revalidatie) en 10VV (terminale zorg). Op die datum hadden 149.241 cliënten al voor kortere of langere tijd een geldige indicatie. Van deze groep waren vier jaar later nog 41.401 cliënten (28%) in leven. Op 1 april 2019 had 66% van deze 41.401 cliënten nog steeds dezelfde indicatie als op 1 april 2015. Ook bleek dat 28% in die periode één keer een nieuwe indicatie had gekregen (i.v.m. toegenomen zorgbehoefte) en 5% twee keer.

Verder kwam uit de analyse van het CIZ naar voren dat 76,3% op het moment van overlijden over dezelfde indicatie beschikte als op 1 april 2015. Van de groep overledenen is in de periode tot overlijden 20,3% één keer geherindiceerd, 3,1% twee keer en 0,3% drie of meer dan drie keer.

Deze bevindingen zijn in lijn met een eerdere analyse van het Zorginstituut. Op basis van declaratiegegevens over 2015 heeft het Zorginstituut geconstateerd dat van de instromers in de Wlz met zorgprofiel, in 2015 slechts 15% binnen 18 maanden een ander zorgprofiel VV kreeg met verblijf. U treft de analyse aan op pagina 6 van de Zorgcijfersmonitor. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/02/01/zorgcijfers-monitor>

Landelijk beeld van de cliëntmix

Vervolgens is de vraag wat instellingen zouden merken van het bekostigen op basis van één zorgprofiel. Om die vraag te beantwoorden is het zinvol te kijken naar de landelijke cliëntenmix die dan bepalend is voor het landelijk tarief en de verschillen in cliëntenmix tussen instellingen. Op 1 april 2019 hebben 163.644 cliënten een Wlz-indicatie met een zorgzwaar-tepakket (zzp) Verpleging en verzorging (VV). In onderstaande tabel is het

aantal cliënten met een indicatie op 1 april 2019 per zzp weergegeven en het NZa-maximumdagtarief per zorgprofiel.

Tabel 1. Aantal cliënten met indicatie op 1 april 2019 (uitstaand recht) en NZa-tarief per dag (excl. Behandeling)

Zorgprofiel	Aantal cliënten	NZa-tarief (excl. BH)
VV1 Beschut wonen met enige begeleiding	577	€ 99,87
VV2 Beschut wonen met begeleiding en verzorging	1.475	€ 128,08
VV3 Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	2.642	€ 159,63
VV4 Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	35.605	€ 166,47
VV5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	76.864	€ 216,45
VV6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	31.737	€ 216,72
VV7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	10.840	€ 249,87
VV8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging / verpleging	2.564	€ 287,44
VV9b Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	1.248	€ 211,55
VV10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	92	€ 310,69
Totaal zzp Verpleging en verzorging	163.644	€ 206,84

Bron: CIZ kwartaalrapportage en Beleidsregel prestatiebeschrijvingen 1en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019 – BR/REG-19121

Uit de tabel blijkt dat het overgrote deel van de cliënten een VV5 indicatie heeft. Daarnaast hebben veel cliënten een VV4 of VV6. Het prijsverschil tussen het goedkoopste zorgprofiel en duurste zorgprofiel bedraagt € 210,82 per dag. Het gewogen gemiddelde maximumtarief bedraagt € 206,84.

Ik heb het CBS gevraagd de cliëntmix tussen zorginstellingen in kaart te brengen. Het CBS heeft hierbij de nacalculatiecijfers 2017 van de NZa gebruikt. Het merendeel heeft een mix van VV4-VV5-VV6.

Er zijn in totaal 442 instellingen die verblijfszorg leveren in de VV-sector (zzp VV1 t/m VV10). Vrijwel altijd hebben de instellingen cliënten in zorg met verschillende indicaties. In het merendeel van de instellingen wonen zowel cliënten met psychogeriatrische problematiek (PG, VV5 en VV7) als cliënten met somatische aandoeningen (SOM overige zzp's). Het is mogelijk op basis hiervan de instellingen in te delen in een viertal groepen:

- 9% van de instellingen (N=39) is in zekere mate gespecialiseerd in zorg aan cliënten met psychogeriatrische problematiek. Bij deze instellingen bestaat de VV-zorg uit meer dan 75% dementiezorg.
- 42% van de instellingen (N=186) heeft vooral cliënten met PG en in mindere mate SOM. Bij deze instellingen bestaat de helft tot driekwart van de zorg uit dementiezorg.
- Bij 43% van de instellingen (N=192) vormen cliënten met somatische aandoeningen een meerderheid.
- 6% van de instellingen (N=25) levert geen dementiezorg. Dit zijn bijvoorbeeld instellingen waarvan de hoofdactiviteit niet in de sector VV ligt, maar in de sector GGZ of GHZ.

De verschillen tussen de zzp-mix van de instellingen met de landelijke zzp-mix bepalen of een instelling voordeel of nadeel heeft van een uniform tarief. Dit heeft het CBS in kaart gebracht. Van iedere instelling heeft het CBS een gemiddelde zzp-mix bepaald en vergeleken met het landelijk gemiddelde. De cijfers treft u aan op: <https://>

Op basis van de verschillen in zcp-mix kan het volgende globale beeld worden gegeven

- Bij 10% van de instellingen is er een mix aan cliënten waarbij het gemiddelde niveau rond zcp VV4 ligt.
- Bij 60% van de instellingen heeft de cliëntenmix een gemiddelde dat tussen het niveau van VV4 en het niveau van VV5-VV6 in ligt. Dit betekent dat deze instellingen overwegend een mix aan cliënten hebben met zcp VV4, VV5 en VV6.
- Bij 20% van de instellingen is er een mix aan cliënten waarbij het gemiddelde niveau rond zcp VV5-VV6 ligt.
- Bij 10% van de instellingen is er een mix aan cliënten waarbij het gemiddelde niveau rond zcp VV7 en zcp VV8 ligt.

Er zijn dus verschillen in cliëntenmix tussen instellingen. Eén landelijk tarief per verpleegdag zou aanzienlijke gevolgen hebben voor de eerste en de vierde groep; deze instellingen ondervinden hierdoor financieel nadeel.

Conclusies

In de Wlz indiceert het CIZ het best passend zorgprofiel. Zowel de bekostiging van de geleverde zorg, de toekenning van een pgb alsook het beschikbare kader voor een mpt en vpt zijn afgeleid van het geïndiceerde zorgprofiel. Bij een gewijzigde zorgvraag kan een cliënt in aanmerking komen voor een hoger zorgprofiel van waaruit extra zorg kan worden bekostigd, ook als de cliënt de zorg thuis ontvangt.

Voor de circa 10% van de instellingen waar overwegend zwaardere cliënten zijn opgenomen zijn de consequenties van één landelijk tarief groot, omdat zij financieel nadeel ondervinden van één landelijk tarief. De toegankelijkheid of kwaliteit van zorg van de zwaarste groepen cliënten in de instelling zou hiermee in het gedrang komen.

Bovendien zijn besparingen op de administratieve lasten – bij afschaffen van herindicaties- beperkt omdat het aantal herindicaties eveneens relatief beperkt is. In dit licht is ook van belang dat het CIZ afgelopen zomer is gestart met de uitrol van de nieuwe werkwijze «CIZ versnelt», in 2020 te bestendigen. Dit betekent dat het CIZ in de loop van 2020 95% van de digitale aanvragen van zorgaanbieders -mits de aanvragen volledig zijn – binnen zeven werkdagen afhandelt.

Mede op grond van de gegevens van CBS, CIZ en het Zorginstituut stel ik derhalve vast dat herindicaties nodig zullen blijven en dat bekostiging op basis van één landelijk tarief niet wenselijk is.

Een geheel ander model van bekostiging is op korte termijn onwenselijk en niet aan de orde. Veldpartijen ervaren de bekostiging op basis van zorgprofielen als eenduidig, eenvoudig en flexibel (Kamerstuk 34 104, nr. 177). U treft deze bevindingen aan in het rapport van de NZa: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3566_22/1/

3. Cliënten die worden opgenomen met een verkeerde indicatie

Mevrouw Ellemee stelde tijdens het Algemeen Overleg van 25 juni 2019 de vraag of het CIZ herkent dat cliënten met een verkeerde indicatie het verpleeghuis binnenstromen.

Het CIZ geeft aan dat wanneer langere tijd verstrijkt tussen het moment van de indicatiestelling en de daadwerkelijke opname in een verpleeghuis het voor kan komen dat een indicatie moet worden aangepast, omdat de situatie inmiddels zodanig is veranderd dat de cliënt een andere zorgbehoefte heeft.

Een groot deel van de cliënten die blijvend in een verpleeghuis wordt opgenomen, heeft echter kort voor of na de opname een indicatie gekregen. Dat is het geval als men doorstroomt vanuit een ziekenhuis, het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg of instroomt via de Wlz-crisisregeling. Het CIZ handelt deze aanvragen versneld af. Deze cliënten hebben bij de opname een passende indicatie.

Als de cliënt enige tijd moet wachten op een opname, kan het voorkomen dat bij opname de indicatie bijstelling behoeft. Het CIZ beoordeelt de situatie na een aanvraag en loopt niet vooruit op een toenemende behoefte. Indien een zorgaanbieder vermoedt dat de zorgvraag tijdens het wachten is toegenomen, kan men namens de cliënt bij het CIZ een herindicatie aanvragen. Gelet op het relatief beperkt aantal herindicaties, is echter aannemelijk dat in veruit de meeste gevallen de indicatie bij de opname nog steeds passend is.

Er kan ook sprake zijn van een tijdelijk hogere zorgvraag. Het komt bijvoorbeeld voor dat cliënten in de ouderenzorg tijdelijke gedragsproblemen ontwikkelen. Dit betekent overigens niet per se dat de indicatie moet worden verhoogd. Het CIZ moet in dat geval eerst inzicht krijgen in het gevolgde behandelbeleid van deze gedragsproblemen om adequaat te kunnen indiceren. In deze situaties is de reële verwachting dat de gedragsproblemen binnen afzienbare tijd zullen afnemen. Het CIZ stelt dan een tijdelijke indicatie (drie maanden met een maximale verlenging tot zes maanden) voor een zorgprofiel VV7, met aansluitend een indicatie voor een zorgprofiel VV5 met een onbepaalde geldigheidsduur. De start en einddatum neemt het CIZ op in één en hetzelfde besluit.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge