



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55

2021016866

Datum 10 mei 2021
Betreft Aanbieding Signalement van meerzorg naar passende zorg

Onze referentie 2021016866

Geachte heer De Jonge,

Bijlage
Signalement van meerzorg
naar passende zorg

Het doet me genoegen u hierbij het *Signalement van meerzorg naar passende zorg* aan te bieden. De aanleiding tot het schrijven van dit signalement is tweeledig. Bij de behandeling van geschillen over de Extra Kosten Thuis (EKT)- en de meerzorgregeling constateerden we dat deze regelingen niet goed uitvoerbaar zijn. Verder constateerden we dat het aantal cliënten dat gebruikmaakt van deze regelingen en daarmee de kosten de laatste jaren sterk groeien.

De kernboodschap van dit signalement

Steeds vaker hebben mensen die een beroep moeten doen op de Wlz een dermate complex ziektebeeld dat hun zorgvraag niet binnen de bandbreedtes van de reguliere zorg valt. Voor deze mensen zijn aanvullende regelingen¹ in het leven geroepen om de zorg te kunnen bieden die nodig is. Het aantal cliënten dat een beroep doet op de belangrijkste regeling, namelijk meerzorg, verdubbelde in de periode tussen 2015 en 2019 van 2437 naar 5919 en de kosten stegen van € 149.108.836 naar € 368.394.480. De gemiddelde meerzorg per cliënt bedroeg in 2016 € 61.135 en in 2019 € 62.239. In zo'n twintig procent van de gevallen gaat het om een bedrag van meer dan € 100.000. Die bedragen komen bovenop het geïndiceerde zorgzwaartepakket.

Om maatschappelijk draagvlak voor het toekennen van de noodzakelijke (vaak dure) extra zorg te behouden, is het nodig dat de toekenning daarvan goed is te onderbouwen en dat de meerzorg terecht komt bij de juiste doelgroep. Zonder maatschappelijk draagvlak zijn beheersmaatregelen onvermijdelijk en daarmee het risico groter dat de meest kwetsbaren niet meer de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen.

Een belangrijk probleem is dat de betreffende regelingen voor alle betrokkenen te complex zijn. Dat geldt zeker voor cliënten. Zij hebben daarbij ook te maken met veel administratie en bureaucratie.

¹ Extra Kosten Thuis, verschillende toeslagen en de meerzorgregeling

Voor zorgkantoren is de regelgeving nauwelijks uitvoerbaar. Er zijn onvoldoende handvatten om vast te stellen welke zorg in een specifieke situatie passend is. Het is daarom lastig om vast te stellen welke cliënten daadwerkelijk op extra zorg zijn aangewezen en welke niet. En de besluiten zijn moeilijk te onderbouwen.

Zorgaanbieders hebben te maken met veel administratieve lasten en bureaucratie.

Dit alles vereist vereenvoudiging van de regelgeving en verduidelijking van wat noodzakelijke zorg in bijzondere situaties inhoudt. We agenderen daarom een aantal acties.

Wat we willen agenderen

We willen met dit signalement een aantal oplossingen op kortere termijn agenderen:

- vereenvoudigen van de regelgeving;
- ontwikkelen van afwegingskaders/ kwaliteitsstandaarden;
- bevorderen van de kennisinfrastructuur.

Daarnaast zullen we een aantal onderwerpen duiden waarover onduidelijkheid bestaat, in ieder geval hoe om te gaan met toezicht thuis en met innovatieve zorgvormen.

Aanpak bij de totstandkoming van dit signalement

Uiteraard gaat het in dit signalement om onze eigen standpunten, maar we vonden het belangrijk dat stakeholders optimaal betrokken waren. Daarom hebben we dit signalement zo veel mogelijk samen met stakeholders ontwikkeld. We hebben het signalement ook voorgelegd aan de Adviescommissie Pakket (ACP). Het advies van de ACP hebben we in het signalement opgenomen.

Onze vervolgvactiteiten in samenhang met Passende zorg

We gaan graag in gesprek met uw departement over de verdere uitwerking van de voorgestelde oplossingen. Ook hierbij zullen we de partijen in het veld betrekken.

Op grond van de gesprekken met stakeholders signaleren we ook een aantal meer fundamentele kwesties op systeemniveau die het bieden van passende zorg bemoeilijken. Bijvoorbeeld het onvoldoende op elkaar aansluiten van zorgdomeinen en de onvoldoende afstemming van de regelgeving op de verschillende doelgroepen.² Het Zorginstituut zal dit jaar vanuit zijn publieke rol en als vervolg op het adviesrapport *Passende zorg*³ vier domeinen agenderen die maatschappelijke urgentie hebben. Een daarvan is de langdurige zorg. Daar zien we een groeiende groep kwetsbare mensen die veel zorg en ondersteuning nodig hebben waarvoor de zorg beter moet worden georganiseerd. Passende zorg draait om het in samenhang organiseren van het aanbod en de financiering van zorg.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
10 mei 2021

Onze referentie
2021016866

² De regelgeving is voor alle Wlz-cliënten gelijk, maar er zijn wezenlijke verschillen tussen ouderen, gehandicapten en mensen met een psychische stoornis.

³ Adviesrapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. Op 27 november 2020 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland uitgebracht aan de minister voor Medische Zorg en Sport (documentnummer 2020050042).

Hierbij staan vier principes centraal, namelijk passende zorg:

1. is effectieve zorg tegen een redelijke prijs;
2. komt samen met de cliënt tot stand;
3. wordt dicht bij mensen georganiseerd;
4. zet in op gezondheid in plaats van ziekte.

Vanuit deze principes gaan we samen met alle relevante stakeholders een agenda uitwerken voor een toekomstbestendige en passende langdurige zorg.

Hoogachtend,

Tiana van Grinsven
Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
10 mei 2021

Onze referentie
2021016866



Zorginstituut Nederland

Van meerzorg naar passende zorg

Bouwstenen voor een toekomstbestendige langdurige zorg

Datum 4 mei 2021
Status Definitief

Colofon

Projectleider	Fons Hopman
Volgnummer	2021015654
Opdrachtgever	Raad van Bestuur Fons
Opdrachtnemer	Hopman
Contactpersoon	
Auteur(s)	Fons Hopman
Afdeling	Zorg II
Team	Ouderenzorg
Uitgebracht aan	De Minister van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—9

- 1 EKT en meerzorg. Waar gaat het over?—13**
 - 1.1 Wat houden EKT en meerzorg in?—13
 - 1.1.1 Extra Kosten Thuis (EKT)—13
 - 1.1.2 Meerzorg—13
 - 1.2 Voorbeelden—14
 - 1.2.1 Een cliënt zonder bijzondere zorgvraag die thuis wil blijven—14
 - 1.2.2 Een cliënt zonder bijzondere zorgvraag in de instelling—14
 - 1.2.3 Een cliënt met een bijzondere zorgvraag in de instelling—14
 - 1.2.4 Een groep cliënten met een bijzondere zorgvraag in de instelling—15
 - 1.2.5 Een cliënt met een bijzondere zorgvraag die thuis wil blijven—15
 - 1.3 Om hoeveel cliënten gaat het? En om hoeveel geld?—16
 - 1.3.1 Extra kosten thuis—16
 - 1.3.2 Meerzorg—16
 - 1.4 Waar lopen betrokkenen tegenaan?—16
- 2 Aandachtspunten bij EKT en meerzorg—19**
 - 2.1 Toenemende complexiteit van regelgeving en uitvoeringspraktijk—19
 - 2.2 Beoordeling in twee stappen—20
 - 2.3 Onvoldoende houvast voor het beoordelen van het recht op zorg—21
 - 2.3.1 Vergelijking van zorg in de instelling en zorg thuis niet goed mogelijk—22
 - 2.4 Wat is de grens aan meerzorg?—22
 - 2.5 Toezicht—23
 - 2.6 Bekostiging—23
 - 2.7 Meerzorg gericht op basiszorg: oneigenlijk gebruik?—23
 - 2.8 Meer kennis nodig en een sterkere kennisinfrastructuur—24
- 3 Toetsing aan de principes van passende zorg—27**
 - 3.1 Passende zorg is waardegedreven—27
 - 3.1.1 Kennis en de kennisinfrastructuur versterken—27
 - 3.1.2 Kwaliteitsstandaarden en moreel-ethische kwesties—28
 - 3.1.3 Verduidelijken van verzekerde zorg—28
 - 3.1.4 Toenemende complexiteit van regelgeving en uitvoeringspraktijk—29
 - 3.2 Passende zorg komt samen met en rondom de cliënt tot stand—29
 - 3.3 Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek—29
 - 3.3.1 Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte—31
 - 3.4 De acties samengevat—32
- 4 Aandachtspunten voor de toekomst—33**
 - 4.1 Samenhang tussen zorgdomeinen—33
 - 4.2 Verzekering die als voorziening wordt gezien—34
 - 4.3 Uniforme benadering van wezenlijk verschillende doelgroepen—34
- 5 Reacties van geconsulteerde partijen—35**
 - 5.1 ZZP-systematiek is aan onderhoud toe—35
 - 5.1.1 Inbreng van partijen—35

5.1.2	Wat hebben we hiermee gedaan?—36
5.2	Indiceren en zorg toewijzen—36
5.2.1	Inbreng van partijen—36
5.2.2	Wat hebben we hiermee gedaan?—36
5.3	Kwaliteitsstandaarden gewenst of niet—36
5.3.1	Inbreng van partijen—36
5.3.2	Wat hebben we hiermee gedaan?—36
5.4	Kennisinfrastructuur—37
5.4.1	Inbreng van partijen—37
5.4.2	Wat hebben we hiermee gedaan?—37
5.5	Meerzorg voor basiszorg—37
5.5.1	Inbreng van partijen—37
5.5.2	Wat hebben we hiermee gedaan?—37
6	Advies ACP en vaststelling door de Raad van Bestuur—39
6.1	Advies van de Adviescommissie Pakket (ACP)—39
6.2	Vaststelling door de Raad van Bestuur—39

Bijlage 1: Overzicht geconsulteerde partijen

Bijlage 2: Kwantitatieve gegevens

Bijlage 3: De principes van passende zorg

Bijlage 4: Reacties partijen

Samenvatting

We geven eerst de kern van dit signalement weer. Daarna volgt de inhoudelijke samenvatting.

Kernboodschap

Steeds vaker hebben mensen die een beroep moeten doen op de Wlz een dermate complex ziektebeeld dat hun zorgvraag niet binnen de bandbreedtes van de reguliere zorg valt. Voor deze mensen zijn aanvullende regelingen in het leven geroepen om de zorg te kunnen bieden die nodig is. Het aantal cliënten dat een beroep doet op de belangrijkste regeling, namelijk meerzorg, verdubbelde in de periode tussen 2015 en 2019 van 2437 naar 5919 en de kosten stegen van € 149.108.836 naar € 368.394.480. De gemiddelde meerzorg per cliënt bedroeg in 2016 € 61.135 en in 2019 € 62.239. In zo'n twintig procent van de gevallen gaat het om een bedrag van meer dan € 100.000. Die bedragen komen bovenop het geïndiceerde zorgzwaartepakket.

Om maatschappelijk draagvlak voor het toekennen van de noodzakelijke (vaak dure) extra zorg te behouden, is het nodig dat de toekenning daarvan goed is te onderbouwen en dat de meerzorg terecht komt bij de juiste doelgroep. Zonder maatschappelijk draagvlak zijn beheersmaatregelen onvermijdelijk en daarmee het risico groter dat de meest kwetsbaren niet meer de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen.

Een belangrijk probleem is dat de betreffende complex dat die nauwelijks te begrijpen zijn. Dat geldt zeker voor cliënten. Zij hebben daarbij ook te maken met veel administratie en bureaucratie.

Voor zorgkantoren is de regelgeving nauwelijks uitvoerbaar. Er zijn onvoldoende handvatten om vast te stellen welke zorg in een specifieke situatie passend is. Het is daarom lastig om vast te stellen welke cliënten daadwerkelijk op extra zorg zijn aangewezen en welke niet. En de besluiten zijn moeilijk te onderbouwen.

Zorgaanbieders hebben te maken met veel administratieve lasten en bureaucratie. Dit alles vereist vereenvoudiging van de regelgeving en verduidelijking van wat noodzakelijke zorg in bijzondere situaties inhoudt. We agenderen daarom de volgende acties:

- vereenvoudigen van de regelgeving;
- ontwikkelen van afwegingskaders/ kwaliteitsstandaarden;
- bevorderen van de kennisinfrastructuur.

Daarnaast zullen we een aantal onderwerpen duiden waarover onduidelijkheid bestaat, in ieder geval hoe om te gaan met toezicht thuis en met innovatieve zorgvormen.

Samenvatting

Iedereen in Nederland heeft recht op passende zorg. In de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt dat mogelijk gemaakt door de zogeheten ZZP-systematiek. ZZP is de afkorting voor zorgzwaartepakket. Deze systematiek volstaat in de verreweg meeste gevallen. Maar voor zorg thuis of bij een bijzondere zorgvraag is die zorg niet toereikend. Bijvoorbeeld omdat de cliënt een aantal aandoeningen tegelijk heeft. Of een aandoening die niet goed in de ZZP-systematiek past. Er is dan meer zorg nodig. Daarvoor zijn verschillende regelingen in het leven geroepen, zoals de EKT-regeling (Extra Kosten Thuis), de meerzorgregeling, verschillende toeslagen

en deeltijdverblijf. De EKT-regeling compenseert de ondoelmatigheid die zorg thuis met zich mee kan brengen¹ en de kosten die nodig zijn als thuis meer zorg nodig is dan het gemiddelde van het zorgprofiel waarin de cliënt past. De meerzorgregeling is bedoeld om de extra kosten te dekken die nodig zijn als de cliënt een bijzondere zorgvraag heeft die het zorgprofiel overstijgt.

Zorginstituut Nederland heeft nader onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in de langdurige zorg. We signaleren dat het aantal cliënten dat is aangewezen op EKT- en meerzorg toeneemt en de kosten ook sterk stijgen.² Daarnaast hebben we bij de behandeling van meerzorggeschillen gemerkt hoe complex de regelgeving is. Het is daardoor niet duidelijk of cliënten met een bijzondere zorgvraag wel toegang hebben tot passende zorg. Sterk stijgende kosten en een onduidelijke onderbouwing van de omvang van deze zorg leveren voor alle betrokken partijen problemen op.

De belangrijkste knelpunten die we, na analyse van de EKT- en meerzorgregeling en gesprekken met betrokken stakeholders hebben vastgesteld, zijn:

- ingewikkelde regelgeving;
- verouderde bekostigingssystematiek (ZZP-systematiek);
- ontbreken van voldoende handvatten voor zorgkantoren om de omvang van EKT en meerzorg te bepalen;
- de kennis over wat goede en passende zorg is voor Wlz-cliënten verdient, behoeft versterking;
- De kennisinfrastructuur in de langdurige zorg is onvoldoende ontwikkeld.

Deze knelpunten leiden tot de volgende situaties:

- cliënten hebben te maken met ingewikkelde regelingen, waardoor ze niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben en te maken krijgen met veel administratieve lasten;
- het maatschappelijk draagvlak en de solidariteit komen onder druk te staan, als niet duidelijk is wat de meerwaarde is van de bestede middelen;
- de overheid kan niet goed sturen bij gebrek aan inzicht in die meerwaarde;
- zorgkantoren moeten zelf beleid maken over het vaststellen van de aard en omvang van de meerzorg, waardoor praktijkvariatie ontstaat;
- zorgaanbieders hebben te maken met ingewikkelde regelgeving en veel administratieve lasten.

Als Zorginstituut staan we voor passende zorg. Samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben we uitgewerkt wat we daaronder verstaan, namelijk: passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Passende zorg gaat niet alleen over de concrete zorgverlening, maar ook over de organisatie ervan. Samenwerking van zorgverleners, de inzet van hulpmiddelen, innovatie en dergelijke zijn essentieel om passende zorg te bieden. In hoofdstuk 3 lichten we de principes van passende zorg verder toe en gaan we na welke knelpunten de realisatie van dat principe in de weg staan. Ook geven we daarbij aan welke oplossingsrichtingen we zien om de EKT en meerzorg transparanter, begrijpelijker en eenvoudiger uit te voeren. Op een manier die merkbaar leidt tot passende zorg: goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

¹ Bijvoorbeeld omdat de zorg niet in groepsverband kan worden geboden.

² Het aantal cliënten met EKT steeg tussen 2016 en 2019 van 80 naar 796. De kosten van EKT stegen van € 640.586 naar € 7.324.263. Het aantal cliënten met meerzorg steeg in diezelfde periode van 2437 naar 5919 en de kosten stegen van € 149.108.836 naar € 368.394.480.

EKT en meerzorg zijn voor veel cliënten onmisbaar om passende zorg te krijgen. Die passende zorg is in het geding, vooral voor wat betreft de manier waarop de huidige EKT- en meerzorgregelingen zijn ingericht. Krijgen cliënten de zorg waarop ze zijn aangewezen, niet meer dan nodig, en niet minder dan noodzakelijk?

Met dit signalement willen we acties agenderen die eraan bijdragen om de EKT en meerzorg transparanter, begrijpelijker en eenvoudiger uit te voeren, op een manier die kenbaar leidt tot passende zorg: goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Op hoofdlijnen gaat het om:

- het ontwikkelen van afwegingskaders en kwaliteitsstandaarden op grond waarvan passende zorg kan worden geobjectiveerd en op grond waarvan kan worden bepaald of zorg thuis haalbaar is of dat institutionele zorg noodzakelijk is;
- vereenvoudiging van de regelgeving;
- het duiden van de aanspraken op onderwerpen als toezicht en het toepassen van innovatieve technologie;
- het verder ontwikkelen van de kennisinfrastructuur.

We gaan in gesprek met VWS over de verdere uitwerking van de voorgestelde oplossingen. Ook hierbij zullen we de partijen in het veld betrekken.

Op grond van de gesprekken met stakeholders signaleren we ook een aantal meer fundamentele kwesties. Bijvoorbeeld het onvoldoende op elkaar aansluiten van zorgdomeinen en de onvoldoende afstemming van de regelgeving op de verschillende doelgroepen. Het Zorginstituut zal dit jaar vanuit zijn publieke rol en als vervolg op het adviesrapport Passende zorg vier domeinen agenderen die maatschappelijke urgentie hebben. Een daarvan is de langdurige zorg. In een start document zullen we dit jaar onze aanpak uitwerken.

Inleiding

Iedereen in Nederland heeft recht op passende zorg. In de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt dat mogelijk gemaakt door de zogeheten ZZP-systematiek.³ Dat volstaat meestal. Maar als er een bijzondere zorgvraag is, bijvoorbeeld omdat de cliënt een samenspel aan complexe problemen heeft, of een aandoening die niet goed in de ZZP-systematiek past⁴, voldoet die zorg niet. Er is dan meer nodig. Daarvoor zijn aanvullende regelingen getroffen, zoals toeslagen voor specifieke doelgroepen en de meerzorgregeling. Daarnaast is zorg thuis vaak duurder dan zorg in de instelling. Voor de Extra Kosten Thuis is de EKT-regeling in het leven geroepen.⁵

In complexe situaties komt een aantal van die regelingen bij elkaar.

We hebben gesignaleerd dat het aantal cliënten dat is aangewezen op meerzorg toeneemt en dat de kosten ook sterk stijgen. En bij de behandeling van meerzorggeschillen⁶ hebben we gemerkt hoe ingewikkeld de regelgeving is geworden. Het is dus niet duidelijk of cliënten met een bijzondere zorgvraag dan wel toegang hebben tot passende zorg. Het is ook niet duidelijk of sprake is van een inhaalslag ten opzichte van een eerder tekort aan zorg, of dat er in bepaalde situaties te veel kosten worden gemaakt. Sterk stijgende kosten en een onduidelijke onderbouwing van de omvang van deze zorg leveren voor iedereen problemen op. En erger: dit kan leiden tot verlies aan solidariteit en draagvlak voor de zorg aan deze juist heel kwetsbare groepen cliënten.

Waarom dit signalement?

Het Zorginstituut voelt zich hierdoor aangesproken, want dit raakt de kern van onze missie: iedereen die in Nederland woont of werkt heeft recht op goede zorg uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en van de Wet langdurige zorg (Wlz) als hij daarop is aangewezen. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

Als Zorginstituut staan we voor passende zorg. Samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben we uitgewerkt wat we daaronder verstaan⁷: passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Passende zorg gaat niet alleen over de concrete zorgverlening, maar ook over de organisatie ervan. Samenwerking van zorgverleners, de inzet van hulpmiddelen, innovatie en dergelijke zijn essentieel om passende zorg te bieden. Dat geldt uiteraard voor alle zorg, ook voor de zorg die met de reguliere ZZP-systematiek wordt bekostigd. We concentreren ons in dit signalement op de meest actuele problemen. Die spelen vooral bij meerzorg en EKT: krijgen cliënten de zorg waarop ze zijn aangewezen, niet meer dan nodig, en niet minder dan noodzakelijk?

³ ZZP's zijn zorgzwaartepakketten. Per groep cliënten met eenzelfde soort zorgvraag (zorgprofiel) is een tarief vastgesteld, het ZZP-tarief.

⁴ Ziektes zoals M. Huntington of de zorg bij beademingspatiënten vragen om specifiek opgeleide zorgverleners of meer inzet van personeel en hulpmiddelen. Dat maakt de zorg voor dergelijke cliënten duurder.

⁵ De EKT-regeling geldt alleen voor zorg thuis, niet voor intramurale zorg. De facto zijn er dus verschillende regelingen voor intra- en extramurale zorg.

⁶ Als een zorgkantoor een aanvraag voor meerzorg geheel of gedeeltelijk wil afwijzen, moet het advies aan het Zorginstituut vragen over het voorgenomen besluit.

⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/adviezen/2020/11/30/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>.

Meerzorg en EKT zijn voor veel cliënten onmisbaar om passende zorg te krijgen. En om dat te behouden is het nodig dat iedereen kan begrijpen hoe en waarom meerzorg en EKT worden toegekend.

Wat willen we bereiken?

We willen handvatten bieden om de EKT en meerzorg transparanter, begrijpelijker en eenvoudiger uit te voeren, op een manier die kenbaar leidt tot passende zorg: goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Ook willen we bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de langdurige zorg.

Hoe hebben we dit aangepakt?

We hebben dit signalement zo veel mogelijk interactief met stakeholders ontwikkeld. Uiteraard gaat het in dit rapport om onze eigen standpunten. Maar we vonden het belangrijk dat stakeholders optimaal betrokken waren. Een eerste analyse van feiten en omstandigheden die achter de belangrijkste problemen schuilen, is op ambtelijk niveau met (medewerkers van) stakeholders besproken.

De input uit deze gesprekken hebben we zo goed mogelijk verwerkt en vervolgens op bestuurlijk niveau met stakeholders besproken. Ook dat bood ons veel informatie, op grond waarvan we de focus van dit signalement hebben aangescherpt: op dit moment verdient vooral de praktische uitwerking van EKT en meerzorg aandacht, omdat die in de praktijk de meeste problemen oplevert.

De knelpunten die we signaleerden met betrekking tot EKT en meerzorg hebben we geconfronteerd met de principes van passende zorg die we in het eerdergenoemde rapport daarover hebben beschreven. Passende zorg:

- is waardegedreven;
- komt tot stand samen met en gezamenlijk rondom de patiënt;
- is de juiste zorg op de juiste plek;
- gaat over gezondheid in plaats van ziekte.

Van elk onderdeel zijn we nagegaan welke knelpunten de realisatie van het passende zorgprincipe in de weg staan. We geven daarbij aan welke oplossingsrichtingen we zien. We stellen vast welke acties we zelf willen uitvoeren, en wat anderen kunnen bijdragen. Het definitieve concept van dit rapport hebben we aan de geïnterviewden voorgelegd voor commentaar. Na verwerking daarvan is het definitieve rapport vastgesteld.

Wat is het resultaat?

Op grond van bovenstaande hebben we geformuleerd wat er moet gebeuren om de gesignaleerde problemen met betrekking tot EKT en meerzorg te verbeteren.

We hebben op grond van onze analyses en de gesprekken met stakeholders ook een aantal knelpunten gesignaleerd in de langdurige zorg in het algemeen. We geven die weer in dit signalement. Het Zorginstituut heeft voor de komende jaren vier speerpunten vastgesteld waaraan we prioriteit geven. Naast drie onderwerpen in de curatieve zorg is dat de langdurige zorg. Het startpunt daarvan is een breder signalement, waarvoor de knelpunten die we hier weergeven als input dienen.

Betrokkenheid ACP

De Adviescommissie Pakket (ACP) is een wettelijk adviesorgaan van het Zorginstituut. De commissie adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over adviezen en signaleringen die het Zorginstituut uitbrengt, vooral vanuit maatschappelijk perspectief. We hebben de ACP in een aantal plenaire vergaderingen geraadpleegd. Prof. dr. Jos Schols was tijdens het traject de directe begeleider.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven we waar dit signalement over gaat. We beschrijven de regelingen voor EKT en meerzorg, geven de basale getallen daarover⁸ en beschrijven waar niet alleen cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders, maar ook de maatschappij en overheid tegen aan lopen. Hoofdstuk 2 gaat over de knelpunten die we voor EKT en meerzorg hebben gesignaleerd. We confronteren die in hoofdstuk 3 met de principes van passende zorg. Op grond van die confrontatie beschrijven we bij elk principe wat dat betekent voor het Zorginstituut en wat anderen zouden moeten doen. In hoofdstuk 4 beschrijven we de fundamentele knelpunten in de langdurige zorg als geheel, die we zullen betrekken bij het eerdergenoemde signalement.

⁸ In bijlage 2 vindt u de uitgebreide kwantitatieve gegevens.

1 EKT en meerzorg. Waar gaat het over?

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst wat de EKT-regeling en de meerzorgregeling inhouden. We geven ook een indruk van de omvang ervan in aantallen en geld.⁹ We beschrijven daarna welke problemen er bij de verschillende actoren spelen en wat de rol van het Zorginstituut hierbij is.

1.1 Wat houden EKT en meerzorg in?

1.1.1 *Extra Kosten Thuis (EKT)*

De EKT-regeling is in 2015 in het leven geroepen om het voor bepaalde groepen cliënten, zoals ouders van kinderen, of cliënten met een baan, mogelijk te maken hun zorg thuis te ontvangen. Per 1 juli 2018 is die regeling verbreed tot alle Wlz-clieënten. Cliënten die hun zorg thuis willen ontvangen kunnen aanlopen tegen het feit dat zorg thuis ondoelmatiger is dan zorg in de instelling. Ze kunnen er ook tegen aan lopen dat het ZZP-tarief in hun situatie te kort schiet. De EKT-regeling is daarvoor bedoeld. Deze voorziet in een extra budget tot 25 procent van het ZZP-tarief.

Ondoelmatigheid zorg thuis

In instellingen is sprake van inverdieneffecten doordat bepaalde zorg in groepsverband kan worden geboden. Ook zijn de aanlooptijden korter. Dat maakt zorg thuis ondoelmatiger. Die ondoelmatigheid wordt gecompenseerd met het EKT.

Ontoereikend ZZP-tarief

De ZZP-systematiek is gebaseerd op de gemiddelde kosten van cliënten met een bepaald zorgprofiel. In de instelling middelt zich dat uit. Een cliënt die meer zorg dan gemiddeld nodig heeft, kan die zorg krijgen omdat er ook cliënten zijn die minder dan gemiddeld nodig hebben. Thuis is daarvan geen sprake. Met het EKT kan de cliënt dan toch alle zorg krijgen die boven het gemiddelde nodig is.

1.1.2 *Meerzorg*

Bij meerzorg gaat het om cliënten met een bijzondere zorgvraag, die niet meer past in het geïndiceerde zorgprofiel. Het kan bijvoorbeeld gaan om een cliënt met een meervoudige beperking maar ook om een bijzondere zorgbehoefte door extreme en zeer moeilijk te behandelen gedragsproblematiek.

Meerzorg is gericht op de extra zorg die nodig is vanwege een bijzondere zorgvraag. Er moet dus sprake zijn van een bepaalde beperking of van gedragsproblemen die niet zijn verdisconteerd in het zorgprofiel. De extra zorg die dat met zich meebrengt is in principe thuis gelijk aan de extra zorg in de instelling. Alleen als de zorg meer is dan 125 procent van de zorg uit het passende ZZP wordt zorg die boven het ZZP nodig is vanuit de meerzorgregeling vergoed.

Een cliënt die zijn zorg thuis ontvangt kan voor de eerste 25 procent van de kosten die meer zijn dan het passende ZZP-tarief beroep doen op de EKT-regeling. Als de cliënt vanwege een bijzondere zorgvraag meer zorg nodig heeft, kan de cliënt voor de kosten daarboven op een beroep doen op de meerzorgregeling.

⁹ In bijlage 2 hebben we een en ander meer gedetailleerd uitgewerkt.

Een cliënt in de instelling kan alleen een beroep doen op de meerzorgregeling.

Het is ook mogelijk om groepsmeorzorg te krijgen. Formeel is dat een optelsom van individuele toekenningen voor meerzorg. We kunnen groepsmeorzorg in onze data niet onderscheiden van individuele meerzorg. Over de specifieke aspecten van meerzorg kunnen we daarom in dit signalement niets constateren.

1.2 Voorbeelden

Zoals gezegd gaat het om ingewikkelde regelgeving. Daarom geven we hieronder weer om welke situaties het zoal gaat.

1.2.1 *Een cliënt zonder bijzondere zorgvraag die thuis wil blijven*

Als een cliënt een Wlz-indicatie heeft, kan hij de zorg thuis krijgen, bijvoorbeeld met een persoonsgebonden budget (pgb). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft bij de indicatiestelling het best passende zorgprofiel vastgesteld. Het budget dat daarvoor beschikbaar is, is per zorgprofiel bepaald.¹⁰ Dit heet het basistarief. De kosten van het zorgplan van de cliënt mogen in principe niet hoger zijn dan dat bedrag.

In de thuissituatie spelen twee dingen waardoor het moeilijk kan zijn passende zorg thuis te regelen:

1. Zorg thuis is altijd een-op-een en in de instelling voor een deel in groepsverband. Dat maakt zorg thuis duurder, ook al heeft de cliënt geen bijzondere zorgvraag.
2. Het basistarief is gebaseerd op het gemiddelde van de groep die binnen het zorgprofiel past. Een deel van de cliënten heeft meer zorg dan dat gemiddelde nodig, ook al passen ze in het zorgprofiel en is er geen sprake van een bijzondere zorgvraag.

Als daardoor de zorg thuis niet doelmatig te leveren is, kan het zorgkantoor Extra Kosten Thuis toewijzen tot een bedrag van 25 procent van het basisbedrag. De totale kosten zijn dan maximaal 125 procent van het basisbedrag.¹¹

1.2.2 *Een cliënt zonder bijzondere zorgvraag in de instelling*

Binnen de instelling middelen de kosten van de populatie zich uit: het ZZP is gebaseerd op de gemiddelde kosten per zorgprofiel. Tegenover cliënten die meer zorg dan gemiddeld nodig hebben, staan cliënten die minder dan gemiddeld nodig hebben. Daarbij kan de zorg in de instelling voor een deel in groepsverband worden geboden. Er is geen mogelijkheid voor extra budget als er geen bijzondere zorgvraag is.

1.2.3 *Een cliënt met een bijzondere zorgvraag in de instelling*

Een bijzondere zorgvraag kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij extreme gedragsstoornissen, een samenspel aan complexe problemen of bij een aandoening die niet goed in het zorgprofiel past. Het beschikbare budget schiet dan tekort. Zowel in de instelling als in de thuissituatie. In dat geval kan het zorgkantoor meerzorg toekennen.¹² De omvang daarvan is niet wettelijk beperkt.

¹⁰ Artikel 5.1. tweede lid jo bijlage H *Regeling langdurige zorg*.

¹¹ Er zijn dus twee indicatiestellingen: een door het CIZ en een door het zorgkantoor.

¹² Artikel 3.1.1 tweede lid Bza.

Als het mogelijk is, wordt de meerzorg gedurende kortere tijd ingezet. Dat is het geval als de situatie kan verbeteren door specifieke interventies of het veranderen van de context van de zorg, waardoor bijvoorbeeld gedragsproblemen afnemen.¹³ Meerzorg kan ook een permanent karakter hebben.

1.2.4

Een groep cliënten met een bijzondere zorgvraag in de instelling

Instellingszorg wordt veelal in woongroepen geboden. De interactie tussen de groepsleden onderling en de groepsleiding en cliënten is dan erg belangrijk voor het gedrag van cliënten. Bijvoorbeeld een groep cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag vanwege een verstandelijke beperking. Of een groep cliënten met de ziekte van Huntington. Het gedrag van de een is van invloed op dat van een ander, zodat de benodigde extra zorg niet aan de afzonderlijke groepsleden kan worden toegerekend. In die gevallen is groepsmeerzorg mogelijk. De aanspraak is formeel individueel, maar het is niet mogelijk de zorg specifiek aan cliënten toe te schrijven. De meerzorg wordt dan pondspondsgewijs aan de betreffende groepsleden toegekend.

Ook hier geldt dat cliënten alleen gebruik kunnen maken van meerzorg en dat de eerste 25 procent van de extra kosten niet worden vergoed. De meerzorg is formeel niet gemaximeerd. Zorgkantoren moeten beoordelen in hoeverre de meerzorg adequaat is. Veelal wordt hierover advies gevraagd aan het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).

1.2.5

Een cliënt met een bijzondere zorgvraag die thuis wil blijven

Een cliënt met een bijzondere zorgvraag kan zijn zorg ook thuis ontvangen. Net als alle andere thuiswonende cliënten kan hij gebruikmaken van de EKT-regeling voor de zorg die bovengemiddeld nodig is of ondoelmatig is (niet in groepsverband). Dat is gemaximeerd tot 25 procent van de kosten van het basisbedrag.

De bijzondere zorgvraag leidt daarbovenop tot de behoefte aan meer zorg dan wat mogelijk is op basis van het basistarief en de EKT-regeling. Voor de dekking van die kosten kan het zorgkantoor meerzorg toekennen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een cliënt met *epidermolysis bullosa*, een blaarvormende huidziekte met hoog infectierisico. Op den duur treden hierbij contracturen op (niet normale stand van een gewricht of lichaamsdeel), waardoor de verzekerde zichzelf niet meer kan verzorgen. De reguliere verzorging, de transfers en de specifieke wondverzorging zijn intensief en moeten voorzichtig worden uitgevoerd, waardoor de zorghandelingen extra lang duren.

Er is geen formele beperking van de meerzorg. De enige verwijzing die daarvoor wordt gemaakt is die naar het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. In de *Memorie van toelichting* verwijst het kabinet naar professionele standaarden en staat dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan de zorg in de instelling. De stand van de wetenschap en praktijk vereist *evidence* over de geleverde zorg. Die ontbreekt vrijwel. En professionele standaarden betreffen vooral behandeling. De vergelijking tussen zorg thuis en zorg in de instelling is nauwelijks te objectiveren.

¹³ In veel gevallen adviseert het CCE over de manier waarop de zorg zo kan worden ingezet dat de gedragsproblemen kunnen verbeteren.

1.3 Om hoeveel cliënten gaat het? En om hoeveel geld?

We hebben in bijlage 2 de nodige kwantitatieve gegevens opgenomen.¹⁴ We hebben daarbij geen gegevens opgenomen van 2020. Deels omdat die wellicht nog niet volledig beschikbaar zijn, maar vooral vanwege de coronacrisis. Daardoor is 2020 niet goed te vergelijken met voorgaande jaren.

We presenteren hieronder de belangrijkste gegevens. Voor meer gedetailleerde gegevens verwijzen we naar de bijlage.

1.3.1 *Extra kosten thuis*

Het aantal cliënten met EKT steeg tussen 2016 en 2019 van 80 naar 796. Bij die stijging speelt uiteraard het feit dat de toegang tot EKT in 2018 is verruimd naar alle Wlz-geïndiceerden. De kosten van EKT stegen van € 640.586 naar € 7.324.263. Het gemiddelde EKT was in 2016 € 8007 en in 2019 € 9201. De kostenstijging lijkt dus vooral het gevolg te zijn van de toename van het aantal cliënten.

De stijging van het aantal cliënten met EKT is vooral groot in de sector Verpleging en verzorging (V&V), met name in de jaren 2018 en 2019. In 2017 ging het om 7 cliënten, in 2018 om 118 en in 2019 om 378 cliënten. In de gehandicaptenzorg is het aantal cliënten ruim verviervoudigd. Zie voor gedetailleerdere gegevens bijlage 2, tabellen 7 tot en met 10.

1.3.2 *Meerzorg*

Het aantal cliënten met meerzorg steeg in diezelfde periode van 2437 naar 5919 en de kosten stegen van € 149.108.836 naar € 368.394.480. De gemiddelde meerzorg per cliënt bedroeg in 2016 € 61.135 en in 2019 € 62.239.

Over de jaren 2016-2019 nemen de lasten van meerzorg in de leveringsvormen zorg met verblijf en VPT toe in alle sectoren (zie tabellen 1 en 2). Opvallend is de stijging van de aantallen cliënten en kosten bij verblijf in de V&V. Die zijn vertienvoudigd. In de GGZ-B zijn die ruim verviervoudigd. In de gehandicaptenzorg gaat het om een verdubbeling.

Het aantal dagen waarop meerzorg is geleverd, is gestegen in zowel de leveringsvorm zorg met verblijf als VPT (zie tabellen 5 en 6). De absolute stijging van het aantal dagen meerzorg is daarbij het grootste in de sector gehandicaptenzorg. Zie voor gedetailleerdere gegevens bijlage 2, tabellen 1 tot en met 6.

1.4 Waar lopen betrokkenen tegenaan?

De regelgeving rond EKT en meerzorg is erg complex geworden. We weten dat EKT en meerzorg belangrijk zijn om te voorzien in de zorgbehoefte van cliënten. Maar we weten ook dat het omgaan met deze materie voor betrokkenen vaak lastig is.

Cliënten

Cliënten worden twee keer geïndiceerd. Eerst door het CIZ, en daarna door het zorgkantoor. Ze worden geconfronteerd met een nauwelijks te begrijpen regelgeving, zodat het voor hen niet goed mogelijk is te beoordelen of de toegewezen zorg (budget) past bij hun persoonlijke situatie. De complexiteit van de uitvoeringsstructuur maakt ook dat cliënten – juist de zwaksten onder hen – niet de

¹⁴ Hoewel het persoonlijk assistentie budget formeel een andere regeling is dan meerzorg, spelen daarbij gelijksoortige kwesties: wat is in een bepaalde situatie passende zorg? Wat hebben we als maatschappij over voor het zo zelfstandig mogelijk functioneren van cliënten? Daarom hebben we in de kwantitatieve analyse ook het persoonlijk assistentie budget meegenomen.

weg naar passende zorg vinden. Daarbij signaleren cliëntorganisaties en zorgaanbieders een grote praktijkvariatie tussen zorgkantoren bij de behandeling van meerzorgaanvragen.

Maatschappij

De maatschappij heeft onvoldoende zicht op de toekenning en de besteding van middelen. De kosten van de langdurige zorg stijgen jaarlijks veel sterker dan de groei van het bruto nationaal product (bnp). De kosten voor meerzorg stijgen nog sterker. Dat is een onhoudbare situatie. Niet alleen vanwege de kostenstijging op zich, maar ook omdat het maatschappelijk draagvlak en de solidariteit dan in het geding komen. Er is nog steeds een groot draagvlak in de maatschappij om de zorg aan kwetsbare mensen collectief te betalen, maar die bereidheid is niet ongelimiteerd. Een te genereus omgaan met zorgmiddelen kan het draagvlak ondermijnen¹⁵.

Overheid

De overheid heeft de taak goede zorg te bieden voor aanvaardbare kosten. Maar heeft daarbij weinig referenties om te bepalen wat goede, betaalbare en toegankelijke zorg precies is. Welke meerwaarde levert de inzet van middelen op voor de cliënt? Is dat (kosten)effectief?

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders kunnen met de beschikbare middelen niet altijd de zorg bieden die cliënten mogen verwachten. Daarbij zien zij zich geconfronteerd met verschillende declaratiesystemen voor in wezen dezelfde zorg, met een ingewikkeld aansprakensysteem met toeslagen, EKT, meerzorg en een navenant ingewikkeld bekostigingssysteem.

Uitvoeringsorganen en zorgkantoren

Uitvoeringsorganen en (vooral) de zorgkantoren moeten uitvoering geven aan een veelheid aan regelingen en uitzonderingen daarop, zonder dat ze voldoende handvatten hebben om daar op een eenduidige manier mee om te gaan. Ook worstelen ze met de vraag wat goede en doelmatige zorg precies inhoudt. Dat maakt het toekennen van passende zorg voor medewerkers van zorgkantoren erg ingewikkeld.

¹⁵ Veen, R van der, (2011) *De toekomst van de langdurige zorg, Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen*. Hoofdstuk 2 paragraaf 4 en hoofdstuk 5.

2 Aandachtspunten bij EKT en meerzorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) bouwt voort op het verleden. Veel van de regelgeving en uitvoeringsstructuren van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn in de Wlz overgenomen. Dat zorgt voor enige continuïteit en stabiliteit, maar betekent ook dat bestaande inconsistenties die in de AWBZ speelden, in de Wlz-systematiek zijn overgenomen. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de knelpunten die we op grond van onze eigen analyses en op grond van de gesprekken met stakeholders hebben gesignaleerd. In het volgende hoofdstuk confronteren we die met de principes van passende zorg.

2.1 Toenemende complexiteit van regelgeving en uitvoeringspraktijk

De wettelijke aanspraken in de Wlz zijn functiegericht beschreven. Die functiegerichte benadering komt voort uit de modernisering van de AWBZ in 2003. De filosofie van die modernisering was gebaseerd op individueel maatwerk, maar die is nooit zo gerealiseerd als was voorgenomen. In plaats van de beoogde systematiek van indicatiestelling in functies en klassen, gericht op de individuele zorgbehoefte van de verzekerde, is uiteindelijk gekozen voor een benadering op basis van deelpopulaties, de ZZP-systematiek.¹⁶ Die systematiek houdt in dat er algemene beschrijvingen zijn van de doelgroepen binnen de Wlz, de zorgprofielen. Per zorgprofiel stelt de NZa een maximumtarief vast dat is gebaseerd op de gemiddelde zorgbehoefte van die groep, het zorgzwaartepakket (ZZP). Het CIZ stelt bij de indicatiestelling vast wat het best passende zorgprofiel voor een cliënt is.

Op instellingsniveau is dat meestal niet zo'n probleem. De instelling ontvangt voor elke cliënt het bijbehorende ZZP en de concrete zorgvraag middelt zich veelal uit over de totale populatie. Maar in twee situaties past die confectiebenadering niet: bij cliënten met allerlei bijkomende problematiek kan de zorgvraag ook intramuraal extreem zijn, en in de thuissituatie is de zorg vaak duurder omdat die minder efficiënt kan worden georganiseerd.

Om daaraan tegemoet te komen zijn allerlei regelingen in het leven geroepen:

- Er zijn toeslagen voor specifieke aandoeningen zoals Huntington en Korsakov, voor specifieke zorgvormen zoals beademingszorg, voor specifieke groepen zoals jeugdigen etc.
- De regeling voor Extra kosten Thuis (EKT) is bedoeld om ondoelmatigheid van zorg thuis te compenseren, Dit is beperkt tot 25 procent van de zorgbehoefte van het geïndiceerde zorgprofiel.
- Meerzorg is bedoeld om te voorzien in de extra zorg die noodzakelijk is vanwege bijzondere zorgvragen en die niet bekostigd kan worden uit het zorgzwaartepakket.
- Deeltijdverblijf is in het leven geroepen om het mogelijk te maken dat cliënten structureel een aantal dagen per week thuis verblijven en een aantal dagen in de instelling.

Door al deze maatregelen zijn de regelgeving en de uitvoeringspraktijk bijzonder ingewikkeld geworden. Zorgkantoren proberen de regelgeving te verduidelijken. Dat heeft ertoe geleid dat het *Voorschrift Zorgtoewijzing*, waarin de uitvoering van deze regelingen wordt beschreven, maar liefst 124 bladzijden omvat. De differentiatie die gecreëerd is om tegemoet te komen aan de verschillende situaties, leidt

¹⁶ Signalement *Van grondslagen naar zorgprofielen*, hoofdstuk 2, CVZ, 1 november 2010, [file:///intern.zinl.nl/dfs/HomeFolder/cb8/Downloads/Van+grondslagen+naar+clientprofielen+\(Een+oplossing+voor+onnodige+bureaucratie\)%20\(6\).pdf](file:///intern.zinl.nl/dfs/HomeFolder/cb8/Downloads/Van+grondslagen+naar+clientprofielen+(Een+oplossing+voor+onnodige+bureaucratie)%20(6).pdf).

onvermijdelijk ook tot meer en complexere regelgeving om hier recht aan te doen. Dat leidt er gemakkelijk toe dat juist de mensen die minder bureaucratisch competent zijn minder zorg krijgen dan degenen die dat wel zijn (Mattheuseffect)¹⁷. Voor cliënten is het niet altijd duidelijk waarop het toegekende budget is gebaseerd.

Het bestaan van verschillende elementen die het totale beschikbare budget bepalen (ZZP, toeslagen, EKT en meerzorg) is verwarrend. Hoewel die verschillende elementen formeel afzonderlijk moeten worden vastgesteld, worden ze in de praktijk vaak als één beoordeling beschouwd.

De EKT en meerzorg zijn gebaseerd op verschillende doelen. De EKT is bedoeld om de ondoelmatigheid van zorg thuis te compenseren. Zorg in groepsverband is thuis bijvoorbeeld niet mogelijk. Meerzorg gaat niet over ondoelmatigheid, maar over de bijkomende zorg die nodig is vanwege een bijzondere zorgvraag. Het kan bijvoorbeeld gaan om een cliënt met een meervoudige beperking, maar ook om een bijzondere zorgbehoefte door extreme en zeer moeilijk te behandelen gedragsproblematiek.

Bij het vaststellen van meerzorg moet er een bijzondere zorgvraag zijn. Die is in de instelling hetzelfde als thuis.

Toeslagen zijn er voor specifieke doelgroepen waarvan de bijzondere zorgvraag bekend is, zoals beademingspatiënten.

Bij de geschillenbehandeling merken we dat ook dergelijke onderscheiden niet altijd worden gemaakt. De vaststelling is vaak gebaseerd op de totale zorgbehoefte thuis, waarbij de ondoelmatigheid van zorg thuis en de meerzorg die nodig is vanwege een bijzondere zorgbehoefte niet goed gescheiden worden. Dat zou moeten om het onderscheid tussen EKT en meerzorg zuiver te houden. Met als gevolg dat ook ondoelmatigheid die meer is dan het EKT met meerzorg wordt gecompenseerd.

Het compenseren van ondoelmatigheid thuis is beperkt tot 25% van het budget dat past bij het geïndiceerde zorgprofiel. Als er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte, kan daarvoor meerzorg worden toegekend. Die betreft echter alleen de extra zorg die nodig is vanwege de bijzondere zorgbehoefte. Ondoelmatigheid van die meerzorg leidt niet tot recht op extra budget.

Met de grens van 25% voor extra kosten thuis heeft de wetgever een grens willen stellen aan de extra kosten die de maatschappij wil dragen om mensen langer thuis te kunnen laten wonen.

2.2 Beoordeling in twee stappen

De individuele cliënt heeft recht op zorg, die naar aard, inhoud en omvang voldoet aan zijn zorgbehoefte.¹⁸ Hoewel de wet stelt dat de door het CIZ geïndiceerde zorg moet aansluiten bij die zorgbehoefte¹⁹, volgt uit het *Besluit langdurige zorg* (Blz) dat het CIZ alleen het best passende zorgprofiel moet vaststellen.²⁰ Zoals hiervoor aangegeven is het systeem van zorgprofielen gebaseerd op (deel) populaties. Het

¹⁷ <http://www.etymologiebank.nl/trefwoord/mattheuseffect>.

¹⁸ Artikel 3.2.1 eerste lid Wlz.

¹⁹ Artikel 3.2.3 eerste lid Wlz.

²⁰ Artikel 3.2.3 onderdeel c Blz.

CIZ indiceert met het zorgprofiel dus niet per se de totale zorgbehoefte van een cliënt.

Het CIZ signaleert wel of een cliënt meer zorg nodig heeft dan beschikbaar is in het best passend zorgprofiel. Het CIZ geeft dit dan mee bij het indicatiebesluit dat aan het zorgkantoor wordt gestuurd.²¹ Of meerzorg daadwerkelijk is aangewezen, is vervolgens ter beoordeling van het zorgkantoor. Het ontbreekt vrijwel aan handvatten om dat te bepalen. Zorgkantoren hebben daarom in ZN-verband²² het *Voorschrift Zorgtoewijzing* ontwikkeld. De feitelijke zorgbehoefte wordt zo in geval van een bijzondere zorgvraag dus in twee stappen vastgesteld: een keer door het CIZ op basis van kenmerken van de (deel)populatie, en een keer door het zorgkantoor op individuele maat. Voor cliënten betekent dit dat zij meerdere malen hun dossier moeten aanleveren en het gesprek voeren over de benodigde zorg. De meest complexe situaties worden niet door het indicatieorgaan beoordeeld, maar door het zorgkantoor, dat daar (in tegenstelling tot het CIZ) niet specifiek voor in het leven is geroepen. Verschillende stakeholders gaven aan dit geen wenselijke situatie te vinden. Deze constatering is input voor het startdocument dat we voor de langdurige zorg zullen schrijven als invulling van de prioriteit die we daaraan de komende jaren zullen geven.

2.3

Onvoldoende houvast voor het beoordelen van het recht op zorg

De Wlz is net als de AWBZ in principe een naturaverzekering. De cliënt heeft recht op de levering van de verschillende zorgvormen in de omvang waarop hij op die zorg is aangewezen.

In de AWBZ stond in de ZZP's een aantal uren zorg per zorgfunctie vermeld. Dat is in de Wlz losgelaten, omdat het maximum aantal uren de norm dreigde te worden voor alle cliënten, in plaats van een gemiddelde. Daarom zijn de uren geen onderdeel meer van de zorgprofielen of zorgzwaartepakketten. De concrete invulling van de zorg moet onderdeel zijn van het gesprek tussen zorgaanbieder en cliënt bij het opstellen van het zorgplan. Zolang dat binnen de bestaande financiële kaders (tarieven) op een goede manier mogelijk is, is er niets aan de hand. Maar als de cliënt vindt dat hij meer nodig heeft dan wat de zorgaanbieder wil bieden, zijn er nauwelijks handvatten om te bepalen wat redelijk is. In de praktijk is daarom het beschikbare budget vaak de belangrijkste maatstaf. Die hybride benadering (aanspraak in natura die wordt uitgedrukt in geld) is ook zichtbaar in de regelgeving van EKT en meerzorg in de *Regeling langdurige zorg*. Bij EKT is de norm puur financieel: het maximum is 25 procent van de kosten, niet van het aantal uren.

Als de cliënt, zijn naasten of de zorgverlener vinden dat die middelen tekortschieten, is een beroep op EKT of meerzorg mogelijk. Het zorgkantoor moet dan de vraag beantwoorden welke meerzorg noodzakelijk is als gevolg van een bijzondere zorgvraag.

Daarbij is de eerste vraag: meer dan wat? Welke zorg hoort bij de basiszorg van het zorgprofiel? Voor het antwoord op die vraag verwijst de *Memorie van Toelichting* naar 'de professionele standaarden voor goede zorg'. Maar ook hier is het probleem dat die standaarden, voor zover ze er zijn, onvoldoende houvast bieden om de omvang van de basiszorg inhoudelijk te bepalen. Omdat daarvoor nauwelijks inhoudelijke referenties bestaan, is het beschikbare budget dan vaak het uitgangspunt.

²¹ Artikel 3.2.3 onderdeel d Blz.

²² Zorgverzekeraars Nederland.

Het vaststellen van de meerzorg is dus gecompliceerd.

Daarbij speelt ook dat in de zorgprofielen van de Wlz geen omvang van zorg in uren staat, zoals dat in de AWBZ wel het geval was. Het is dan erg moeilijk om aan te geven welke zorg tot de basiszorg van het zorgprofiel behoort, en welke zorg daarboven tot de EKT of meerzorg.

In een aantal gevallen kan het zorgkantoor terugvallen op de specifieke deskundigheid van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het gaat dan vooral om verstandelijk beperkten met ernstige gedragsproblemen. Maar in veel gevallen moeten de medisch en verpleegkundige adviseurs van het zorgkantoor daar zelf handen en voeten aan geven. Er is in de praktijk weliswaar een aantal documenten ontwikkeld, zoals het *Voorschrift zorgtoewijzing*, de *Notitie sturingsmechanismen meerzorg* en het interne toetsingskader dat zorgkantoren gebruiken, maar die zijn vooral procedureel van aard en onvoldoende normatief voor wat we hierbij voor ogen hebben. Genoemd toetsingskader is niet openbaar en kan daardoor niet bijdragen aan de transparantie en toetsbaarheid van beschikkingen. De interne beslismomenten zijn niet gepubliceerd en daarom niet kenbaar. Het ontbreekt aan tripartiet gedragen standaarden op grond waarvan de noodzakelijke meerzorg inhoudelijk is te bepalen. En dus is de beoordeling van meerzorg niet altijd voldoende objectief. Er is een afwegingskader of kwaliteitsstandaard nodig, waarmee op grond van achterliggende waarden en normen op een transparante, navolgbare en toetsbare manier antwoord kan worden gegeven op een claim voor EKT of meerzorg.

2.3.1

Vergelijking van zorg in de instelling en zorg thuis niet goed mogelijk

Bij het vaststellen van de meerzorg thuis speelt nog een ander probleem. De theorie is eenvoudig. De meerzorg is gekoppeld aan de bijzondere zorgvraag van de cliënt en de meerzorg thuis is dus gelijk aan die in de instelling nodig is. Als de cliënt zorg thuis wenst, moet het zorgkantoor een vergelijking maken tussen de zorgbehoefte thuis en die in de instelling aan de orde zou zijn. Maar in de praktijk is het lastig om dat te bepalen. De ene instelling is de andere niet en zorg thuis is nu eenmaal anders dan zorg in de instelling.

Het gaat altijd om complexe zorgvragen. Dat maakt de vaststelling van wat in een instelling nodig zou zijn sowieso al een fictieve exercitie. Daarbij speelt ook dat het nogal uitmaakt of een instelling goed is geoutilleerd voor de gevraagde zorg (daar bijvoorbeeld in is gespecialiseerd) of niet.

Bij een beademingscliënt is de reactietijd tussen een alarmering en ingrijpen een cruciaal criterium. Er moet altijd iemand binnen bepaalde tijd kunnen ingrijpen. Maar om daarin te voorzien, maakt het bijvoorbeeld uit of de cliënt de enige beademingscliënt in de instelling is of dat het gaat om een instelling waar meer beademingscliënten verblijven. Wat is dan de referentie?

2.4

Wat is de grens aan meerzorg?

Anders dan bij de zorgzwaartepakketten, toeslagen en EKT, is er geen bovengrens voor meerzorg. Het gaat bij meerzorg bijna per definitie om complexe situaties. Dat daarbij goede zorg moet worden geboden spreekt voor zich. Maar wat is goede zorg precies? Die vraag is bij intramurale zorg vaak al lastig te beantwoorden, maar krijgt een extra dimensie als het gaat om de vraag of zorg thuis mogelijk moet zijn. Aan die vraag kleven vaak veel ingewikkelde aspecten, die niet in regels zijn te

vatten. Het kan daarbij gaan om moreel-ethische kwesties.²³ Zorgkantoren worstelen daarmee. Zorgkantoor Zilveren Kruis heeft het initiatief genomen voor een ethische dialoog die hiervoor wellicht input oplevert.

2.5 Toezicht

Toezicht is een kernbegrip in de Wlz. De aanwezigheid van zorg in de nabijheid of permanent toezicht zijn immers de toegangsvoorwaarden tot de Wlz. Dat toezicht is vaak verweven met de directe zorgverlening, bijvoorbeeld tijdens de persoonlijke verzorging of dagbesteding. In de instelling kan een zorgverlener toezicht houden op een groep. In de thuissituatie staat toezicht vaak op zichzelf. We duiden dat dan als begeleiding.²⁴ Zorgkantoren worstelen vaak met de vraag in hoeverre dat feit kan leiden tot extra kosten thuis of meerzorg.

2.6 Bekostiging

De bekostiging is primair gekoppeld aan het best passende zorgprofiel. De *Memorie van Toelichting* stelt dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan de zorg in de instelling.²⁵ Alleen de EKT-regeling maakt daarop een uitzondering.

Daarbij speelt dat de ZZZP-systematiek, die stamt uit 2006/2007, volgens veel stakeholders verouderd is. Dat geldt vooral voor VG7 en VG8, waar dan ook verreweg de meeste meerzorg wordt geboden.²⁶ De zorg die passend is bij deze (en misschien ook andere) zorgprofielen is in de loop van de jaren veranderd. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft het initiatief genomen om te beschrijven van goede zorg is door leidraden voor VG7 en VG8 te ontwikkelen.

Wat we goede zorg vinden is geen constant gegeven. De normen voor vrijheidsbeperkende maatregelen en sederende medicatie zijn nu anders dan vijftien jaar geleden, en dat geldt wellicht ook voor andere aspecten van de zorg.

Als een cliënt ernstige gedragsstoornissen heeft, kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen of sederende medicatie rust brengen. Die werden voorheen veel vaker toegepast dan tegenwoordig, wat voor cliënten goed is. Dat betekent wel dat er dan meer een-op-een toezicht nodig is, in sommige gevallen zelfs meer dan dat. Die ontwikkeling is in de ZZZP-systematiek niet verwerkt.

Het kan ook goed zijn dat de normen voor goede zorg ook op andere onderdelen van de zorg in de afgelopen 13 jaar zijn veranderd.

Ook deze ontwikkelingen kunnen ethische dilemma's met zich mee brengen. Wat is in een specifieke situatie goede zorg? En wat mag dat kosten?

2.7 Meerzorg gericht op basiszorg: oneigenlijk gebruik?

De EKT- en meerzorgregeling zijn bedoeld om de extra zorg te bekostigen die nodig is voor de bekostiging van de ondoelmatigheid van zorg thuis of de zorg die extra nodig is vanwege een bijzondere zorgvraag van een cliënt of een groep cliënten. De basiszorg wordt bekostigd via de reguliere ZZZP-systematiek. Zoals eerder gezegd, is

²³ Moreel beraad in de verpleeghuiszorg: methodisch spreken over goede zorg | SpringerLink, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bespreek-ethische-dilemmas-in-moreel-beraad.htm> en https://www.boompsychologie.nl/auteur/110-545_Molewijk/100-793_In-gesprek-blijven-over-goede-zorg.

²⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging-wlz/begeleiding-wlz>.

²⁵ *Memorie van toelichting Wlz*, paragraaf 2.4.3.

²⁶ Zie tabel 6 van bijlage 2.

de grens tussen basiszorg en meerzorg niet altijd scherp te bepalen. Daarbij is het zo dat instelling soms de organisatorische, infrastructurele of personele voorwaarden ontberen om de zorg voor bepaalde cliënten op een goede manier te leveren, waardoor die cliënten gedragsproblemen ontwikkelen. Er is dan een investering nodig om de organisatie in staat te stellen goede basiszorg te leveren.

Een dergelijke situatie stelt zorgkantoren voor een dilemma: de instelling hoort de basiszorg op orde te hebben, maar zonder extra middelen lukt dat niet. Die middelen ontbreken, wat betekent dat de cliënten problemen ervaren die vermeden hadden kunnen worden. We hebben begrepen dat die problemen soms worden opgelost door het toekennen van meerzorg. Dat is dan oneigenlijk gebruik van de regeling. De ZZP-tarieven zijn gebaseerd op de aanwezigheid van goed opgeleid personeel en toereikende outillage. Als een instelling organisatorisch onder de maat presteert, geen passende verblijfsruimte voor een cliënt heeft of onvoldoende opgeleid personeel heeft, gaat het niet over meerzorg. Dat die problemen opgelost en betaald moeten worden staat buiten discussie. De manier waarop - via de zorginkoop of meerzorg - niet.

De infrastructuur binnen een instelling en de competenties van het personeel zijn randvoorwaarden voor het verlenen van de zorg. Die moet de instelling kunnen betalen op grond van de overheadcomponenten in de bekostiging, en moeten vooral bij de zorginkoop aan de orde komen.

Het feitelijk probleem hier is dat het zorgkantoren ontbreekt aan middelen die ze kunnen inzetten om met een instelling afspraken te maken over het op orde brengen van de basiszorg, het ontwikkelen van specifieke randvoorwaarden in de infrastructuur of de competenties van personeel. Complicerend factor hierbij is dat de basiszorg nauwelijks is geoperationaliseerd. Het onderscheid tussen basiszorg en meerzorg is dan erg dun.

2.8 Meer kennis nodig en een sterkere kennisinfrastructuur

Om voldoende richting en houvast te bieden bij de beoordeling of in een bepaalde situatie meerzorg nodig is, zijn dus kwaliteitsstandaarden nodig. En daarvoor is kennis nodig. In de langdurige zorg is de kennisinfrastructuur bij lange na niet zo ontwikkeld als in de curatieve zorg. In ons rapport over passend onderzoek uit 2016²⁷ gaan we dieper in op de achtergronden daarvan. Het gaat bij de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur niet alleen om het vergaren van nieuwe kennis, maar ook, en misschien vooral, om toepassing van kennis die wel voorhanden is. Het gebeurt nog te vaak dat een bepaalde manier van zorg verlenen of benaderen van cliënten waarvan de meerwaarde vast staat, toch niet wordt toegepast.²⁸ Het gaat er ook vaak om de zorg beter te organiseren, in plaats van te intensiveren.²⁹

Mede naar aanleiding van ons rapport heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gelukkig de nodige initiatieven ontwikkeld. Daarbij geeft VWS specifieke aandacht voor de groepen die weliswaar klein in omvang, maar erg

²⁷ Rapport *Passend Onderzoek Effectiviteit Langdurige Zorg*, Zorginstituut Nederland, 12 december 2016, hfst.2, [file:///intern.zinl.nl/dfs/HomeFolder/cb8/Downloads/Passend+onderzoek+effectiviteit+langdurige+zorg%20\(6\).pdf](file:///intern.zinl.nl/dfs/HomeFolder/cb8/Downloads/Passend+onderzoek+effectiviteit+langdurige+zorg%20(6).pdf).

²⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/gehandicaptenzorg/zinnige-zorg---vb-en-probleemgedrag-verdiepingsfase>.

²⁹ ASVZ heeft bijvoorbeeld de Triple C-methode ontwikkeld. Daarbij is de benadering van cliënten essentieel en in de totale organisatie geïntegreerd. Dat leidt tot minder meerzorg en minder beperkende maatregelen voor cliënten.

complex zijn en een grote zorgbehoefte hebben. De Commissie Leerink ontwikkelt daarvoor de infrastructuur.³⁰ Ook op andere terreinen is er al veel in gang gezet om het ontwikkelen, delen en implementeren van kennis verbeteren, zoals de academische werkplaatsen, de oprichting van de Stichting Kwaliteits Impuls Langdurige Zorg (SKILZ), het implementeren van meerzorgdialogen door zorgkantoren en het betrekken van het CCE bij verbetertrajecten.

³⁰ De Wlz kent een aantal specifieke groepen cliënten waarvan het aantal relatief klein is, terwijl de zorgbehoefte complex is.

3 Toetsing aan de principes van passende zorg

In dit hoofdstuk gaan we na wat bovenstaande constatering betekenen in het licht van de principes van passende zorg. Aan de hand daarvan bepalen we tot welke activiteiten dit leidt voor het Zorginstituut en (in enkele gevallen) voor anderen. Daarbij blijkt overigens dat de acties die we benoemen vaak een veel bredere scoop hebben dan EKT en meerzorg op zich. EKT en meerzorg zijn geen op zichzelf staande onderwerpen, maar zijn ingebed in de totale systematiek van de Wlz. De problemen die spelen bij EKT en meerzorg, spelen vaak breder. Ook is het zo dat EKT en meerzorg een oplossing moeten bieden voor het falen van de systematiek met betrekking tot een ander onderwerp.

3.1 Passende zorg is waardegedreven

Het eerste principe gaat over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de zorg. Wat levert de besteding van een bepaald budget op aan meerwaarde voor de cliënt? Staan de kosten en opbrengsten in een redelijke verhouding tot elkaar?

Voor de beantwoording van die vraag zijn in ieder geval twee dingen nodig:

- kennis over de vraag welke interventies, manieren van zorgverlening of benaderingswijzen in bepaalde situaties nodig en effectief zijn; en
- een maatschappelijk gedragen oordeel over de vraag wat een fatsoenlijk niveau van leven voor kwetsbare mensen inhoudt. Wat is dat minimaal, en waar houdt het op? En op welke manier beoordeel je dat?

3.1.1 Kennis en de kennisinfrastructuur versterken

Waar kennis simpelweg niet voorhanden is houdt het op dit moment op, maar we constateren dat er ook interventies en benaderingswijzen zijn waarover consensus is over de effectiviteit ervan bij specifieke doelgroepen. Bij SGLVG-problematiek³¹ zijn dergelijke interventies beschikbaar, zoals de Triple C-methode die in ASVZ, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, is ontwikkeld. Gedragskundigen moeten afwegen welke methodiek passend is, samen met groepsleiding, verwanten en andere zorgprofessionals. Toch wordt dat niet in alle gevallen toegepast, vaak met een verwijzing naar 'de visie van de instelling'. Dat is ongewenst. Zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk³² is niet verzekerd, en dat instellingen of individuele zorgverleners mogen zich daar niet aan onttrekken. We trekken hieruit de volgende conclusies:

- ➔ De ontwikkeling van kennis over wat effectieve zorg is en hoe te bepalen wat er in een individueel geval minimaal nodig is, en de ontwikkeling van de kennisinfrastructuur verdienen hoge prioriteit. We ondersteunen de initiatieven die daarvoor zijn genomen. Het Zorginstituut speelt een rol in de versterking van de kennisinfrastructuur en is gevraagd de evaluatie daarvan te organiseren.
- ➔ Specifiek voor EKT en meerzorg geldt dat het ontbreekt aan afwegingskaders en kwaliteitsstandaarden op grond waarvan het mogelijk is de zorgbehoefte te objectiveren. Ook ontbreken standaarden op grond waarvan kan worden bepaald of zorg thuis haalbaar is of dat institutionele zorg absoluut vereist is.
- ➔ Het Zorginstituut toetst met zijn activiteiten in het programma Zinnige Zorg of de geleverde verzekerde zorg in lijn is met de professionele kwaliteitsstandaarden. Voor de langdurige zorg is die vergelijking om verschillende redenen moeilijk te maken. Dat heeft te maken met de beperkte beschikbaarheid van kwaliteitsstandaarden en spiegelinformatie in de langdurige

³¹ Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt.

³² Artikel 3.1.1 derde lid Blz.

zorg. Het heeft ook te maken met de aard van de langdurige zorg, die voor een groot deel zorg voor basale menselijke behoeften betreft. Het Zorginstituut zoekt naar mogelijkheden Zinnige Zorg in de langdurige zorg vorm te geven.

- ➔ We constateren ook dat effectieve interventies, zorgvormen en benaderingswijzen niet altijd worden toegepast. Daar hebben we als pakketautoriteit zelf een rol, samen met de zorgkantoren, NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In het sociaal domein ligt er een rol voor gemeenten, VNG en IGJ.

3.1.2 *Kwaliteitsstandaarden en moreel-ethische kwesties*

Er is bij de zorgprofessionals veel behoefte aan richtlijnen, maar die zijn er nog onvoldoende. Gelukkig zien we de nodige actie vanuit partijen zelf en vanuit VWS. Voor zover er kwaliteitsstandaarden zijn kunnen die houvast geven. Voor de behandelende beroepsgroepen zijn weliswaar vaak richtlijnen ontwikkeld, maar vooral voor de dagelijkse zorgverlening nauwelijks. We zien daar wel goede initiatieven, zoals leidraden voor specifieke doelgroepen³³ en een *Leidraad Perspectief op persoonsgerichte zorg*³⁴ die de VGN ontwikkelt. De Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) en betrokken organisaties ontwikkelen bijvoorbeeld richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

Daarbij beseffen we dat het in de langdurige zorg soms gaat om complexe problemen. Het kan daarbij gaan om moreel-ethische vragen. De afwegingskaders en kwaliteitsstandaarden die voor de beoordeling van meerzorg moeten worden ontwikkeld, moeten ook richting geven aan de beantwoording van de moreel-ethische vragen.³⁵ Zilveren Kruis heeft daartoe een mooie aanzet gegeven door een ethische dialoog over meerzorg te starten, gericht op de vraag wanneer zorg thuis mogelijk moet zijn en wanneer niet.

- ➔ Als Zorginstituut hebben we de taak om de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden te stimuleren en die zullen we oppakken.
 - Het gaat in ieder geval om kwaliteitsstandaarden op grond waarvan het mogelijk is passende zorg te objectiveren en te objectiveren of zorg thuis haalbaar is of niet.
 - Die kwaliteitsstandaarden moeten ruimte bieden aan cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren om de concrete zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de cliënt en zijn persoonlijke situatie.
 - Daarbij is het is nodig ruimte en inhoud te geven aan ethische kwesties.³⁶

3.1.3 *Verduidelijken van verzekerde zorg*

We constateren dat partijen soms worstelen met de vraag in hoeverre een cliënt aanspraak heeft op bepaalde zorg. Dat geldt specifiek voor de vraag hoe om te gaan met toezicht in de thuissituatie. Leidt dit tot meerzorg of niet?

We merken bij de behandeling van meerzorggeschillen ook dat het onderscheid tussen meerzorg en EKT niet altijd scherp wordt gemaakt. En dat bij het bepalen van meerzorg de afweging tussen de zorg thuis en die in de instelling vaak ontbreekt. We hebben ook signaleerd dat meerzorg wordt ingezet voor het op

³³ Het gaat bijvoorbeeld over licht verstandelijk gehandicapten (LVG) met bijkomende problematiek, niet aangeboren hersenletsel (NAH) en ernstig meervoudige beperkingen (EMB).

³⁴ <https://www.vgn.nl/nieuws/start-traject-perspectief-op-persoonsgerichte-zorg>.

³⁵ Moreel beraad in de verpleeghuiszorg: methodisch spreken over goede zorg | SpringerLink, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bespreek-ethische-dilemmas-in-moreel-beraad.htm> en https://www.boompsychologie.nl/auteur/110-545_Molewijk/100-793_In-gesprek-blijven-over-goede-zorg.

³⁶ Zie de toeslagenaffaire.

orde brengen van de basiszorg. Het is onduidelijk of en in hoeverre dat terecht is. Is meerzorg aanvullend op de basiszorg of ook gericht op het op orde brengen van basiszorg? Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om te duiden welke zorg verzekerd is.³⁷ Het ligt daarom voor de hand dat we uitleggen hoe met deze vragen om te gaan.

- ➔ We zullen de vraag op welke manier toezicht moet worden betrokken bij het vaststellen van extra kosten thuis en meerzorg beantwoorden met een duiding.
- ➔ We willen verduidelijken welke afwegingen nodig zijn om te concluderen dat een cliënt recht heeft op meerzorg. Het gaat dan vooral om het maken van onderscheid tussen EKT en meerzorg, het toetsen of er een bijzondere zorgvraag is, en op grond van welke referentie de omvang daarvan wordt vastgesteld.
- ➔ We gaan onderzoeken voor welke activiteiten de inzet van meerzorg mogelijk moet zijn. Kan meerzorg bijvoorbeeld worden ingezet om de basiszorg op orde te brengen of gebrekkige competenties van personeel te compenseren? En op welke manier kunnen zorgkantoren en instellingen anders afspraken maken over (de bekostiging van) verbeteringen in de basiszorg?

3.1.4

Toenemende complexiteit van regelgeving en uitvoeringspraktijk

Goede interactie is alleen mogelijk als de kaders waarbinnen dat mogelijk is duidelijk zijn. De complexiteit in de regelgeving helpt dan niet. Die complexiteit is het resultaat van veel opeenvolgende specifieke maatregelen, waarvan de samenhang niet meer vanzelfsprekend is. De praktijk is geholpen met vereenvoudiging. Een discussie over stelselwijzigingen lijkt nu niet opportuun. De oplossingen voor de problemen die we signaleren moeten we zoveel mogelijk binnen de bestaande structuren zoeken.

- ➔ We willen in overleg en afstemming met VWS, de NZa en ZN de regelgeving zoveel mogelijk vereenvoudigen. We zullen een traject initiëren, waarin we een dergelijke vereenvoudiging onderzoeken en zo mogelijk uitwerken.
 - We hebben in onze analyse geconstateerd dat de aanspraak feitelijk in natura is, maar dat het beschikbare budget vaak bepalend is. Zeggenschap over de besteding van het budget maakt de positie van de cliënt aan de ene kant sterker, maar dat budget moet dan wel toereikend zijn. Het is belangrijk om bij de vereenvoudiging van de regelgeving met dit dilemma rekening te houden.

3.2

Passende zorg komt samen met en rondom de cliënt tot stand

In de langdurige zorg gaat het om het faciliteren van het persoonlijke leven van cliënten. Het gaat erom de kwaliteit van leven te verbeteren of op zijn minst te handhaven. Het is dan ook vanzelfsprekend dat hun zorg en ondersteuning samen met hen en hun directe omgeving wordt georganiseerd. Het is vooral aan zorgkantoren, zorginstellingen en vooral individuele zorgverleners om op cliëntniveau passende zorg te bieden. Vanuit systeemperspectief geldt eerder dat we als overheden vooral niet in de weg moeten lopen met regels en structuren. We moeten zorgen voor kaders waarbinnen zorg interactief tussen cliënt en zorgverlener vorm kan krijgen en die interactie faciliteren.

3.3

Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek

Binnen de langdurige zorg en specifiek wat betreft EKT en meerzorg gaat het bij dit principe vooral om de vraag in hoeverre zorg thuis mogelijk is en rondom cliënten is te organiseren. Wat is verantwoord, en hoeveel mag dat kosten? Daarbij komen ook vragen aan de orde op welke manier die zorg op slimmere manieren is te organiseren, bijvoorbeeld door ICT-toepassingen, hulpmiddelen of fysieke

³⁷ Artikel 5.1.2 Wlz.

aanpassingen in de omgeving.

De beoordeling of zorg thuis voldoende doelmatig is, is feitelijk een financiële afweging. Allereerst moet duidelijk zijn wat de financiële grenzen zijn waarbinnen een keuze voor zorg thuis of in de instelling mogelijk is. Daarbij is het een gegeven, dat naarmate de zorg goedkoper en slimmer is te organiseren, het voor cliënten haalbaarder is de zorg thuis te ontvangen. Innovatie is daarom belangrijk. Als technologische oplossingen de schaarse en dure inzet van mensen op een verantwoorde manier kan vervangen, moet dat kunnen. De bestaande bekostiging, die in de extramurale zorg is gebaseerd op uren zorgverlening, staat dat gemakkelijk in de weg.

Een klassiek voorbeeld is de Medido. Dit is een slimme medicijndispenser. De cliënt krijgt een signaal dat hij zijn medicijnen moet nemen, en als hij dat vergeet gaat er een bericht naar een zorgcentrale die dan actie onderneemt. Dat bespaart de noodzaak dat er telkens een zorgverlener de pillen komt aanreiken, en is goed voor de zelfredzaamheid van de cliënt. Maar de bekostiging zat in de weg: die was gebaseerd op uren geleverde zorg. Een instelling die de Medido aanschafte zag zich geconfronteerd met de investering en zag zijn omzet kelderen.

Eenzelfde situatie gold voor het verzorgend wassen. Prettiger voor de cliënt en het kost minder tijd. De besparing in tijd levert meer op dan de kosten van de speciale doekjes die daarvoor nodig zijn. Maar de instelling die daarin in de thuissituatie investeert, besteedt minder tijd aan het bed van de cliënt, en ontvangt minder geld.

Een ander probleem is dat hulpmiddelen, woningaanpassingen en zorg meestal tot verschillende aanspraken behoren, die vaak ten laste van verschillende domeinen komen. Ook als dat vanuit maatschappelijk perspectief tot de minste kosten leidt, is dat vaak niet te realiseren. Ook hier is eenvoudiger regelgeving nodig.

Bij een volledig pakket thuis (vpt) hoort het verstrekken van eten en drinken tot de aanspraak. Maar dat is vaak moeilijk te regelen. Het kan helpen als de cliënt zelf iets kan bereiden. Maar het aanpassen van de keuken kan niet ten laste van de Wlz. Dat geldt ook voor specifieke hulpmiddelen, zoals aangepast kookgerei of bestek bij een verminderde handfunctie. Hetzelfde geldt voor een aanpassing van de badkamer, zodat een cliënt zichzelf kan wassen. De gemeente kan dat leveren vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), maar kan het weigeren als de cliënt een Wlz-indicatie heeft.

We stellen bij duidingen nu al dat zorg die in de plaats komt van menselijk handelen tot de verzekerde zorg kan behoren. Bijvoorbeeld bij het vervangen van menselijk toezicht door signaleringsapparatuur.³⁸ Maar we formuleren dat nog heel terughoudend. Hulpmiddelen in de thuissituatie en woningaanpassingen kunnen niet ten laste van de Wlz worden verstrekt.

➔ De vereenvoudiging van de regelgeving die we hierboven noemden is ook nodig om mogelijk te maken dat de zorg in een bij de situatie passende vorm wordt geboden. Of dat door een persoon gebeurt of door een technologische oplossing is afhankelijk van de situatie van de specifieke cliënt. De regelgeving en bekostiging moeten gericht zijn op het resultaat van de zorg (zie voorgaande voorbeelden).

³⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging-wlz/begeleiding-wlz>.

- ➔ We willen in onze communicatie meer aandacht geven aan het feit dat zorg niet per se handen aan het bed is, maar ook kan bestaan uit de inzet van technologische oplossingen. Want met of zonder meerzorg is vervangen van arbeid door technologie een item dat prioriteit moet krijgen. Ook in andere domeinen, zoals de Wmo.
- ➔ We willen onderzoeken hoe het mogelijk is om hulpmiddelen en bouwkundige aanpassingen vanuit de aanspraken beter en gemakkelijker in te zetten als vervanging van menskracht als dat doelmatig is.
- ➔ Die ontwikkeling vraagt ook, vooral, om positieve prikkels vanuit de bekostiging. Dat ligt vooral op het terrein van de NZa.

3.3.1

Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte

Het gaat bij dit principe om preventie van zwaardere zorg, en focus op het functioneren van mensen ondanks hun beperkingen (positieve gezondheid). De vraag moet zijn wat er voor een individu nodig is om in de eigen context te kunnen functioneren. De zorgbehoefte is op die manier beschouwd niet per se gekoppeld aan de mate van beperking.

Een klassiek en veel voorkomend voorbeeld is de situatie van een echtpaar waarvan er een ernstig dement is. De ander is nog gezond en vitaal en neemt de zorg voor de demente partner op zich, samen met anderen uit de directe omgeving. Vaak is het dan mogelijk te volstaan met ondersteuning van de gezonde partner, bijvoorbeeld doordat de demente partner een paar middagen per week naar de dagverzorging gaat.

Mensen met grote beperkingen kunnen voldoende zijn geholpen met weinig en simpele zorg. Behalve door de aanwezigheid van mantelzorgers, kan dat het geval zijn door de inzet van technologische of bouwkundige voorzieningen.

Als eenvoudige zorg dichtbij, geleverd vanuit het sociaal domein voldoet, is dat passend. Maar gemeenten kunnen een Wmo-maatwerkvoorziening weigeren als de cliënt een Wlz-indicatie *kan* krijgen.³⁹ De duurdere Wlz-oplossing gaat voor op de goedkopere Wmo-oplossing.

- ➔ Het is vooral aan de cliënt en zijn directe zorgverleners om de zorg en ondersteuning zo vorm te geven dat die optimaal bijdragen aan het functioneren van de cliënt. Een aantal van de acties die we hiervoor hebben genoemd kunnen hieraan bijdragen. Zoals het bevorderen van afwegingskaders en kwaliteitsstandaarden en vereenvoudiging van de regelgeving.
- ➔ Het is wellicht mogelijk om in de bekostigingssystematiek prikkels in te bouwen die leiden tot een zo effectief mogelijke inzet van middelen. Dat is vooral een taak van de NZa.
- ➔ Ook de eigen bijdrageregeling kan hierbij een rol spelen. Dat is een taak van VWS.

³⁹ Artikel 2.3.5. zesde lid Wmo 2015.

3.4 De acties samengevat

De acties die we hierboven noemen gaan in hoofdlijnen om:

- vereenvoudiging van de regelgeving;
- het ontwikkelen van afwegingskaders en kwaliteitsstandaarden op grond waarvan passende zorg kan worden geobjectiveerd en op grond waarvan kan worden bepaald of zorg thuis haalbaar is of dat institutionele zorg noodzakelijk is;
- het duiden van de aanspraken op onderwerpen als toezicht en het toepassen van innovatieve technologie;
- het ontwikkelen van de kennisinfrastructuur.

4 Aandachtspunten voor de toekomst

Dat de langdurige zorg aan onderhoud toe is, staat gezien alle publicaties daarover nauwelijks ter discussie.^{40,41,42,43,44} VWS heeft daarover de discussienota *Zorg voor de Toekomst*⁴⁵ uitgebracht en ter consultatie aan partijen voorgelegd. In de factsheets die bij de discussienota zijn gevoegd over Organisatie en Regie, Preventie en Gezondheid en Vernieuwing en Werkplezier zijn al de nodige aandachtspunten benoemd. We hebben op de discussienota eerder onze algemene reactie gegeven.⁴⁶

Verschillende partijen pleiten voor een fundamentele aanpak van de gesignaleerde problematiek. Ook de Adviescommissie Pakket (ACP) vindt een fundamentele aanpak nodig. De ACP vindt de manier waarop de regelgeving op basis van incidenten zo gedetailleerd en ingewikkeld is geworden zorgwekkend. Het is een fenomeen dat ook in andere sociale wetgeving is te zien. De regelgeving moet de uitvoeringspraktijk faciliteren, niet in de weg staan.

Het Zorginstituut heeft vier speerpunten benoemd waaraan we de komende jaren prioriteit zullen geven. We hebben ook samen met de NZa beschreven dat we bij de uitwerking daarvan willen uitgaan van de principes van passende zorg. Naast drie onderwerpen uit de curatieve zorg is de langdurige zorg een van de prioriteiten die we hebben genoemd voor de komende jaren. We maken een startdocument waarin we verder uitwerken hoe we hier vorm en inhoud aan gaan geven. Daarom beperken we de inhoud van dit rapport tot de EKT en meerzorg. We beschrijven hier een aantal onderwerpen die in de gesprekken met stakeholders naar voren kwamen en volgens ons specifieke aandacht vragen, zonder daar verder invulling aan te geven.

4.1 Samenhang tussen zorgdomeinen

Het is onvermijdelijk dat de zorg, ondersteuning en dienstverlening aan mensen met een complexe zorgvraag vanuit verschillende wetten en verschillende domeinen moet worden geleverd. De afstemming tussen die domeinen levert vaak problemen op.

De overgang van het ene domein naar het andere is – zeker in de ouderenzorg – vaak nodig vanwege een crisisachtige situatie en gaat gepaard met veel veranderingen voor de cliënt: andere zorgverleners, een ander aanbod van zorg en andere regels en eigen bijdrage. Al die verandering in een toch al kwetsbare situatie is niet bevorderlijk voor het welzijn van de cliënt. Een meer vloeiende overgang van Wmo naar Wlz met een warme overdracht is wenselijk. Ook *advanced care planning* heeft daarbij meerwaarde. Bij die overgang speelt ook de voorliggendheid van de Wlz op de Wmo en Zvw een rol. Als iemand een Wlz-indicatie heeft, moet de Wlz de zorg bieden, ook als het gaat om een relatief eenvoudige situatie waarin zorg vanuit

⁴⁰ Brief Zorginstituut aan de bewindspersonen van VWS, 29 januari 2021, kenmerk 2021002445.

⁴¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/06/30/oud-en-zelfstandig-in-2030-aangepast-reisadvies>.

⁴² Discussienota *Zorg voor de Toekomst*, (VWS), <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>.

⁴³ Dialoognota *Ouder worden 2020-2040* (VWS), <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2021/02/Dialoognota-ouder-worden-2020-2040.pdf>.

⁴⁴ *Houdbare ouderenzorg. Houdbare ouderenzorg, ervaringen en lessen uit andere landen*, <https://www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2021/02/08/houdbare-ouderenzorg-%E2%80%93-ervaringen-en-lessen-uit-andere-landen>.

⁴⁵ <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>.

⁴⁶ Brief Zorginstituut aan de bewindspersonen van VWS, 29 januari 2021, kenmerk 2021002445.

de Wmo en de Zvw zou volstaan. De logica zegt dat dat andersom zou moeten zijn en de Wlz pas in beeld komt als de Wmo en Zvw tekortschieten.

Bij jeugdigen speelt de overgang tussen domeinen op een soortgelijke manier een rol bij de overgang van de Jeugdwet naar de Wlz. Op achttienjarige leeftijd is een jongere nog volop in ontwikkeling. Een grote verandering in de zorg en ondersteuning is dan vooral bij de LVG-groep⁴⁷ niet bevorderlijk voor het welzijn en de ontwikkeling.

De schaal waarop organisaties in de verschillende domeinen werken, zijn verschillend. Dat maakt samenwerken lastig: zorgverzekeraars werken landelijk, zorgkantoren in eigen regio's, gemeenten deels op zichzelf, maar vaak ook in gemeenschappelijke regelingen of samenwerkingsverbanden in een eigen regio. Gemeenten werken ook samen in Veiligheidsregio's.

4.2 Verzekering die als voorziening wordt gezien

In de praktijk wordt de Wlz wel gezien als een voorziening, het vangnet dat het logischerwijs zou zijn. Maar juridisch blijft het een verzekering.⁴⁸

Als zich specifieke problemen voordoen bij een bepaalde doelgroep, wordt de betreffende bewindspersoon daarop aangesproken en moet de regelgeving worden aangepast. Dat leidt vervolgens tot de complexiteit die we eerder hebben gesignaleerd.

In de Wmo wordt de aanwezigheid van mantelzorgers en beschikbaarheid van vrijwilligers meegenomen bij het toewijzen van zorg en ondersteuning aan een cliënt. In de Wlz is dat niet het geval en in de Zvw gedeeltelijk. Het benutten van informele zorg en vrijwilligers verdient aandacht.

4.3 Uniforme benadering van wezenlijk verschillende doelgroepen

Ouderen hebben vaak een (relatief snelle) zorgreis waarbij ze – startend vanuit de Wmo en Zvw – overgaan naar de Wlz. Voor veel gehandicapten is de situatie redelijk stabiel: ze zijn levenslang, levensbreed en in elke levensfase aangewezen op zorg. Cliënten met een psychische stoornis zijn vaak gedurende lange tijd aangewezen op zorg nabij of permanent toezicht. Ze voldoen dan langdurig, maar niet aantoonbaar blijvend aan de Wlz-criteria. Daarbij komt dat de zorg bij mensen met een psychische stoornis sterker varieert dan bij de andere groepen, omdat de problemen soms plotseling kunnen verergeren.

De vraag is of de verschillen tussen de doelgroepen zodanig zijn dat hun zorg op verschillende manieren moet worden geregeld. Dit is een belangrijke vraag voor de ontwikkeling van de langdurige zorg in de toekomst. In een complexe omgeving als de langdurige zorg is het daarbij nodig al doende te leren: experimenteren dus. Daarbij is het belangrijk vooraf leerpunten vast te tellen en te bepalen op welke manier die worden geëvalueerd.

⁴⁷ LVG: licht verstandelijk gehandicapt.

⁴⁸ <https://cvz.vakliteratuur.info/ClientWeb/SimpleSearch.aspx hoofdstuk 2>.

5 Reacties van geconsulteerde partijen

We hebben tijdens de ontwikkeling van dit signalement met veel partijen gesproken. Een overzicht daarvan staat in bijlage 1. Ook het laatste concept van dit rapport hebben we aan hen voorgelegd. De algemene lijn van de reacties was dat partijen de problematiek herkennen en de principes van passende zorg onderschrijven. Aan de hand van de reacties hebben we op verschillende plaatsen aanpassingen aangebracht. Over de meer technische aanpassingen die we naar aanleiding van de inbreng van een partij hebben aangebracht, informeren we hen direct. In dit hoofdstuk gaan we in op de beleidsmatige inbreng die we hebben ontvangen.

We hebben een reactie ontvangen van de volgende partijen:

- Per Saldo
- Patiëntenfederatie Nederland
- Ieder(in)
- Kansplus
- Actiz
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- De Nederlandse GGZ
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

5.1 ZZZP-systematiek is aan onderhoud toe

Uit de gesprekken met stakeholders, maar ook op grond van onze ervaringen bij de behandeling van meerzorggeschillen, hebben we geconstateerd dat de ZZZP-systematiek is verouderd. Een aantal partijen onderstreept dit en licht dit nader toe.

5.1.1 *Inbreng van partijen*

Per Saldo benadrukt dat de ZZZP-systematiek is ontwikkeld voor de instellingszorg en nooit geschikt is geweest voor zorg thuis, wat nu eenmaal een heel andere vorm van zorg is. De IGJ benadrukt dat de zorgvraag van cliënten in de loop der tijd steeds complexer is geworden en dat steeds meer situaties niet meer passen in de bestaande systematiek. Ook de VGN ziet de stijgende zorgbehoefte als een belangrijke oorzaak van de problematiek. De zorgprofielen en de bijbehorende tarieven sluiten niet meer aan bij wat men beschouwt als goede zorg. ZN herkent de mismatch tussen het zorgprofiel dat is gericht op een totaal pakket aan zorg en de meerzorg die is gebaseerd op uren zorg. Het CIZ pleit voor groot onderhoud van de ZZZP-systematiek, omdat die is gebaseerd op de populatie die in het begin van deze eeuw in instellingen verbleef en sindsdien niet substantieel is gewijzigd, terwijl de omgeving wel veranderde. Dat vraagt om meer zorg thuis en andere kwaliteitseisen. De Nederlandse GGZ stelt ook dat de bekostigingssystematiek is verouderd en pleit voor een meer modulaire bekostigingssystematiek. De NZa herkent zich echter niet in onze constatering dat de ZZZP-systematiek is verouderd.

Per Saldo en het CIZ zien daarbij een oplossingsmogelijkheid in de introductie van maatwerkprofielen, die in thuisituaties kunnen leiden tot maatwerk.

5.1.2 *Wat hebben we hiermee gedaan?*

De inbreng van partijen bevestigt de stelling dat de ZZP-systematiek niet meer goed genoeg aansluit bij de zorgbehoefte van cliënten en dat een deel van de gesignaleerde problemen daardoor wordt veroorzaakt. We zien geen aanleiding de tekst op dit punt te wijzigen.

5.2 **Indiceren en zorg toewijzen**

We noemen als aandachtspunt dat cliënten die meerzorg nodig hebben twee keer worden geïndiceerd.

5.2.1 *Inbreng van partijen*

ZN en de VGN merken op dat dit een onjuiste weergave is. Het CIZ stelt de indicatie (toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel) en het zorgkantoor wijst meerzorg toe. Dat laatste is geen indicatie. Het zijn twee verschillende trajecten met een verschillende doorlooptijd. De CIZ-indicatie is onbepaald in tijd, de meerzorgtoewijzing is in principe tijdelijk. Per Saldo benadrukt dat één orgaan de indicatie moet stellen, dat het vaststellen van de zorgvraag gescheiden moet zijn van de doelmatigheidsbeoordeling.

5.2.2 *Wat hebben we hiermee gedaan?*

De constatering van ZN en de VGN is feitelijk juist. Wat we met deze passage wilden aankaarten is dat we uit de bestuurlijke gesprekken die we hebben gehad constateren dat cliënten het bezwaarlijk vinden dat hun zorgvraag op verschillende momenten door verschillende organen wordt beoordeeld. Dat brengt meer administratieve en emotionele belasting met zich mee dan noodzakelijk. We hebben de tekst zo aangepast dat we het beoordelen van de zorgvraag in twee stappen wel benoemen, maar de term indicatiestelling alleen gebruiken voor de CIZ-indicatie.

5.3 **Kwaliteitsstandaarden gewenst of niet**

Op verschillende punten in het signalement constateren we dat het nodig is kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen die houvast geven bij het bepalen van het recht op zorg.

5.3.1 *Inbreng van partijen*

Een aantal organisaties, met name Per Saldo en de NZa onderstrepen die behoefte, maar andere organisaties, met name Actiz, de IGJ en Patiëntenfederatie Nederland, benadrukken dat de concrete zorgverlening plaatsvindt in de interactie tussen cliënt en zorgverlener. In de langdurige ouderenzorg betreft het vraagstukken die zorgprofessionals samen met de cliënten en naasten oppakken. Daarbij is vertrouwen nodig. ZN wijst erop dat er al wel enkele documenten zijn die richting geven aan het vaststellen van het recht op EKT of meerzorg, zoals de *Notitie sturingsmechanismen bij meerzorg* en het interne toetsingskader dat zorgkantoren gebruiken.

5.3.2 *Wat hebben we hiermee gedaan?*

We zijn het volstrekt eens dat de kwaliteit van zorg vorm krijgt in de relatie tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgverlener(s), en dat daarvoor vertrouwen nodig is. Dat is een van de belangrijkste achterliggende noties van het rapport over passende zorg. We constateren dat hier sprake is van een misverstand. De kwaliteitsstandaarden waarover we het hebben gaan over het recht op zorg, niet over de manier waarop dat recht in de praktijk vorm krijgt. Het recht op zorg is wettelijk geborgd en voor iedere verzekerde gelijk. Het vaststellen van dat recht – in dit geval de CIZ-indicatie en de toewijzing van EKT en meerzorg – moet daarom transparant en toetsbaar zijn. Dat vereist dat op hoofdlijnen vaststaat hoe we in Nederland goede zorg aan de kwetsbare groepen mensen vaststellen.

Wat we hier voor ogen hebben is geen keurslijf, maar een afwegingskader waarmee zorgkantoren op grond van (globale) waarden en normen op een transparante en toetsbare manier kunnen vaststellen op welke zorg een cliënt recht heeft. Het resultaat daarvan is een beschikking, dus een juridisch product en geen inhoudelijk product. Dit biedt zowel aan het zorgkantoor als aan de cliënt houvast bij geschillen over de toegekende EKT of meerzorg. De concretisering van de zorg is een volgende stap, waarvoor andere kwaliteitsstandaarden gelden dan wat we hier bedoelen. We hebben dat in de tekst uitgelegd.

ZN wijst erop dat er al wel enkele documenten liggen die richting geven aan het vaststellen van de omvang van de EKT en meerzorg. Die hebben we in de tekst vermeld, waarbij we ook het *Voorschrift Zorgtoewijzing* hebben genoemd. We stellen daarbij vast dat die documenten vooral procedureel van aard zijn en niet geheel voldoen aan de doelen die wij daarbij voor ogen hebben.

5.4 Kennisinstructuur

We hebben als knelpunt genoemd dat de kennis en kennisinstructuur in de langdurige zorg 'gebrekig' zijn.

5.4.1 Inbreng van partijen

De term 'gebrekig' wordt door enkele partijen als diskwalificatie van de sector gezien. Zo wijst de VGN op de vele inspanningen die de sector zich getroost om kennis te verspreiden en te implementeren, maar dat dat nu eenmaal tijd nodig heeft. Ook ZN wijst op een aantal mechanismes die zorgkantoren hebben ontwikkeld om kennis te delen en te implementeren.

5.4.2 Wat hebben we hiermee gedaan?

We hebben met de term 'gebrekig' uitdrukkelijk niet de bedoeling gehad de sector te diskwalificeren. Het spijt ons dat onze woordkeuze dat heeft gesuggereerd. We weten heel goed dat de sector in vergelijking met de curatieve zorg van ver moet komen, en dat talloze mensen en organisaties er hard aan werken om die achterstand in te lopen, ondanks beperkte middelen en mensen. We hebben daar juist veel waardering voor. We hebben de tekst daarop uiteraard aangepast.

5.5 Meerzorg voor basiszorg

We signaleren dat het is voorgekomen dat meerzorg wordt toegewezen om de basiszorg op orde te brengen.

5.5.1 Inbreng van partijen

De VGN stelt dat we hiermee het beeld scheppen dat dit op grote schaal voorkomt en het een groot deel van de meerzorgaanvragen betreft. De NZa herkent zich niet in ons signaal.

5.5.2 Wat hebben we hiermee gedaan?

We herkennen niet dat we suggereren dat dit op grote schaal voorkomt. Onze woordkeuze geeft daar geen aanleiding voor. We hebben dit vooral gesignaleerd om het dilemma dat speelt aan te kaarten: als een instelling om welke reden dan ook de basiszorg niet op orde heeft, leidt dat tot problemen voor de cliënten. Het oplossen daarvan vereist investeringen, waarvoor niet altijd een goede titel beschikbaar is. We hebben de tekst nog verduidelijkt.

6 Advies ACP en vaststelling door de Raad van Bestuur

6.1 **Advies van de Adviescommissie Pakket (ACP)**

De commissie heeft in haar vergadering van 23 april 2021 gesproken over de wijze van beoordelen welke cliënten met een Wlz-indicatie in aanmerking komen voor de regelingen meerzorg (in het geval iemand in een instelling woont) of Extra Kosten Thuis (voor iemand die nog thuis woont). In het signalement stellen we een aantal acties voor om in de toekomst tot beter passende zorg te komen. Daarvoor is het nodig dat er eenduidige criteria komen en dat de regels eenvoudiger toepasbaar zijn. Dat maakt de regels ook begrijpelijker voor cliënten en zorgprofessionals.

Partijen hebben niet van de gelegenheid gebruikgemaakt om in te spreken.

De ACP begrijpt en ondersteunt dat het Zorginstituut de keuze maakt om dit vraagstuk nu op te pakken en zich niet te richten op een stelselwijziging. De ACP ondersteunt daarmee de voorgestelde agenda. Tegelijkertijd vindt de commissie dat wel een meer fundamentele discussie over de Wlz moet worden gevoerd. De problemen bij de regelingen die het Zorginstituut nu signaleert zijn naar de mening van de commissie exemplarisch voor veel andere regelingen voor zorg en sociale zekerheid. Daarom dringt de commissie aan om niet te lang te wachten met het oppakken van de meer fundamentele vraagstukken die spelen rondom de Wlz.

6.2 **Vaststelling door de Raad van Bestuur**

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland heeft dit signalement in de vergadering van 28 april 2021 vastgesteld en op 10 mei 2021 aangeboden aan de bewindspersonen van het ministerie van VWS.

Zorginstituut Nederland

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Tiana van Grinsven

Bijlage 1: overzicht geconsulteerde partijen

We hebben de volgende partijen gesproken.

Landelijk Overlegorgaan Cliëntenraden (LOC)

Per Saldo

Patiëntenfederatie Nederland

Mantelzorg.nl

MIND

Ieder(in)

Kansplus

Actiz

Zorghuis.nl

de Nederlandse ggz

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Verenso

Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

MEERZORG

De gegevens over meerzorg zijn gebaseerd op declaraties van Wlz-zorg in natura en op Wlz pgb-budgetten. We geven een overzicht van de lasten, het aantal gebruikers en het aantal dagen waarop meerzorg is geleverd. In de zorg in natura is waar mogelijk een onderverdeling gemaakt naar leveringsvorm en zorgprofiel in de periode dat de meerzorg werd geleverd. Als geen leveringsvorm van zorg in natura kon worden bepaald, zijn de **declaraties ondergebracht in de categorie 'Leveringsvorm onbekend'**. Als er geen zorgprofiel bekend was, is dit aangegeven met de categorie **'zorgprofiel onbekend'**.

De lasten zijn uitgesplitst naar zorgprofielen, waarbij aanspraak kan worden gemaakt op meerzorg én die in de betreffende leveringsvormen worden gegeven. Bijvoorbeeld: GGZ-B voortgezet verblijf kan niet worden geleverd via een volledig pakket thuis (vpt) en wordt daar dus niet weergegeven. Als meerzorg is geleverd onder zorgprofielen die geen aanspraak kunnen maken op meerzorg, is dit weergegeven met de categorie **'overige zorgprofielen'**.

Binnen declaraties van zorg die geleverd is via een modulair pakket thuis (mpt) waren geen declaraties van meerzorg terug te vinden. Mpt staat daarom niet als leveringsvorm in de tabel.

De resultaten o.b.v. Wlz pgb-data moeten worden gezien als een indicatie, aangezien het niet om daadwerkelijke declaraties gaat, maar om toegekende budgetten voor een heel jaar. Daarbij is uitgegaan van het geïndiceerde zorgprofiel dat bekend was op het moment van de budgetgoedkeuring. In de data van de pgb-budgetten kan er vanaf 2016 onderscheid worden gemaakt naar een budget voor meerzorg. Het is niet mogelijk om een indicatie van het aantal dagen geleverde meerzorg te geven o.b.v. de pgb-budgetten.

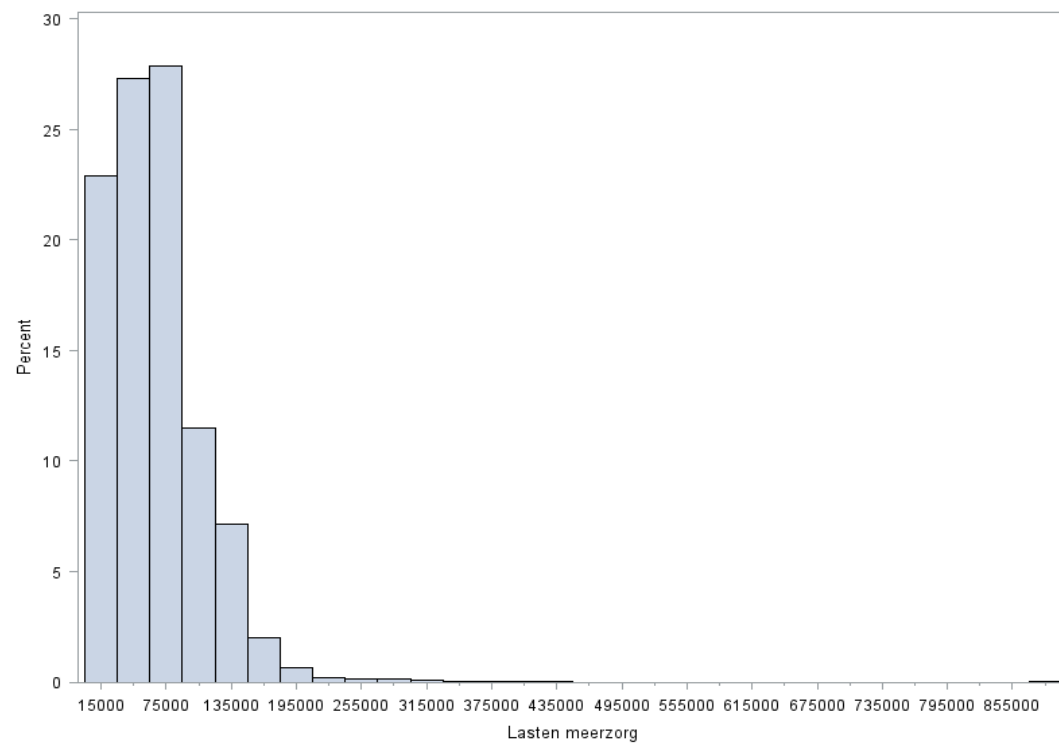
Over de jaren 2016-2019 nemen de lasten van meerzorg **in de leveringsvormen 'zorg met verblijf' en 'vpt' toe in alle sectoren (zie tabellen 1 en 2)**. Binnen pgb nemen de budgetten voor meerzorg toe in de sector Verpleging en Verzorging. Het aantal gebruikers van meerzorg is het hardst gestegen in de leveringsvorm **'zorg met verblijf'**, waarbij een stijging is te zien in alle sectoren (zie tabellen 3 en 4). **Het aantal dagen waarop meerzorg is geleverd, stijgt in de leveringsvormen 'zorg met verblijf' en 'vpt' (zie tabellen 5 en 6)**. De absolute stijging van het aantal dagen meerzorg is daarbij het grootst in de sector Gehandicaptenzorg.

Tabel 1 - Lasten van meerzorg, verdeeld naar leveringsvorm en sector*

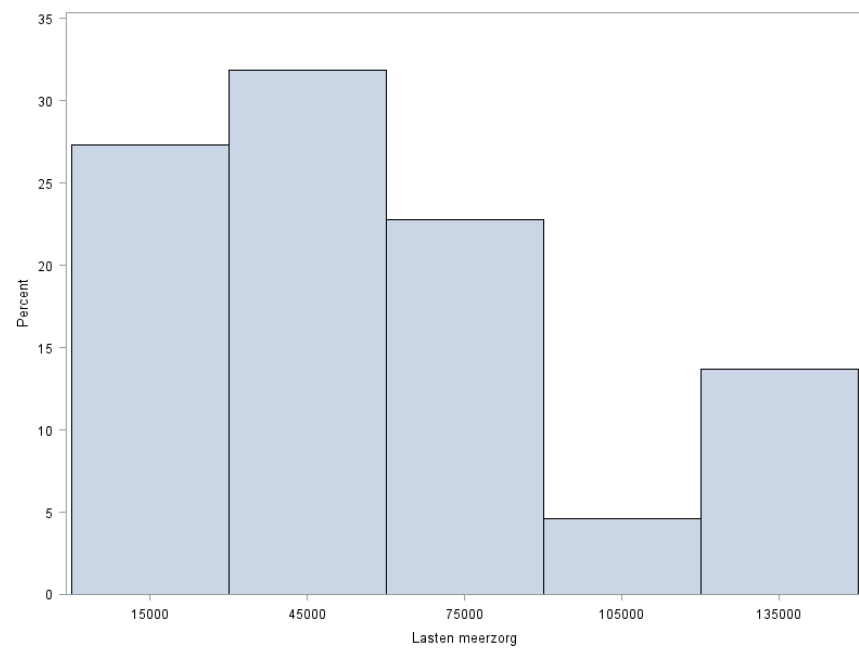
	2015	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
Zorg met verblijf						
Verpleging en Verzorging	€ -	€ 2.018.444	€ 6.634.867	€ 11.611.471	€ 25.199.952	1148%
Gehandicaptenzorg	€ 148.373.709	€ 165.822.901	€ 199.587.866	€ 253.043.283	€ 320.513.730	93%
GGZ B voortgezet verblijf	€ -	€ 1.408.974	€ 3.531.764	€ 4.515.892	€ 7.931.158	463%
VPT						
Verpleging en Verzorging	€ -	€ 26.922	€ 208.991	€ 136.562	€ 33.970	26%
Gehandicaptenzorg	€ 529.481	€ 548.005	€ 523.243	€ 663.773	€ 1.239.259	126%
PGB						
Verpleging en Verzorging		€ 941.927	€ 2.315.418	€ 1.415.470	€ 2.048.944	118%
Gehandicaptenzorg		€ 12.505.123	€ 20.705.438	€ 9.522.686	€ 10.298.803	-18%
Leveringsvorm onbekend						
Gehandicaptenzorg	€ 192.373	€ 69.777	€ 7.691	€ 6.075	€ 8.763	-87%
GGZ B voortgezet verblijf	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.392	-

*Hierin zijn alleen de zorgprofielen meegenomen waarmee aanspraak kan worden gemaakt op meerzorg.

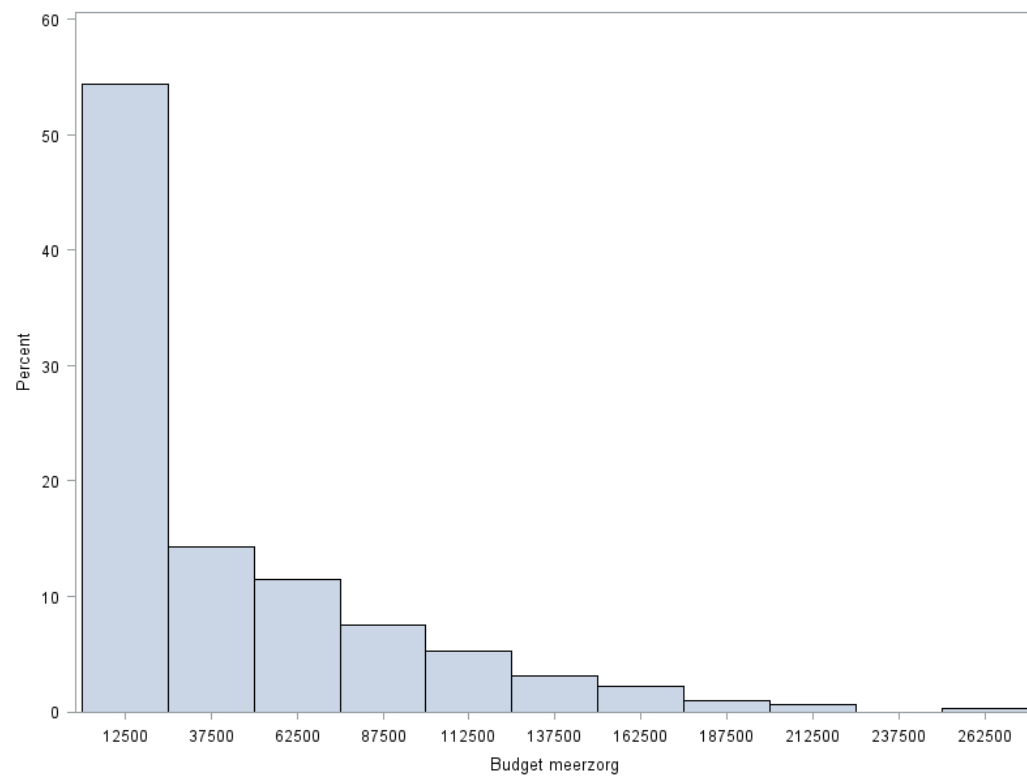
Figuur 1 - Spreiding van de gedeclareerde lasten van meerzorg in 2019, bij leveringsvorm verblijf



Figuur 2 - Spreiding van de gedeclareerde lasten van meerzorg in 2019, bij leveringsvorm VPT



Figuur 3 - Spreiding van het toegekende budget voor meerzorg in 2019, bij leveringsvorm pgb



Tabel 2 - Lasten van meerzorg, verdeeld naar leveringsvorm en zorgprofiel

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 2016-2019
Zorg met verblijf (totaal)	€ 148.373.709	€ 169.250.319	€ 209.754.497	€ 269.171.003	€ 353.691.991	109%
VV7	€ -	€ 1.483.677	€ 5.516.733	€ 9.878.994	€ 22.325.752	1405%
VV8	€ -	€ 534.766	€ 1.118.134	€ 1.732.478	€ 2.874.199	437%
SGLVG1	€ 2.594.657	€ 3.833.348	€ 4.696.273	€ 5.333.955	€ 5.673.539	48%
LVG4	€ 124.477	€ 151.053	€ 207.812	€ 679.073	€ 861.556	470%
LVG5	€ 227.482	€ 222.526	€ 93.467	€ 41.149	€ 120.300	-46%
VG5	€ 590.640	€ 554.301	€ 1.022.858	€ 2.261.389	€ 3.612.035	552%
VG7	€ 128.472.486	€ 144.118.223	€ 171.414.109	€ 212.724.568	€ 264.571.235	84%
VG8	€ 8.322.361	€ 8.547.299	€ 10.256.206	€ 15.125.040	€ 22.354.650	162%
LG5	€ 324.184	€ 248.208	€ 379.812	€ 555.446	€ 975.624	293%
LG6	€ -	€ 164.631	€ 352.739	€ 1.623.044	€ 3.416.308	1975%
LG7	€ 3.474.131	€ 3.381.018	€ 4.713.791	€ 6.693.685	€ 9.583.310	183%
ZGA3	€ 2.204.692	€ 2.582.404	€ 3.635.678	€ 4.517.856	€ 5.212.309	102%
ZGV5	€ 2.038.599	€ 2.019.890	€ 2.815.121	€ 3.488.078	€ 4.132.865	105%
GGZB6	€ -	€ 122.640	€ 607.180	€ 682.856	€ 1.623.005	1223%
GGZB7	€ -	€ 1.286.333	€ 2.924.585	€ 3.833.036	€ 6.308.153	390%
Overige zorgprofielen	€ -	€ -	€ -	€ 356	€ 47.151	-
VPT (totaal)	€ 529.481	€ 574.927	€ 732.234	€ 800.335	€ 1.273.229	121%
VV7	€ -	€ -	€ 31.309	€ 12.428	€ 33.970	-
VV8	€ -	€ 26.922	€ 177.682	€ 124.134	€ -	-
LVG4	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LVG5	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VG5	€ -	€ 43.365	€ 13.781	€ -	€ -	-
VG7	€ 366.319	€ 350.792	€ 332.224	€ 410.056	€ 1.064.730	204%
VG8	€ 98.700	€ 100.251	€ 13.420	€ 102.546	€ 82.101	-18%

LG5	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LG6	€ -	€ -	€ 53.411	€ 24.049	€ -	-
LG7	€ 53.451	€ 53.597	€ 53.451	€ 127.122	€ 92.427	72%
ZGA3	€ -	€ -	€ 56.956	€ -	€ -	-
ZGV5	€ 11.012	€ -	€ -	€ -	€ -	-
Overige zorgprofielen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-
PGB (totaal)	€ 14.096.039	€ 24.786.405	€ 11.916.298	€ 13.415.105		-5%
VV7	€ 159.929	€ 371.961	€ 140.256	€ 133.055		-17%
VV8	€ 781.998	€ 1.943.456	€ 1.275.214	€ 1.915.889		145%
LVG4	€ -	€ -	€ -	€ -		-
LVG5	€ -	€ -	€ -	€ -		-
VG5	€ 338.857	€ 891.748	€ 438.466	€ 596.850		76%
VG7	€ 2.560.426	€ 3.723.656	€ 1.097.563	€ 1.675.466		-35%
VG8	€ 2.753.662	€ 5.484.599	€ 2.677.598	€ 2.702.270		-2%
LG5	€ 1.757.161	€ 2.574.960	€ 1.620.540	€ 1.253.200		-29%
LG6	€ 844.954	€ 2.332.733	€ 1.263.477	€ 1.546.224		83%
LG7	€ 3.784.427	€ 5.208.512	€ 1.981.004	€ 1.919.555		-49%
ZGA3	€ 230.210	€ 252.978	€ 55.818	€ 119.941		-48%
ZGV5	€ 235.424	€ 236.252	€ 388.220	€ 485.297		106%
Zorgprofiel onbekend	€ 742.691	€ 1.174.655	€ 18.730	€ 258.510		-65%
Overige zorgprofielen	€ -93.702	€ 590.895	€ 959.412	€ 808.848		-
Leveringsvorm onbekend (totaal)	€ 205.646	€ 69.777	€ 7.691	€ 6.075	€ 14.155	-80%
VG7	€ 192.373	€ 69.777	€ 7.691	€ 6.075	€ 8.763	-87%
GGZB7	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.392	-
Zorgprofiel onbekend	€ 13.273	€ -	€ -	€ -	€ -	-
Overige zorgprofielen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-
Totaal	€ 149.108.836	€ 183.991.061	€ 235.280.827	€ 281.893.711	€ 368.394.480	100%

Tabel 3 - Aantal gebruikers van meerzorg, verdeeld naar leveringsvorm en sector*

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ2016- 2019
Zorg met verblijf						
Verpleging en Verzorging	0	83	228	389	819	887%
Gehandicaptenzorg	2.401	2.657	3.003	3.708	4.599	73%
GGZ B voortgezet verblijf	0	36	73	86	132	267%
VPT						
Verpleging en Verzorging	0	1	2	2	1	0%
Gehandicaptenzorg	10	8	11	12	21	163%
PGB						
Verpleging en Verzorging		36	64	47	45	25%
Gehandicaptenzorg		263	495	360	207	-21%
Leveringsvorm onbekend						
Gehandicaptenzorg	23	1	1	1	1	0%
GGZ B voortgezet verblijf	0	0	0	0	1	-

*Hierin zijn alleen de zorgprofielen meegenomen waarmee aanspraak kan worden gemaakt op meerzorg.

Tabel 4 - Aantal gebruikers van meerzorg, verdeeld naar leveringsvorm en zorgprofiel

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
Zorg met verblijf (totaal)	2.401	2.776	3.304	4.185	5.553	100%
VV7	0	61	182	322	718	1077%
VV8	0	22	46	67	101	359%
SGLVG1	41	58	58	65	66	14%
LVG4	5	2	3	18	15	650%
LVG5	6	3	2	1	2	-33%
VG5	11	14	25	48	84	500%
VG7	2.055	2.281	2.547	2.989	3.630	59%
VG8	154	158	171	308	415	163%
LG5	6	6	6	8	14	133%
LG6	0	6	12	44	89	1383%
LG7	55	57	84	119	161	182%
ZGA3	32	38	52	60	71	87%
ZGV5	36	34	43	48	52	53%
GGZB6	0	9	16	16	29	222%
GGZB7	0	27	57	70	103	281%
Overige zorgprofielen	0	0	0	2	3	-
VPT (totaal)	10	9	13	14	22	144%
VV7	0	0	1	1	1	-
VV8	0	1	1	1	0	-100%
LVG4	0	0	0	0	0	-
LVG5	0	0	0	0	0	-
VG5	0	1	2	0	0	-100%
VG7	7	5	5	6	17	240%
VG8	1	1	1	3	2	100%
LG5	0	0	0	0	0	-

LG6	0	0	1	1	0	-
LG7	1	1	1	2	2	100%
ZGA3	0	0	1	0	0	-
ZGV5	1	0	0	0	0	-
Overige zorgprofielen	0	0	0	0	0	-
PGB (totaal)		360	636	497	342	-5%
VV7		7	11	7	8	14%
VV8		29	53	40	37	28%
LVG4		0	0	0	0	-
LVG5		0	0	0	0	-
VG5		20	47	26	24	20%
VG7		43	72	43	32	-26%
VG8		79	158	127	63	-20%
LG5		23	48	36	20	-13%
LG6		25	64	47	30	20%
LG7		65	95	68	27	-58%
ZGA3		3	4	3	2	-33%
ZGV5		5	7	10	9	80%
Zorgprofiel onbekend		35	29	1	8	-77%
Overige zorgprofielen		26	48	89	82	
Leveringsvorm onbekend (totaal)	26	1	1	1	2	100%
VG7	23	1	1	1	1	0%
GGZB7	0	0	0	0	1	-
Zorgprofiel onbekend	3	0	0	0	0	-
Overige zorgprofielen	0	0	0	0	0	-
Totaal	2.437	3.146	3.954	4.697	5.919	88%

Tabel 5 - Aantal dagen waarop meerzorg is geleverd, verdeeld naar leveringsvorm en sector*

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ2016- 2019
Zorg met verblijf						
Verpleging en Verzorging	0	13.310	49.623	84.259	176.392	1225%
Gehandicaptenzorg	783.382	854.515	972.530	1.171.791	1.457.993	71%
GGZ B voortgezet verblijf	0	5.766	19.363	22.446	34.463	498%
VPT						
Verpleging en Verzorging	0	154	627	359	162	5%
Gehandicaptenzorg	2.618	2.681	2.518	2.930	5.237	95%
Leveringsvorm onbekend						
Gehandicaptenzorg	650	244	31	31	39	-84%
GGZ B voortgezet verblijf	0	0	0	0	14	-

*Hierin zijn alleen de zorgprofielen meegenomen waarmee aanspraak kan worden gemaakt op meerzorg.

Tabel 6 - Aantal dagen waarop meerzorg is geleverd, verdeeld naar leveringsvorm en zorgprofiel

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
Zorg met verblijf (totaal)	783.382	873.591	1.041.516	1.278.498	1.668.967	91%
VV7	0	9.284	41.338	69.673	154.875	1568%
VV8	0	4.026	8.285	14.586	21.517	434%
SGLVG1	12.040	15.229	16.603	17.834	19.436	28%
LVG4	831	546	645	4.421	3.741	585%
LVG5	882	883	424	179	360	-59%
VG5	2.826	3.478	5.688	12.043	20.114	478%
VG7	680.968	744.021	837.253	969.013	1.175.664	58%
VG8	46.317	46.859	52.253	83.195	122.481	161%
LG5	1.796	1.719	2.096	2.396	4.749	176%
LG6	0	899	2.546	9.965	21.528	2295%
LG7	16.623	17.431	24.377	36.391	49.084	182%
ZGA3	10.216	12.424	16.500	20.068	23.086	86%
ZGV5	10.883	11.026	14.145	16.286	17.750	61%
GGZB6	0	881	5.108	4.286	8.100	819%
GGZB7	0	4.885	14.255	18.160	26.363	440%
Overige zorgprofielen	0	0	0	2	119	-
VPT (totaal)	2.618	2.835	3.145	3.289	5.399	90%
VV7	0	0	262	104	162	-
VV8	0	154	365	255	0	-100%
LVG4	0	0	0	0	0	-
LVG5	0	0	0	0	0	-
VG5	0	276	149	0	0	-100%
VG7	1.826	1.673	1.285	1.554	4.000	139%
VG8	365	366	38	610	714	95%
LG5	0	0	0	0	0	-

LG6	0	0	365	158	0	-
LG7	365	366	365	608	523	43%
ZGA3	0	0	316	0	0	-
ZGV5	62	0	0	0	0	-
Overige zorgprofielen	0	0	0	0	0	-
Leveringsvorm onbekend (totaal)	749	244	31	31	53	-78%
VG7	650	244	31	31	39	-84%
GGZB7	0	0	0	0	14	-
Zorgprofiel onbekend	99	0	0	0	0	-
Overige zorgprofielen	0	0	0	0	0	-
Totaal	786.749	876.670	1.044.692	1.281.818	1.674.419	91%

EXTRA KOSTEN THUIS

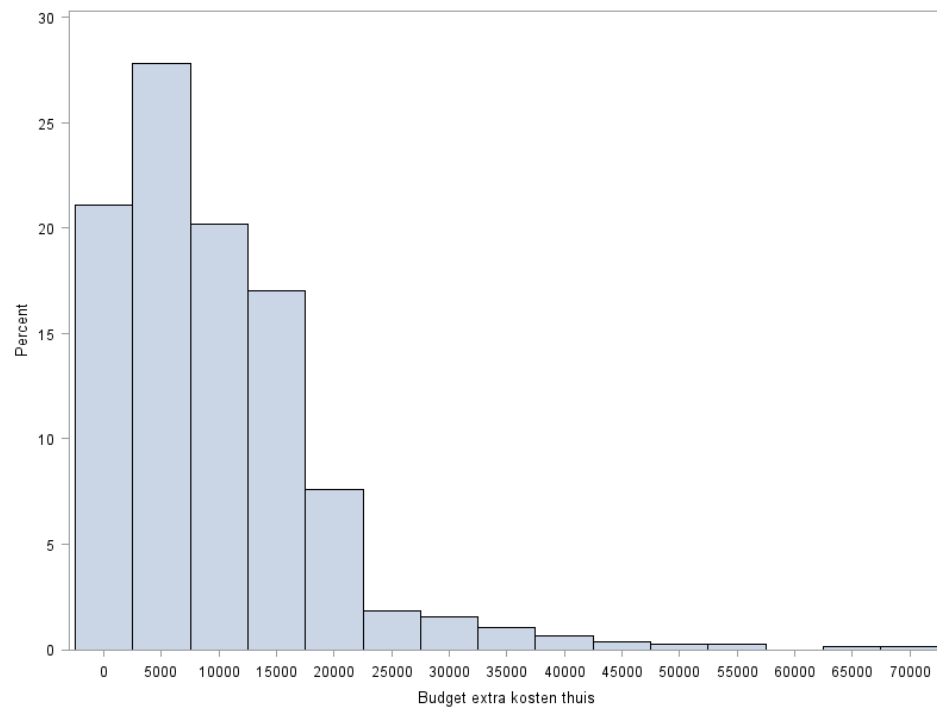
De resultaten van Extra Kosten Thuis (EKT) zijn gebaseerd op Wlz pgb-budgetten. In de Wlz-declaraties van zorg in natura wordt niet gespecificeerd naar EKT in de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt). Deze weergave van EKT beperkt zich daarom alleen tot de pgb-budgetten. Er wordt een overzicht gegeven van de lasten en het aantal gebruikers van EKT. De resultaten o.b.v. Wlz pgb-data moeten worden gezien als een indicatie, aangezien het niet om daadwerkelijke declaraties gaat, maar om toegekende budgetten voor een heel jaar. Daarbij is er uitgegaan van het geïndiceerde zorgprofiel dat bekend was op het moment van de budgetgoedkeuring. In de data van de pgb-budgetten kan vanaf 2016 onderscheid worden gemaakt naar een budget voor EKT. Als geen zorgprofiel bekend was, is dit aangegeven met de categorie '**zorgprofiel onbekend**'.

Over de jaren 2016-2019 stijgen de toegekende budgetten en het aantal cliënten dat aanspraak maakt op EKT in de leveringsvorm pgb. Deze stijging is te zien in de sector Verpleging en Verzorging en de sector Gehandicaptenzorg (zie tabellen 7, 8, 9 en 10).

Tabel 7 - Toegekende budgetten voor extra kosten thuis onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar sector

	2016	2017	2018	2019	Δ 2016-2019
Verpleging en Verzorging	€ 71.870	€ 90.839	€ 466.376	€ 2.474.632	3343%
Gehandicaptenzorg	€ 568.716	€ 1.876.701	€ 1.781.186	€ 4.849.631	753%

Figuur 4 - Spreiding van het toegekende budget voor extra kosten thuis in 2019, bij leveringsvorm PGB



Tabel 8 - Toegekende budgetten voor extra kosten thuis onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar zorgprofiel

	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
PGB (totaal)	€ 686.010	€ 2.031.162	€ 2.247.562	€ 7.380.520	976%
VV1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VV2	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VV3	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VV4	€ -	€ 2.706	€ 30.815	€ 319.920	-
VV5	€ -	€ 8.425	€ 206.135	€ 1.422.374	-
VV6	€ -	€ -	€ 88.805	€ 387.131	-
VV7	€ -	€ -	€ 37.699	€ 111.243	-
VV8	€ 27.928	€ -	€ 88.770	€ 233.448	736%
VV9	€ -	€ -	€ 1.663	€ 516	-
VV10	€ 43.942	€ 79.707	€ 12.489	€ -	-100%
LVG1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LVG2	€ -	€ 10.010	€ -	€ -	-
LVG3	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LVG4	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LVG5	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VG1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VG2	€ -	€ -	€ -	€ -	-
VG3	€ -	€ -	€ 10.848	€ 71.403	-
VG4	€ 14.196	€ 21.277	€ 36.892	€ 248.698	1652%
VG5	€ 80.341	€ 342.674	€ 281.812	€ 726.378	804%
VG6	€ 92.120	€ 423.757	€ 331.883	€ 818.584	789%
VG7	€ 110.760	€ 252.664	€ 226.138	€ 625.379	465%
VG8	€ 166.024	€ 518.577	€ 510.955	€ 1.141.949	588%
LG1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LG2	€ -	€ -	€ -	€ -	-

LG3	€ -	€ -	€ -	€ -	-
LG4	€ -	€ 5.058	€ 21.477	€ 134.088	-
LG5	€ 18.208	€ 101.546	€ 70.855	€ 222.942	1124%
LG6	€ 48.037	€ 118.181	€ 199.514	€ 569.050	1085%
LG7	€ 2.849	€ 51.399	€ 44.774	€ 192.748	6666%
LG8	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGA1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGA2	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGA3	€ 36.180	€ 31.558	€ 27.276	€ 28.266	-22%
ZGA4	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGV1	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGV2	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGV3	€ -	€ -	€ -	€ 28.029	-
ZGV4	€ -	€ -	€ -	€ -	-
ZGV5	€ -	€ -	€ 18.761	€ 42.116	-
Zorgprofiel onbekend	€ 45.424	€ 63.623	€ -	€ 56.257	24%

Tabel 9 - Aantal cliënten met een toegekend budget voor extra kosten thuis onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar sector

	2016	2017	2018	2019	$\Delta 2016$ - 2019
Verpleging en Verzorging	5	7	113	378	7460%
Gehandicaptenzorg	75	207	299	418	457%

Tabel 10 - Aantal cliënten met een toegekend budget voor extra kosten thuis onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar zorgprofiel

	2016	2017	2018	2019	$\Delta 2016$ - 2019
PGB (totaal)	85	217	412	807	849%
VV1	0	0	0	0	-
VV2	0	0	0	0	-
VV3	0	0	0	0	-
VV4	0	1	9	60	-
VV5	0	2	62	213	-
VV6	0	0	23	75	-
VV7	0	0	6	12	-
VV8	2	0	10	17	750%
VV9	0	0	1	1	-
VV10	3	4	2	0	-100%
LVG1	0	0	0	0	-
LVG2	0	1	0	0	-
LVG3	0	0	0	0	-
LVG4	0	0	0	0	-
LVG5	0	0	0	0	-
VG1	0	0	0	0	-
VG2	0	0	0	0	-
VG3	0	0	2	13	-

VG4	2	4	8	39	1850%
VG5	13	39	52	70	438%
VG6	15	51	68	75	400%
VG7	10	22	33	44	340%
VG8	23	62	76	81	252%
LG1	0	0	0	0	-
LG2	0	0	0	0	-
LG3	0	0	0	0	-
LG4	0	1	4	9	-
LG5	4	8	15	21	425%
LG6	5	12	30	42	740%
LG7	1	5	7	17	1600%
LG8	0	0	0	0	-
ZGA1	0	0	0	0	-
ZGA2	0	0	0	0	-
ZGA3	2	2	2	1	-50%
ZGA4	0	0	0	0	-
ZGV1	0	0	0	0	-
ZGV2	0	0	0	0	-
ZGV3	0	0	0	3	-
ZGV4	0	0	0	0	-
ZGV5	0	0	2	3	-
Zorgprofiel onbekend	5	3	0	11	120%

PERSOONLIJK ASSISTENTIE BUDGET

De resultaten van persoonlijk assistentie budget (pab) zijn gebaseerd op Wlz pgb-budgetten. Er wordt een overzicht gegeven van de lasten en het aantal gebruikers van pab. De resultaten o.b.v. Wlz pgb-data moeten worden gezien als een indicatie, aangezien het niet om daadwerkelijke declaraties gaat, maar om toegekende budgetten voor een heel jaar. Daarbij is uitgegaan van het geïndiceerde zorgprofiel dat bekend was op het moment van de budgetgoedkeuring. In de data van de pgb-budgetten kan vanaf 2016 onderscheid worden gemaakt naar een budget voor persoonlijke assistentie. Als geen zorgprofiel bekend was, is dit aangegeven met de categorie 'zorgprofiel onbekend'.

De lasten zijn uitgesplitst naar zorgprofielen, waarbij aanspraak kan worden gemaakt op pab. Als budget is toegekend voor persoonlijke assistentie onder zorgprofielen die hier geen aanspraak op kunnen maken, is dit weergegeven met de categorie 'overige zorgprofielen'.

Over de jaren 2016-2019 stijgen de toegekende budgetten en het aantal cliënten dat aanspraak maakt op een pab in de leveringsvorm pgb in de sector Verpleging en Verzorging en de sector Gehandicaptenzorg (zie tabellen 11, 12, 13 en 14).

Tabel 11 - Toegekende budgetten voor persoonlijke assistentie onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar sector*

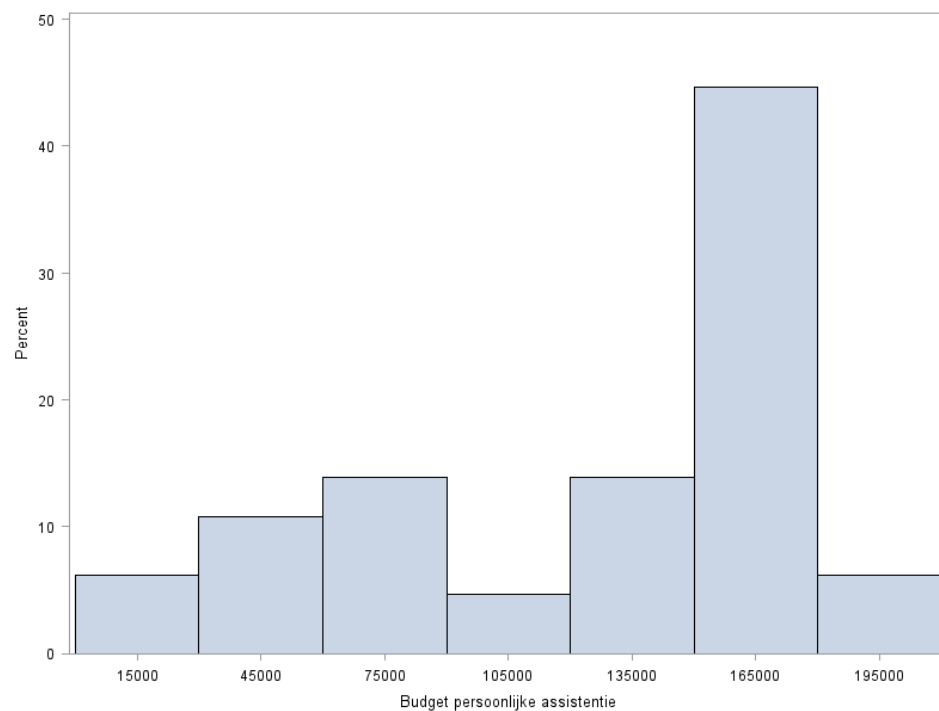
	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
Verpleging en Verzorging	€ 85.359	€ 197.623	€ 553.827	€ 1.133.645	1228%
Gehandicaptenzorg	€ 3.116.570	€ 4.120.473	€ 6.176.557	€ 6.955.249	123%

*Hierin zijn alleen de zorgprofielen meegenomen waarmee aanspraak kan worden gemaakt op persoonlijk assistentie budget.

Tabel 12 - Toegekende budgetten voor persoonlijke assistentie onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar zorgprofiel

	2016	2017	2018	2019	Δ2016-2019
Totaal	€ 3.253.701	€ 4.466.006	€ 6.765.581	€ 8.093.089	149%
VV7	€ -	€ -	€ 1.740	€ -	-
VV8	€ 85.359	€ 197.623	€ 552.087	€ 1.133.645	1228%
LG5	€ 2.261.831	€ 3.171.204	€ 4.794.195	€ 5.432.558	140%
LG6	€ -	€ 642.180	€ 1.116.649	€ 843.335	-
LG7	€ 854.739	€ 307.089	€ 265.713	€ 679.355	-21%
Zorgprofiel onbekend	€ 9.980	€ -	€ -	€ -	-100%
Overige zorgprofielen	€ 41.793	€ 147.909	€ 35.197	€ 4.195	-90%

Figuur 5 - Spreiding van het toegekende budget voor persoonlijke assistentie in 2019, bij leveringsvorm PGB



Tabel 13 - Aantal cliënten met een toegekend budget voor persoonlijke assistentie onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar sector*

	2016	2017	2018	2019	Δ 2016-2019
Verpleging en Verzorging	3	3	8	12	300%
Gehandicaptenzorg	29	33	60	55	90%

*Hierin zijn alleen de zorgprofielen meegenomen waarmee aanspraak kan worden gemaakt op persoonlijk assistentie budget.

Tabel 14 - Aantal cliënten met een toegekend budget voor persoonlijke assistentie onder leveringsvorm PGB, verdeeld naar zorgprofiel

	2016	2017	2018	2019	Δ2016- 2019
PGB (totaal)	85	217	412	807	849%
VV1	0	0	0	0	-
VV2	0	0	0	0	-
VV3	0	0	0	0	-
VV4	0	1	9	60	-
VV5	0	2	62	213	-
VV6	0	0	23	75	-
VV7	0	0	6	12	-
VV8	2	0	10	17	750%
VV9	0	0	1	1	-
VV10	3	4	2	0	-100%
LVG1	0	0	0	0	-
LVG2	0	1	0	0	-
LVG3	0	0	0	0	-
LVG4	0	0	0	0	-
LVG5	0	0	0	0	-
VG1	0	0	0	0	-
VG2	0	0	0	0	-
VG3	0	0	2	13	-
VG4	2	4	8	39	1850%
VG5	13	39	52	70	438%
VG6	15	51	68	75	400%
VG7	10	22	33	44	340%
VG8	23	62	76	81	252%
LG1	0	0	0	0	-
LG2	0	0	0	0	-

LG3	0	0	0	0	-
LG4	0	1	4	9	-
LG5	4	8	15	21	425%
LG6	5	12	30	42	740%
LG7	1	5	7	17	1600%
LG8	0	0	0	0	-
ZGA1	0	0	0	0	-
ZGA2	0	0	0	0	-
ZGA3	2	2	2	1	-50%
ZGA4	0	0	0	0	-
ZGV1	0	0	0	0	-
ZGV2	0	0	0	0	-
ZGV3	0	0	0	3	-
ZGV4	0	0	0	0	-
ZGV5	0	0	2	3	-
Zorgprofiel onbekend	5	3	0	11	120%

Bijlage 3: de principes van passende zorg

Uit: *Advies Samenwerken aan passende zorg, de toekomst is nú.*

Principe 1: passende zorg is waardegedreven

Hiermee doelen we op:

- Voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs. Om dit inzichtelijk te krijgen moeten we kijken naar uitkomsten van de zorg en de kosten. Dit vereist een goed gesprek, om helder te krijgen wat de relevante uitkomsten zijn voor de patiënt (zie ook Samen beslissen bij het volgende principe) én dat structureel wordt gemeten wat de resultaten zijn van een behandeling.
- Effectiviteit op basis van de stand van de wetenschap en praktijk (SW&P). Als voldoende bewijs voor de effectiviteit van geagendeerde interventies ontbreekt, dan moet binnen een bepaalde termijn bewijs van de effectiviteit worden opgebouwd. Bewezen niet-effectieve zorg moet verdwijnen.
- Doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen. Gezondheidswinst moet in verhouding worden gezien met de kosten van een behandeling, maar ook met andere impact, zoals het beslag op medisch personeel (denk aan het grote tekort aan verpleegkundigen), de impact op het dagelijks leven van de patiënt of mantelzorger (de mogelijkheid om te werken, de reistijd naar een fysiek consult) en het gebruik van materialen, inclusief de milieu-impact daarvan: in de Green Deal Zorg wordt gewerkt aan het verminderen van afval en uitstoot in de zorg. Het voorkomen van zorg bespaart kosten, tijd en inzet van mensen en is beter voor het milieu.

Principe 2: passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand

Hiermee doelen we op:

- Samen beslissen met proactieve zorgplanning, waarbij de functioneringsvraag van de patiënt nu en op de lange(re) termijn centraal staat. De persoon met een (in eerste instantie) op gezondheidszorg gerichte vraag staat in het proces en de organisatie van zorg centraal. Twee mensen met medisch gezien dezelfde aandoening kunnen een andere hulpvraag hebben, die tot verschillende behandeling kan leiden. Wat voor iemand passende zorg is, wordt daarom in een proces van Samen beslissen verkend en bepaald.
- In onze visie krijgt de zorgverlener in het proces van Samen beslissen meer houvast om het belang van passende zorg beter in de gezamenlijke beslissing tot uiting te laten komen, bijvoorbeeld in situaties waarin een patiënt om niet-passende zorg vraagt. Zo zien we in de palliatieve zorg dat patiënten regelmatig spoedeisende zorg ontvangen in de laatste levensfase, terwijl uit onderzoek is gebleken dat dit niet bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven.
- Meenemen van de sociale context van de patiënt. Deze sociale context bestaat uit naasten en de gemeenschap rondom de patiënt. Netwerken rondom de patiënt, bestaande uit gezondheidszorg, informele zorg en maatschappelijke ondersteuning kunnen zorgen voor meer passende zorg en betere continuïteit.
- Multidisciplinair kijken naar de functioneringsvraag. De afstemming tussen en het betrekken van verschillende medische disciplines kan veel waarde toevoegen aan het begrijpen van de functioneringsvraag en medische toestand van de patiënt. Naast doorverwijzingen zien we steeds meer intercollegiale consulten, keten- en netwerkzorg en bijvoorbeeld het betrekken van geriateren of specialisten ouderengeneeskunde waar de situatie dat vraagt. Daarnaast is de onderlinge afstemming tussen de domeinen essentieel. Specialistische GGZ en het sociaal domein zijn bijvoorbeeld nauw verweven, omdat we weten dat de inzet in het sociaal domein (schuldhelpverlening, begeleiding naar werk) aantoonbaar bijdraagt aan – of zelfs randvoorwaardelijk is voor – een positieve uitkomst in de GGZ. Ook de afstemming tussen Zvw- en Wlz-zorg is van belang voor mensen met multiproblematiek.

Principe 3: passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek

De beweging 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) kent drie pijlers, te weten voorkomen, verplaatsen en vervangen:

- onnodig dure of overbodige zorg voorkomen;
- de zorg verplaatsen naar dichterbij mensen thuis, in hun eigen vertrouwde leefomgeving, dichtbij als het kan en verder weg als het moet;
- zorg vervangen door nieuwe en andere slimme vormen van zorg, zoals e-health, domotica of sociaal en maatschappelijk werk.

Zorgen dat mensen de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen vraagt om durf, inzet én de wil om nieuwe werkwijzen uit te denken en door te voeren. Op veel plekken in Nederland wordt al aan verschillende initiatieven gewerkt, die het bieden van samenhangende en passende zorg en ondersteuning tot doel hebben. Uitgangspunt is dat de ondersteuning en zorg passen bij wat mensen nodig hebben en waaraan zij behoefte hebben. Maar uitgangspunt hierbij is ook dat de zorg en ondersteuning passen bij wat mensen vanuit sociaal, psychisch en lichamelijk perspectief (nog) zelf kunnen en (weer) zelf willen. Bijvoorbeeld het standaard betrekken van een geriater bij patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur.

Principe 4: passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte

De voormalige Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ, nu RVS) bracht in 2010 een discussienota uit met de titel *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Zij introduceerden hiermee 'van zorg en ziekte (zz) naar gezondheid en gedrag (gg)' en schreven daarbij: "De zz-aanpak past niet meer bij de zorgvrager van de komende tien jaar. Mensen kloppen niet in de eerste plaats aan om zorg bij ziekte. Zij willen gezond blijven. Zij willen meedoen in de samenleving. Dat betekent een ander aanbod." De focus ligt hier op eigen regie en we zien grote raakvlakken met het begrip positieve gezondheid. We splitsen dit principe uit naar drie onderdelen:

- Gezonde bevolking - *health in all policies*. Health in all policies is een framework van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om in al het overheidsbeleid in te zetten op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Voorbeelden hiervan zijn overheidsbreed beleid om roken terug te dringen of zorgen voor toegang tot gezonde voeding.
- Positieve gezondheid - focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren. Positieve gezondheid is een bredere benadering, waarbinnen wordt gekeken naar het vermogen van mensen om te gaan met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven en daarbij zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Deze brede benadering vindt nu al zijn plek in de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*, maar kan bij alle actoren verder worden doorgevoerd.
- Preventie om ziekte en zwaardere zorg te voorkomen. Het is belangrijk dat de gezondheidszorg zich nog meer gaat richten op de bevordering van gezondheid, het voorkomen van ziekte en het voorkomen van complicaties of verergering van ziekte. En daarmee ook het voorkomen van toekomstige zorgvraag.

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht: 8 april 2021

Betreft: Reactie Per Saldo consultatie 'Van meerzorg naar passende zorg'

Beste meneer H.,

U stuurde ons de consultatieversie van het document over het signalement van meerzorg naar passende zorg. Dit is onze reactie.

Verschil pgb en zorg in natura

Opvallend is dat uit de cijfers uit de bijlage van het document blijkt dat de toename van meerzorg bij het persoonsgebonden budget (hierna: pgb) heel erg meevalt (in tegenstelling tot bij zorg en natura (hierna: ZIN))¹. Het is het daarom ook belangrijk om het verschil tussen ZIN en pgb voor ogen te houden. Zorg thuis is simpelweg niet hetzelfde als zorg in een instelling. In een instelling (collectief) kun je met minder geld, meer doen dan voor een individu in de thuissituatie.

Een groot deel van de zorgvragers past wel in het zorgprofiel, wij hebben het nu over de mensen voor wie het zorgprofiel niet passend is.

In het onderzoek van Elffers etc. (zie bijlage) is al aangegeven dat de diversiteit van de wlz-populatie groot is.² De invoering van de zorgprofielen voor ZIN is wellicht een stap vooruit geweest, maar voor het pgb bleek dit niet het geval. In de overgang van uren maal tarief, naar functies en klassen en tot slot naar zorgprofielen is het voor pgb steeds een stap achteruit geweest. **De zorgvraag werd niet meer op maat bepaald, maar er kwam een 'best passend' zorgprofiel.**

De zorgprofielen zijn ingesteld voor de zorginstellingen. Daar was het zo dat het aantal bedden de hoeveelheid geld bepaalde, daar moest meer in gedifferentieerd worden. Voor de zorg thuis

¹ In de VV een toename van 118% bij pgb en een toename van 1148% bij ZIN. In de VG een afname van 18% bij pgb en een toename van 93% bij ZIN.

² Er zijn bijna 300.000 personen met een Wlz-indicatie. Zij vertonen een grote onderlinge diversiteit in problematiek, behoeften en omstandigheden. Het is de vraag of deze diversiteit adequaat gevangen kan worden in de ongeveer 40 zorgprofielen die er zijn. Wanneer al op het niveau van de indicatie(stelling) de profielen meer op maat gesneden kunnen worden, kan dit niet alleen tot meer passende zorg (en dus een kwaliteit van leven) leiden, maar ook tot meer doelmatige zorg en dus een daling van de maatschappelijke kosten.



werd de zorgvraag wel specifiek in kaart gebracht. Deze twee zijn onder één regime gebracht. Het regime van de zorgprofielen. Individuele hulpvragen werden dus vertaald in een collectief, voor thuis en daar is het verkeerd gegaan. Voor collectieve zorg kun je de zorg van verschillende mensen met elkaar middelen. Bij pgb kan dat niet omdat het één op één zorg is. Niet iedereen kan collectief wonen, niet voor iedereen is wonen in een instelling geschikt. Maatwerk moet dus te allen tijde mogelijk zijn.

Maatwerkindicatie

Momenteel zijn de zorgprofielen niet op maat. Het is een 'best passend' profiel. Wij willen een indicatie op maat; uniforme indicatiestelling. Indicatiestelling door één organisatie past hierbij. Deze organisatie moet voldoende kennis van zaken hebben. Wij vinden dan ook dat de indicatiestelling voor de Wlz bij één organisatie moet liggen. Niet dat je voor de indicatie naar het CIZ moet en dat je daarna voor de aanvullende regelingen bij het zorgkantoor moet zijn. De doelmatigheidsafweging hoort wat ons betreft niet in dezelfde hand te liggen als het vaststellen van de zorgvraag, wat nu bij meerzorg wel het geval is. Daarbij komt dat de aanvullende regelingen (zoals meerzorg en EKT) ook veel administratieve lasten met zich meebrengen. In de periode van staatssecretaris Van Rijn heeft Per Saldo met CIZ en CCE al lobby gevoerd voor de maatwerkindicatie. Hierbij stelt het CIZ de volledige indicatie vast. Oud-staatssecretaris Van Rijn had toen al in een Kamerbrief laten weten dat hij met de maatwerkindicatie aan de slag wilde gaan. Met de komst van het nieuwe kabinet ging er helaas een streep door deze planning. Dit vinden wij een gemiste kans.

Daarbij komt dat wanneer de zorgkantoren de aanvragen voor meerzorg en EKT gaan beoordelen, zij allemaal de kennis en expertise van complexe zorgvragen in huis moeten hebben. Dit lijkt ons niet doelmatig. Wat ons betreft moet dit zo uniform mogelijk beoordeeld worden. In de AWBZ-periode had het CIZ allemaal gespecialiseerde teams voor specifieke hulpvragen. Dit werkte heel erg goed. Je kreeg toen een objectieve en passende indicatie (afgestemd op wat onder de AWBZ viel). Nu stelt het CIZ een niet altijd passend zorgprofiel vast en daarna moet een zorgkantoor, zonder de juiste kennis en kunde, het feitelijke maatwerkoordeel doen. Deze kennis en kunde is versnipperd, zeker als het gaat om de complexe zorgvragen.

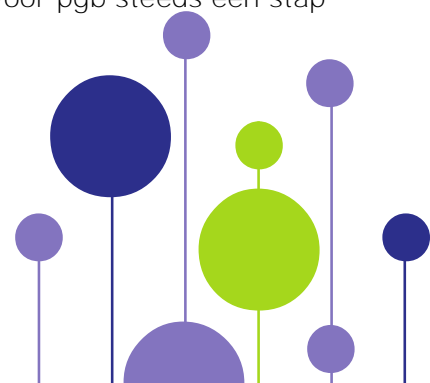
Wij vinden dat de optie van een maatwerkindicatie als serieuze optie meegenomen moet worden in deze notitie. Wij hebben hier al eerder met u over gesproken, maar zien helaas de maatwerkindicatie nog niet terugkomen en vragen daarom om dit alsnog op te nemen als oplossingsrichting.

In de bijlagen sturen wij onze gezamenlijke notitie met het CIZ en het CCE (bijlage 1) over dit onderwerp en de brief van oud-staatssecretaris Van Rijn over de maatwerkindicatie (bijlage 2) mee.

Consultatievragen

Herkent u de knelpunten die we signaleren?

De knelpunten die worden geschetst zijn voor ons heel herkenbaar. Wij zagen al heel snel deze problemen bij meerzorg ontstaan. Zoals reeds eerder aangegeven is in de overgang van uren maal tarief, naar functies en klassen en tot slot naar zorgprofielen het voor pgb steeds een stap



achteruit geweest. **De zorgvraag werd niet meer op maat bepaald, maar er kwam een 'best passend' zorgprofiel.** Voor ZIN is dat wellicht anders.

De vraag over wat nodig is aan zorg en de doelmatigheidsweging gaan niet goed samen en horen ons inziens dan ook niet allebei bij het zorgkantoor te liggen, wat nu wel het geval is.

Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?

De meerzorg-aanvraag is momenteel nog erg gericht op instellingen. Voor een individu is de aanvraag moeilijk te doen en wordt het ervaren als een zeer grote administratieve last.

Een hulpvraag is echt niet oneindig. De meeste mensen willen het liefst zo min mogelijk zorg. Werken met gemiddelden kan misschien wel in een instelling omdat je de zorg van verschillende mensen kan middelen, bij pgb kan dat niet. Je hebt of te veel of te weinig zorg in je zorgprofiel zitten (het is maar zelden precies pas). Wij vinden het ook gek dat je voor een individu niet op maat zou kunnen indiceren.

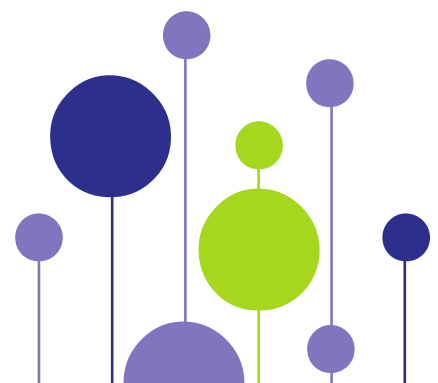
Je moet echt kundige indicatiestellers hebben voor het vaststellen van de juiste zorgbehoefte. Hierbij zou je een afwegingskader moeten hebben. Die zijn er momenteel niet meer (terwijl ze er in de AWBZ-periode wel waren). Laten we dus met elkaar toch eens terug kijken naar hoe we vroeger een indicatie stelde. Bovendien zouden de zorgprofielen ook nog eens bekeken moeten worden, deze zijn inmiddels verouderd.

Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

De verschillende zorgwetten moet in samenhang bekeken worden en zoveel mogelijk uniform toegepast worden. Hierbij is het belangrijk dat de best passende zorg voor een zorgvrager centraal moet staan (en niet de meest passende zorg voor een organisatie).

Daarnaast zouden we meer aandacht willen zien voor een onafhankelijk gestelde maatwerkindicatie. Het lijkt ons van zeer grote toegevoegde waarde wanneer de volledige indicatie in hand ligt van één onafhankelijke partij (in dit geval het CIZ). Zoals eerder aangegeven hoort de doelmatigheidsafweging wat ons betreft niet in dezelfde hand te liggen als het vaststellen van de zorgvraag, wat nu bij meerzorg wel het geval is. Per Saldo denkt hier graag in mee. Daarnaast lijkt het ons dus ook niet doelmatig dat ieder zorgkantoor kennis over complexe zorgvragen in huis moet hebben voor het beoordelen van de aanvragen van meerzorg en EKT.

Wij denken dat het belangrijk is dat er snel een duiding komt over de manier hoe toezicht moet worden meegenomen bij meerzorg en EKT. **Budgethouders krijgen nu nog te vaak te horen 'dat toezicht niet meegenomen kan worden in de meerzorg-aanvraag', terwijl dit in de vorm van begeleiding wel zou moeten kunnen.** Ook hier denkt Per Saldo graag mee.



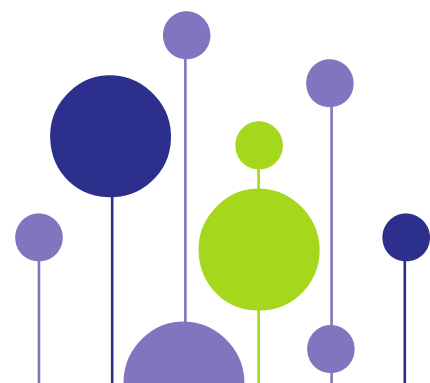
Tot slot

Heeft u naar aanleiding van deze brief nog nadere vragen dan kunt u contact opnemen met Aline Molenaar 06 29 06 67 71 of Kim Ross 06 52 59 35 99.

Wij horen graag van u.

Met vriendelijke groet,

Aline Molenaar
directeur Per Saldo



Indicatiestelling meerzorg

Inleiding

Aline Saers (Per Saldo), Daan Hoefsmit (CIZ) en Rieneke de Wit (CCE) steken op 21 juli de koppen bij elkaar om te onderzoeken welke afwegingen een rol spelen bij de uitvoering van de meerzorgregeling. We zijn op zoek naar een praktische oplossing voor de indicatiestelling voor meerzorg. Hieronder de uitkomsten van dit overleg, inclusief de onderliggende overwegingen. Een en ander is bedoeld als gezamenlijk advies aan Martijn Verbeek (VWS).

Integrale indicatiestelling voor pgb-houders

Aanleiding voor dit alles is de dringende wens van Per Saldo om voor pgb-houders een integrale indicatiestelling te regelen. Ook als er sprake is van meerzorg en ook als er sprake is van probleemgedrag. Bij de behandeling van de WLZ in de tweede kamer heeft dit geleid tot de keuze voor het 'CIZ-vinkje': als er aanleiding is om te veronderstellen dat er meerzorg nodig is, geeft het CIZ een signaal aan het zorgkantoor dat moet onderzoeken of er aanleiding is om een meerzorg procedure te starten. Of die meerzorg er dan ook daadwerkelijk komt, blijft het besluit van het zorgkantoor.

Per Saldo geeft aan dat dit een onwenselijke situatie is omdat budgethouders gebaat zijn met een integrale indicatiestelling aan het begin van het traject en daarvoor niet langs twee loketten zouden moeten. Ook hecht Per Saldo sterk aan indicatiestelling door een onafhankelijk orgaan. Bij Per Saldo leeft bovendien het beeld dat zorgkantoren op dit moment nog niet over de benodigde expertise beschikken om uitspraken over meerzorg te kunnen doen.

CIZ en CCE geven aan dat het 'vinkje' op uitvoeringsproblemen stuit als er sprake is van meerzorg en probleemgedrag. In lang niet alle gevallen waar sprake is van probleemgedrag is ook behoefte aan meerzorg. Het gezamenlijk oordeel is dat het onnodig veel extra werk met zich mee zou brengen om in alle gevallen waar probleemgedrag een rol speelt een CCE toetsing (of een daarmee vergelijkbare actie) uit te voeren. Er is echter geen valide instrument voor handen om zonder zo'n onderzoek vast te stellen of de complexiteit van de problematiek aanleiding geeft voor een meerzorgprocedure. Aline, Daan en Rieneke hebben als volgt geredeneerd.

Meerzorg-aanvragen waarbij probleemgedrag niet op de voorgrond staat

De huidige meerzorgprocedure is afgeleid van een regeling die aanvankelijk was ontworpen voor VG-cliënten met hardnekkige en extreme vormen van probleemgedrag. Inmiddels is de regelgeving geëvolueerd en voor een aanzienlijk bredere groep opengesteld. Als het probleemgedrag niet op de voorgrond staat kan de zorgbehoefte volledig door het CIZ in beeld gebracht worden. Dus als in zo'n situatie het best passende zpz onvoldoende de zorgvraag dekt, kan het CIZ direct met de eigen deskundigheid vaststellen hoeveel meerzorg aan de orde is en de totale zorgvraag vaststellen en in een indicatie verwoorden. Deze indicatie zal nog door het zorgkantoor beoordeeld dienen te worden op doelmatigheid.

NB: van oudsher geldt deze procedure ook als er wel sprake is van probleemgedrag maar niet van meerzorg. Daar is discussie over mogelijk, voorstel is echter dit gewoon zo te houden.

Een eigen benadering voor meerzorg bij probleemgedrag.

Als bij de meerzorgaanvraag het probleemgedrag – ook wel: ‘onbegrepen gedrag’ (VVT) of ‘ontwrichtend gedrag’ (GGZ) – op de voorgrond staat, is een eigen benadering aangewezen.

Dit op grond van de volgende overwegingen:

- Probleemgedrag is geen cliëntkenmerk maar het resultaat van een negatieve wisselwerking tussen een (kwetsbare) cliënt met en zijn omgeving. Het vaststellen en onderzoeken van deze wisselwerking vraagt bijzondere expertise, die bij het CCE voor handen is. De expertise van het CIZ is een andere.
- Er is sprake van een risicogroep. Ervaring leert dat de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving het risico in zich draagt te ontaarden in een negatieve spiraal en een meer beheersmatige benadering op de voorgrond komt te staan ten koste van de kwaliteit van bestaan van de cliënt. Doelstelling van de meerzorg is juist gelegen in de kwaliteit van bestaan. Onderzoek en advies van een externe deskundige partij draagt bij aan het voorkomen van een negatieve wisselwerking, sterker nog: biedt kansen voor positieve ontwikkeling die anders mogelijk worden gemist.
- Anders gezegd: waar indicatiestelling ‘normaal gesproken’ plaats vindt op basis van cliëntkenmerken (expertise CIZ), is bij de meer extreme vormen van probleemgedrag een meer dynamische – op preventie en ontwikkeling gerichte – benadering aangewezen. Dat is altijd de overweging geweest om bij probleemgedrag én een zodanige complexiteit dat de reguliere bekostigingscategorieën niet toereikend zijn het CCE te betrekken. Voorstel is om dat zo te houden.

Van belang te melden dat hier in de geest van het bovenstaande (voorkomen van terugval en bevorderen van ontwikkeling) een reeks veelbelovende proeftuinen in gang is gezet. In deze meerzorg-proeftuinen werken aanbieders, cliëntvertegenwoordigers, zorgkantoren en CCE binnen tevoren overeengekomen financiële kaders samen aan verbetering voor de cliënt. Het betreft hier een dynamische groepsgerichte benadering waarin het accent ligt op leren (door professionals) en optimaliseren (kwaliteit van bestaan voor de cliënt). Een en ander onder auspiciën van het periodiek overleg tussen ZN/zorgkantoren, VGN, VWS en CCE.

Onderscheid tussen meerzorg voor pgb-houders en zorg in natura

In de *uitvoering* van de meerzorgregeling kan onderscheid worden gemaakt tussen meerzorg bij voor pgb-houders en zorg in natura. Overweging is als volgt.

Voor de pgb-client is de relatie tussen passende zorg en het kunnen beschikken over de daarvoor benodigde middelen letterlijk één op één. Vandaar de wens van Per Saldo om voor de budgethouders van begin af aan te kunnen beschikken over een integrale indicatiestelling, ook als er sprake is van meerzorg. Dit kan zoals gezegd via het CIZ worden geregeld. Als er sprake is van meerzorg in relatie tot probleemgedrag schakelt het CIZ het CCE in. Wanneer aan bestaande afspraken en criteria (bijvoorbeeld betrokkenheid van een gedragskundige en de aanwezigheid van een zorgplan) wordt voldaan, kan onderzoek en advies plaats vinden binnen de bestaande context. Bij de vaststelling van de indicatie door het CIZ moet rekening gehouden worden met een periodieke

hertoetsing door het CCE en met de mogelijkheid dat de behoefte aan meerzorg in relatie tot probleemgedrag tijdelijk is of afneemt.

Als er sprake is van zorg in natura is het belang *voor de cliënt* om vooraf te weten of er wel of geen meerzorg-middelen beschikbaar zijn minder urgent. De verantwoordelijkheid voor het verwerven van de noodzakelijke middelen voor een passend zorgaanbod ligt dan immers bij de zorgaanbieder¹. Bij de combinatie meerzorg – zorg in natura – probleemgedrag verdient de huidige procedure via het zorgkantoor nadrukkelijk de voorkeur. Context en zorgplan – belangrijk voor onderzoek en advies bij probleemgedrag – zijn in principe pas bekend na opname, dus na de indicatiestelling. De route via het zorgkantoor laat bovendien ruimte voor de verdere ontwikkeling van een meer kwalitatieve benadering zoals hierboven beschreven.

In alle gevallen geldt nog de doelmatigheidstoets van het zorgkantoor.

Advies

Saers, Hoefsmit en De Wit adviseren dit gedachtegoed als uitgangspunt te nemen voor de oplossing van het vraagstuk hoe om te gaan met de indicatiestelling voor meerzorg.

Samenvattend:

- Uitgangspunt is dat het CIZ uitspraken doet over alle indicaties inclusief meerzorg.
- Van dat uitgangspunt wordt afgeweken bij de combinatie meerzorg– probleemgedrag – zorg in natura. Bij die combinatie verloopt de besluitvorming over meerzorg volgens de reeds bestaande route via het zorgkantoor en advisering door het CCE.
- Als er sprake is van de combinatie meerzorg – probleemgedrag – pgb wordt het CCE door het CIZ gevraagd vooraf te adviseren.
In het indicatiebesluit wordt rekening gehouden met periodieke hertoetsingen door het CCE én met de mogelijkheid dat de behoefte aan meerzorg in relatie tot probleemgedrag tijdelijk is of afneemt.
- In alle gevallen blijft het zorgkantoor verantwoordelijk voor de doelmatigheidstoets.

Utrecht, 14 augustus 2015

¹ Neemt niet weg dat ook de zorgaanbieder moet kunnen rekenen op snelle afhandeling van een eventuele meerzorg-aanvraag. Een en ander conform bestaande regelgeving.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Uw brief

-

Bijlage(n)

1

Datum 6 juli 2017
Betreft Diverse onderwerpen gehandicaptenzorg en maatwerk in
Wlz-zorg thuis

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Met deze brief informeer ik u over de uitvoering van de Kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg¹ die ik uw Kamer op 1 juli 2016 heb gestuurd. Tevens wordt van de gelegenheid gebruik gemaakt om u, conform mijn toezeggingen tijdens het AO gehandicaptenbeleid van 31 mei 2017, te informeren over de stand van zaken van een drietal onderwerpen. Ten eerste betreft dit de op te richten werkgroep naar aanleiding van de door de stichting 2CU opgeworpen knelpunten, waarbij het actieplan van de ouders zal worden betrokken. Ten tweede gaat het om de stand van zaken van de zogenaamde MEE-lijst. Ten derde ga ik onderstaand in op het maatwerkprofiel en een mogelijke wetswijziging. Ten slotte stuur ik u hierbij de door de IGZ opgestelde factsheet over zorg aan mensen met ernstig meervoudige beperkingen (EMB).

1. Kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg

De uitvoering van de kwaliteitsagenda heeft begin 2017 goed vorm gekregen en de meeste acties, waarbij het vaak gaat om meerjarige trajecten, zijn inmiddels gestart. Vanwege de omvang en reikwijdte van de acties in de kwaliteitsagenda en onderlinge samenhang, heeft dit meer tijd gekost dan verwacht. Er ligt nu een goede basis, waarmee ook ingespeeld kan worden op ontwikkelingen in de sector. Dat is een grote verdienste van de partijen die betrokken zijn bij de kwaliteitsagenda.

Deze kwaliteitsagenda sluit aan op de al ingezette brede beweging in de sector om de zorg aan te passen aan de cliënt en niet andersom. Vertegenwoordigers van Ieder(in), MEE Nederland, LSR, LFB, KansPlus, V&VN, NVAVG, VGN, Zorginstituut Nederland en de IGZ hebben samen de handschoenen opgepakt om de uitvoering van de agenda in goede banen te leiden. Zij nemen samen met VWS deel aan de

¹ "Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg". TK 2015 – 2016, 24 170, nr. 152.

Coalitie Kwaliteitsagenda Gehandicaptenzorg. Zij bewaken samen de inhoudelijke koers van het programma en dragen zorg voor het realiseren van de doelstellingen.

De acties in de kwaliteitsagenda raken de kern van kwaliteitsverbetering in de gehandicaptenzorg. De ingeslagen weg biedt voor de komende jaren voldoende mogelijkheden voor verdere kwaliteitsverbetering en het leggen van verbindingen met uitkomsten van de trajecten rondom de aanpak kinderen met ZEMVB en de MEE-lijst.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Ik heb er vertrouwen in dat met de gekozen aanpak, de energie en ambitie van alle betrokkenen een stevige impuls gegeven wordt aan het voortdurende proces van kwaliteitsverbetering. U zult in het voorjaar 2018 opnieuw geïnformeerd worden over de voortgang.

Zichtbaar maken

Sinds verzending van de brief op 1 juli 2016 is het besef gegroeid dat alle doelstellingen nauw verweven zijn met uitwisseling van verhalen, ervaringen en kennis in de "driehoek" van cliënten, verwanten en professionals. Op 1 juli 2017 zal een website gelanceerd worden, die in de maanden daarna verder gevuld zal worden. Doel hiervan is om de acties uit de kwaliteitsagenda meer zichtbaar te maken en deze te verbinden met de vele verhalen en ervaringen van cliënten, hun verwanten en professionals. Op deze wijze zal een platform ontstaan waar alle betrokkenen (cliënten, verwanten, professionals, zorgaanbieders) informatie kunnen vinden en brengen.

Het platform zal ook verbindingen leggen met andere initiatieven zoals het Nationaal Programma Gewoon Bijzonder, het kwaliteitskader voor de Wlz-gehandicaptenzorg en met relevante **programma's van het Zorginstituut Nederland** en ZonMW.

Onderzoeken

Er wordt momenteel onderzoek uitgevoerd naar:

- ervaren cliëntafhankelijkheid. De Universiteit voor Humanistiek voert een kwalitatief onderzoek uit naar ervaren afhankelijkheden, groot en klein, formeel en informeel, die een negatieve impact hebben op de kwaliteit van bestaan, eigen regie en zeggenschap van cliënten. Eind 2017 wordt het onderzoek afgerond.
- inzicht in ervaringen van cliënten binnen de gehandicaptenzorg. Het onderzoek zal na de zomer starten.

Richtlijnontwikkeling

Er is een **kwartiermaker 'Richtlijnen VG'** aangesteld, **vooralnog bij de Erasmus Universiteit**, die in samenwerking met diverse organisaties (beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, brancheorganisatie VGN) gestart is met het aanleggen van een duurzame infrastructuur voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling binnen de gehandicaptenzorg. De ontwikkeling van een richtlijn voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen en visuele aandoeningen/beperkingen (afronding medio 2019) is inmiddels gestart. De voorbereidingen om te komen tot een richtlijn voor zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen en motorische aandoeningen zijn gestart.

Congres cliëntenraad en platform collectieve zeggenschap

Op 9 december 2016 heeft het **congres 'Cliëntenraad: Inspraak in kwaliteit'** plaatsgevonden. Het congres heeft bijgedragen aan een verdere bewustwording

bij cliëntenraden van wat ze kunnen betekenen op het thema 'kwaliteit'. In december 2017 zal wederom een congres voor cliëntenraden worden georganiseerd. Dan zullen naast cliëntenraden en familieverenigingen ook functionarissen medezeggenschap en ondersteuners van cliëntenraden worden uitgenodigd.

Kenmerk
1140864-164386-LZ

Digitaal kennisplatform collectieve medezeggenschap

Mensen met een beperking en hun ouders/verwanten worden versterkt in hun rollen aanzien van collectieve medezeggenschap met een digitaal kennisplatform.

Om informatie en ervaringskennis rondom het thema 'collectieve medezeggenschap' te verzamelen, bundelen, objectiveren en te ontsluiten komt er in de tweede helft van 2017 een landelijk digitaal platform beschikbaar waar cliëntenraden, verwantenraden en familieverenigingen met en van elkaar kunnen leren. Daarbij wordt ook verbinding gelegd met de website van de Kwaliteitsagenda.

Voorlichtingsbijeenkomsten, workshops en trainingen

In het schooljaar 2017/2018 worden voor ouders en verwanten met kinderen met Wlz-zorg op scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen en kinderdagcentra 40 voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten wordt voorlichting gegeven over thema's die vaak aan de orde zijn in de organisatie van zorg en ondersteuning. Ook wordt door cliëntenorganisaties gewerkt aan aanbevelingen voor instellingen en opleidingen om personeel, cliënten en verwanten te scholen in het voeren van het juiste (gelijkwaardige) gesprek over de invulling van passende zorg.

In goede afstemming met onder andere het CCE zijn cliëntenorganisaties gestart met het organiseren van workshops en trainingen die gericht zijn op bewustwording en deskundigheidsbevordering rond het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In het voorgenomen aanbod wordt de dialoog tussen cliënt, cliëntvertegenwoordiger en zorgprofessional rondom dit thema gestimuleerd door hen samen te brengen in workshops en trainingen.

Publieksinformatie

Cliëntenorganisaties passen de vragen aan die ten behoeve van Zorgkaart Nederland worden gesteld aan cliënten en familieleden over hun ervaringen, zodat de vragen herkenbaar zijn voor de Wlz-gehandicaptenzorg.

Investeren in Kennis en Opleiden

Om te blijven aansluiten bij wat de cliënt nodig heeft, is het van belang dat er voortdurend geïnvesteerd wordt in opleidingen en kennisontwikkeling, -deling en -toepassing. **Onder de noemer 'opleiden voor de toekomst/kennis beter verspreiden' wordt momenteel gewerkt aan het versneld ontwikkelen van kennisbundels die nodig zijn om de aansluiting met het werk in de gehandicaptenzorg te versterken, vooral op het gebied van cliënten met een bijzondere zorgvraag.**

Tevens wordt ingezet om de expertise van de gehandicaptenzorg te borgen in de ontwikkelingen van de landelijke beroepenstructuur voor zorg en welzijn. Er worden ontmoetingen georganiseerd om de verbinding tussen praktijk – onderwijs - wetenschap te versterken met als doel te komen tot een gezamenlijke werkagenda. En er vinden activiteiten plaats met betrekking tot het doorontwikkelen van leereenheden die behulpzaam zijn om het werken met keuzedelen in het mbo en minoren in hbo te bevorderen.

Er vindt voortdurend afstemming plaats met de activiteiten uit het Nationaal Programma Gehandicapten Gewoon Bijzonder, dat een looptijd kent tot en met 2021.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Kwaliteitskader

Er is nu veel aandacht voor de implementatie van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg bij zowel aanbieders als cliëntenraden. In de vorm van bijeenkomsten en werksessies maken aanbieders zich het kwaliteitskader eigen. Hierbij is specifieke aandacht voor reflectie, het opleveren van een kwaliteitsrapport en de externe visitatie met als doel het leren en verbeteren te stimuleren.

2. Factsheet IGZ 'Ga voor goede zorg aan mensen met EMB: het kán!'

Goede zorg is voor ieder mens met een beperking van groot belang. Zeker voor mensen met een ernstig meervoudige beperking (EMB) die hun leven lang, elk moment van de dag, afhankelijk zijn van anderen. Zij mogen verwachten dat een instelling hen goede zorg biedt. In 2016 toetste de IGZ bij acht instellingen met een EMB-afdeling of de zorg voor mensen met EMB van goede kwaliteit is.

De resultaten van dit onderzoek treft u aan in de meegestuurde **factsheet 'Ga voor goede zorg aan mensen met EMB: het kán!'**. De instellingsrapportages kunt u vinden op de website van de IGZ (<http://www.igz.nl/factsheet-emb>).

De IGZ heeft onderzocht waaraan goede zorg aan mensen met EMB moet voldoen en constateert dat het mogelijk is om dit in de praktijk te realiseren. De inspectie verwacht daarom bij alle instellingen met cliënten met EMB zeven kernpunten van goede zorg terug te zien. Dit is nu nog niet altijd het geval. De inspectie verwacht daarom dat instellingen in de sector van elkaar gaan leren om samen de zorg voor cliënten met EMB te verbeteren.

Een belangrijk aspect hiervan is de speciale kennis en vaardigheden van medewerkers om in te kunnen spelen op de diverse problemen waar mensen met een beperking mee te maken krijgen. Dit sluit aan bij de acties van de kwaliteitsagenda, specifiek als het gaat om cliënten met een bijzondere zorgvraag en de deskundigheid die voor deze zorg nodig is.

3. Kinderen met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking (ZEMVB)

Mijn inzet is er op gericht dat iedereen de zorg en ondersteuning krijgt die nodig is. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de opstellers van het Pamflet "***Ook ZEVMVB hebben recht op een 'goed leven'***". Het gaat hier om kinderen met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking (ZEVMVB) die een bijzondere zorgbehoefte hebben. Uit die gesprekken blijkt dat de problematiek rondom de zorg voor kinderen met ZEVMVB zeer complex is en lastig te doorgronden. De norm is dat deze kinderen en hun gezin de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, hoe complex ook. Tot voor kort ontbrak een duidelijke omschrijving en het is dan ook onbekend om hoeveel mensen het gaat en hoe en welke zorg zij afnemen.

De komst van een ZEVMB-kind heeft verstrekkende gevolgen voor een gezin. De 7*24 uur levensbrede en levenslange zorg is bijvoorbeeld moeilijk te combineren met werk en de zorg voor broertjes en zusjes. Om de problemen op een passende wijze op te lossen is het nodig de problematiek in kaart te brengen, partijen met elkaar te verbinden en daarbij alle beleidsvelden te betrekken. Zoals gezegd in het debat op 31 mei 2017 wordt hiervoor een werkgroep gestart onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Ik heb dhr. Ton Heerts bereid gevonden het voorzitterschap op zich te nemen. Inmiddels wordt samen met de ouders die het pamflet hebben geschreven de aanpak geformuleerd.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

De aanpak gaat uit van twee sporen:

1. individuele knelpunten worden geïnventariseerd en daar waar mogelijk opgelost (vergelijkbaar aan de aanpak bij de praktijkteams);
2. regionaal en landelijk wordt geborgd dat kinderen en gezinnen de zorg en ondersteuning krijgen die nodig is, nu en in de toekomst **(vergelijkbaar aan de aanpak "Vanuit Autisme Bekeken")**.

In de genoemde werkgroep zitten (ervarings)deskundigen, wetenschappers en zorgbestuurders. Om voldoende resultaten te kunnen behalen, zal de werkgroep gedurende vooralsnog twee jaar gedegen maar vooral ook praktisch aan de slag gaan met onderstaande punten:

Definitie en afbakening

Het is belangrijk dat er een duidelijke definitie en afbakening komt van de groep ZEVMB. Dat leidt ertoe dat ZEVMB kinderen eerder herkend en erkend worden. Op 23 juni jl. heeft het EMB Research Center van de afdeling Orthopedagogiek van de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen een position paper over de groep kinderen en volwassenen met ZEVMB aan mij aangeboden. Hierin wordt deze groep gedefinieerd en onderscheiden als aparte subgroep binnen de groep mensen met een EMB. Bij ZEVMB is de ernst van de verstandelijke beperking zodanig dat het Intelligentie Quotiënt niet betrouwbaar te meten is. Daarnaast bestaan er (zeer) ernstige motorische beperkingen. De combinatie van de beperkingen is zo ernstig dat deze mensen vanuit zichzelf geen tot minimale mogelijkheden hebben: zij hebben hiervoor anderen nodig.

De position paper en de daarin opgenomen definitie van ZEVMB vormen het startpunt van het programma. Als eerstvolgende stap wordt kwantitatieve informatie verzameld over de omvang en de samenstelling van de groep. Ook zal onderzoek worden gedaan naar de reeds aanwezige kennis over deze specifieke groep en de toepasbaarheid van deze kennis in de praktijk.

Inventarisatie van behoeften en knelpunten

Op basis van bovengenoemde definitie wordt - vanuit het perspectief van mensen en gezinnen met een ZEVMB kind - gekeken naar de behoeften en knelpunten in de zorg en ondersteuning. Het plan is om regionaal vier of vijf casussen te onderzoeken (totaal ongeveer 30). Wat is er nodig, wat gaat goed, wat moet beter, etc. Alle aspecten worden meegenomen, zoals het aanbod, de expertise van hulpverleners, de samenwerking tussen partijen, de rol van cliëntondersteuning, informatiebehoeften etc.

Implementatie van verbeteringen

Op basis van inventarisatie zal worden gezien waar aanpassing van het beleid noodzakelijk is. Knelpunten of mogelijkheden die liggen op het beleidsterrein van andere bewindspersonen zullen door de werkgroep eveneens worden meegenomen.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Individuele knelpunten

Naast de algemene inventarisatie van behoeften en knelpunten ondersteunt de werkgroep bij het oplossen van individuele casuïstiek in de regio. Dit geldt zowel voor de 30 onderzochte casussen als voor andere mensen en gezinnen met een ZEVMB kind. Inmiddels is een start gemaakt met de ondersteuning bij individuele casuïstiek. Er heeft een gesprek plaatsgevonden met een gezin dat recent een kind met ZEVMB heeft gekregen. Het is zeer te waarderen dat mensen in deze moeilijke situatie een inkijk geven in datgene waarmee het gezin geconfronteerd wordt. Afsproken is dat dit gezin bijgestaan wordt in haar zoektocht naar het goed organiseren van de zorg en het draaiende houden van het gezin. Daarnaast geeft de situatie in dit gezin goed zicht op de zorg en ondersteuningsbehoefte vanaf het begin en kan het als pilot dienen voor de verdere aanpak.

Bij gelegenheid van de voortgangsrapportage kwaliteit gehandicaptenzorg zal de Kamer over de voortgang van de aanpak rond ZEVMB-kinderen worden geïnformeerd.

4. MEE-lijst

In december 2016 heeft MEE een lijst opgesteld met - op dat moment - 126 Wlz-cliënten met een complexe zorgvraag waar problemen speelden met betrekking tot passende zorg.

Op regionaal niveau hebben zorgkantoren gekeken welke door MEE geïnventariseerde cliënten onder hun verantwoordelijkheid vallen. Vervolgens is per zorgkantoor, samen met de regionale MEE-vertegenwoordigers, voor deze cliënten nagegaan wat hun persoonlijke situatie was. De meeste cliënten ontvangen weliswaar een vorm van zorg, maar verblijven niet altijd op een passende plaats en krijgen niet altijd de (volledig) passende zorg.

De zorgkantoren zijn actief met de 126 Wlz-cliënten aan de slag gegaan om te zorgen dat zoveel mogelijk mensen zo snel mogelijk de voor hen passende zorg ontvangen. De redenen waarom mensen op de lijst voorkomen verschillen. Een aantal cliënten ontving binnen de Wlz geen passende zorg, sommigen hadden zich ingeschreven voor een nieuwbouwproject bij een zorginstelling, enkelen verbleven thuis en weer anderen ontvingen zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (bijv. ggz-zorg). Ook zien we dat er voor deze groep niet altijd voldoende passende huisvesting is en dat vacatures voor gespecialiseerd personeel moeilijk in te vullen zijn, waardoor niet in elk geval een passende oplossing op korte termijn kan worden gerealiseerd.

Alle betrokkenen zijn het erover eens dat de focus van de regionale aanpak breder moet zijn dan de oorspronkelijke 126 Wlz-cliënten. Ook met andere cliënten voor wie nu bekend is dat ze geen (volledig) passende zorg ontvangen, of niet op een passende plek verblijven, gaan de zorgkantoren actief aan de slag.

In alle gevallen waarin de cliënt nog geen passende zorg ontvangt, wordt door de zorgkantoren samen met de cliënt gekeken hoe de wachtperiode zo passend mogelijk kan worden ingevuld. De mensen die nog niet de (volledig) passende zorg krijgen en/of nog niet op een passende plaats verblijven, worden door de zorgkantoren en MEE actief gemonitord.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Om structurele verbeteringen te bevorderen, is een landelijke tafel ingesteld om te bespreken hoe regionaal gesignaleerde knelpunten, zoals gebrek aan huisvesting en voldoende gekwalificeerd personeel, structureel kunnen worden aangepakt. Goede voorbeelden kunnen hier ook worden gedeeld zodat ze kunnen worden toegepast in de regio. In dit kader is er op 7 juni 2017 een landelijke bijeenkomst geweest en zal in de toekomst periodiek landelijk bijeen gekomen worden om de voortgang te bewaken.

Om te zorgen dat in de toekomst tijdig passende zorg structureel gerealiseerd wordt voor alle mensen met een Wlz-indicatie, heeft de NZa de zorgkantoren opgedragen om voor 1 juni 2017 met verbeterplannen te komen aangaande hun zorgplicht. De NZa toetst of het aannemelijk is dat met de voorgestelde acties het zorgkantoor tijdig een zo optimaal mogelijke match tussen de zorgbehoefte en individuele wensen van cliënten, inclusief de 126 Wlz-cliënten die door MEE zijn geïnventariseerd, en het zorgaanbod maakt. Aan de hand van deze toetsing, voert de NZa in juli met elk zorgkantoor een gesprek over haar verbeterplan en te nemen vervolgstappen. De implementatie en de resultaten van de verbeterplannen zullen door de NZa worden gecontroleerd inclusief de 126 Wlz-cliënten die door MEE zijn geïnventariseerd. Ik zal u over de voortgang informeren.

5. Maatwerk in de Wlz-zorg thuis

De Wlz waarborgt de zorg voor mensen die 24 uur per dag op zorg of toezicht zijn aangewezen. Omdat de kwaliteit van leven van groot belang is, hebben zij het recht om te kiezen waar zij deze zorg willen ontvangen: thuis of in een instelling. De regelgeving is echter op belangrijke onderdelen, zoals de indicatiestelling en de bekostiging, vooral toegesneden op zorg in een instelling. De zorgprofielen bieden niet altijd voldoende mogelijkheden om thuis maatwerk te bieden. De huidige bijzondere regelingen (zoals extra kosten thuis en de meerzorgregeling) ondervangen dit maar ten dele. Bovendien zijn zij voor cliënten omslachtig en belastend.

Zoals aangegeven in de brief 'Waardig leven met zorg' van 26 februari 2016² is de ambitie om de Wlz beter te laten aansluiten op de persoonlijke situatie van de cliënt. Voor cliënten die zorg thuis ontvangen is dit mogelijk te realiseren door bij de indicatiestelling het recht op zorg op basis van individuele behoeften preciezer vast te stellen. Bij een dergelijke indicatie wordt, behalve naar de individuele cliëntkenmerken die de zorgzwaarte bepalen, dan ook gekeken naar de individuele omstandigheden. Het kan hierbij gaan om de voorkeuren van de cliënt met betrekking tot de rol van de partner, ouders of mantelzorgers. Door maatwerk op deze manier in te vullen kan het twee kanten op werken. Het kan tot meer of minder zorg leiden dan het gemiddelde waar de zorgprofielen nu op zijn

² Kamerstukken II, 2015/2016, 34 104, nr. 105.

gebaseerd. Uitgangspunt is dat de wettelijke criteria die bepalen of iemand zorg krijgt uit de Wlz niet veranderen. In de brieven van 20 februari 2017 en 21 april 2017³ heb ik aangegeven te onderzoeken hoe op bovengenoemde wijze invulling is te geven aan de motie-Otwin van Dijk/Bergkamp over maatwerkprofielen.⁴

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Een indicatie op maat kan betekenen dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen. Omdat meer rekening wordt gehouden met de persoonlijke omstandigheden gaat de Wlz-zorg thuis beter aansluiten op de zorg thuis vanuit de Zvw en Wmo. Deze werkwijze kan bovendien ertoe leiden dat het voor cliënten eenvoudiger en overzichtelijker wordt. De aparte procedures voor meerzorg en extra kosten thuis kunnen in dit geval namelijk komen te vervallen. Door meteen helderheid te bieden over de totale zorginzet, krijgen cliënten meer zekerheid over de zorg thuis.

Gezamenlijke uitgangspunten

Een indicatie op maat heeft impact op de hele keten. Daarom is het van belang om alle aspecten van de verandering goed in beeld te krijgen en in samenhang te bezien. De afgelopen maanden is intensief overlegd met Per Saldo, Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland, het CIZ, Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, het Zorginstituut, MEZZO, ActiZ, VGN, BTN, MEE, CCE en Ouders voor goede zorg. Hierbij is afgesproken dat we gezamenlijk dit voorstel gaan uitwerken, waarbij wij de volgende uitgangspunten delen:

- ***versterk de positie van de cliënt en zijn omgeving***: de cliënt is in eerste instantie het beste in staat is om aan te geven welke zorg nodig is en dient de mogelijkheid te krijgen om dit goed te verwoorden (bijvoorbeeld aan de hand van een persoonlijk plan). Als de cliënt daartoe niet in staat is moet dit gebeuren door een vertegenwoordiger die de wensen van de cliënt goed kan inschatten. Dit betekent dat zij goed moeten worden voorbereid om hun rol te kunnen vervullen. Een goede en tijdige voorlichting en cliëntondersteuning zijn hierbij van belang.
- ***een professionele en onafhankelijke indicatiestelling***: belangrijk is dat de indicatiesteller de volle breedte van de zorgvraag en ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt overziet en nadrukkelijk oog heeft voor de behoeften en verwachtingen van de mantelzorg. De indicatie komt op basis van een gesprek met de cliënt(vertegenwoordiger) tot stand. Hierbij worden de inzichten van de professional (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige bij dementerende ouderen en de gedragsdeskundige bij cliënten met een verstandelijke beperking) en de mantelzorg meegenomen. **Degenen die het gesprek met de cliënt voeren zijn "de beste aan de poort"**.
- ***een transparante beoordeling***: hoewel het gaat om maatwerk is het van belang om de indicatiestelling te baseren op een landelijk beoordelingskader dat uitgaat van de behoefte van de cliënt (zowel in huis als daarbuiten). Het landelijk beoordelingskader houdt daarbij rekening met wat zorginhoudelijk en maatschappelijk (financieel) verantwoord is. Voor de cliënt wordt helder gemaakt hoe de beoordeling tot stand is gekomen en wat de uitslag is.

³ Kamerstukken II, 2016/2017, 34 104, nr. 167 en 176.

⁴ Kamerstukken II, 2014/2015, 33 891, nr. 169.

- **behoud voldoende flexibiliteit:** hoewel de indicatiestelling zo nauwkeurig mogelijk moet zijn, dient de indicatie voldoende ruimte te bieden om beperkte veranderingen in de zorgvraag die zeker op gaan treden flexibel op te vangen.
- **een cliëntgerichte dienstverlening:** de nieuwe werkwijze moet er op gericht zijn alles zo overzichtelijk, duidelijk en eenvoudig mogelijk voor de cliënt te organiseren. De cliënt krijgt bij de indicatiestelling te maken met één loket en het liefst met een vaste contactpersoon. Het CIZ en de zorgkantoren gaan meer samenwerken.
- **een zorgvuldige invoering:** de impact van de verandering op de hele keten is groot. Zorgvuldigheid is daarom te verkiezen boven snelheid. Betrokken partijen moeten voldoende tijd krijgen om de werkwijze zorgvuldig in te voeren. Tevens vindt de nadere uitwerking plaats binnen de huidige budgettaire kaders voor de Wlz-zorg.

Kenmerk

1140864-164386-LZ

Ik heb toegezegd de Tweede Kamer voor de zomer te informeren over de uitvoeringstoets van het CIZ. Inmiddels is duidelijk geworden dat deze toets pas kan worden uitgevoerd zodra de voorgestelde wijze van indicatiestelling meer in detail is uitgewerkt en duidelijk is hoe die de huidige taakverdeling tussen het CIZ en het zorgkantoor beïnvloedt.

Een wetswijziging is nodig als:

- bij de omvang van de aanspraak rekening wordt gehouden met de (vrijwillige) inzet vanuit het netwerk van de cliënt;
- bij het indicatiebesluit een onderscheid wordt gemaakt in zorg thuis en zorg in een instelling;
- het CIZ in plaats van het zorgkantoor de taak krijgt om vast te stellen of het zorginhoudelijk en maatschappelijk (financieel) verantwoord is om thuis te blijven wonen.

Ik blijf me de komende periode inzetten om de gevolgen van een indicatie op maat volledig in beeld te krijgen, zodat het volgende kabinet in staat wordt gesteld om hierover een beslissing te nemen.

Blijvende aandacht voor verbetering huidige werkwijze

Op dit moment zijn er reeds mogelijkheden om maatwerk via de zorgtoewijzing te realiseren. Hierin zijn de afgelopen periode de volgende verbeteringen doorgevoerd:

- Voor een aantal cliëntgroepen (cliënten met behoefte aan chronische ademhalingsondersteuning of cliënten met zowel verstandelijke als ernstige lichamelijke beperkingen – VG 5 en VG 8) is het mogelijk gemaakt dat het CIZ bij de indicatiestelling aangeeft of er sprake is van meerzorg. Vervolgens is het aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder om in overleg met de cliënt hier invulling aan te geven.
- De meerzorgregeling is uitgebreid naar de sectoren verpleging en verzorging en de geestelijke gezondheidszorg.
- In de gehandicaptenzorg is het aantal profielen dat toegang geeft tot meerzorg uitgebreid.
- Het is mogelijk om meerzorg voor maximaal 3 jaar en extra kosten thuis voor maximaal 5 jaar toe te kennen.

De komende periode zal ik samen met betrokken partijen verdere verbeteringen in het maatwerk bij de zorgtoewijzing invoeren. De Kamer wordt periodiek over de voortgang van beide trajecten geïnformeerd.

Kenmerk
1140864-164386-LZ

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Uitkomsten van een indicatieve maatschappelijke kosten- en batenanalyse

De waarde van onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum

17 juli 2020

Opdrachtgever

Marcel de Krosse (CIZ)

Contact

Thijs van den Broek (T.vandenBroek@aef.nl)

Referentie

UC29/waarde van onafhankelijke indicatiestelling in de wlz, foto Hans van Rhoon

Inhoud

1 Samenvatting en beantwoording onderzoeksvragen	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Werkwijze	5
1.3 Beantwoording onderzoeksvragen	6
2 Aanleiding en achtergrond	8
2.1 Aanleiding	8
2.2 Achtergrond: vormgeving van de Wlz en andere domeinen	9
3 Inleiding op MKBA's en werkwijze	12
3.1 Maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's)	12
3.2 Werkwijze totstandkoming van een (indicatieve) MKBA	13
3.3 Proces	15
4 De beleidstheorie	17
4.1 Gevolgen van financiële prikkels	17
4.2 De indicatiestelling wordt niet langer centraal verzorgd	19
4.3 Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces aan te passen	21
4.4 Samenvatting van de beleidstheorie	22
5 Uitkomsten: financiële vertaling van de beleidstheorie	24
5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz	24
5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen	27
5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden	28
5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces	30
5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm	30
5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie	32
5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling	32
5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals	33
6 Eindresultaat en conclusies	34
6.1 Eindresultaat	34
6.2 Conclusies	38
6.3 Advies: mogelijkheden voor vergroten van de maatschappelijke meerwaarde	38
A Bijlage: uitgebreide toelichting op werkwijze	40
A.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz	40
A.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen	43
A.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden	44
A.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces	46
A.5 Verminderde keuzevrijheid	47
A.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie	48

A.7	Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling	48
A.8	Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals	48

B Bijlage: gebruikte bronnen en gehanteerde aannames **50**

B.1	Gegevens uit het Erai-traject	50
B.2	Gegevens uit andere bronnen	52
B.3	Inschattingen	56
B.4	Gegevens afgeleid uit andere gegevens	58
B.5	Samenvatting	58

**C Bijlage: Interviewleidraad maatschappelijke meerwaarde
onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz** **62**

1 Samenvatting en beantwoording onderzoeksvragen

1.1 Aanleiding

Voor alle soorten (dure) zorg geldt dat er een vorm van toegang geldt: een functie of organisatie die bepaalt wie in aanmerking komt voor de betreffende zorg. Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) die verantwoordelijkheid: zij beoordeelt jaarlijks een groot aantal aanvragen van mensen die in aanmerking willen komen voor Wlz-zorg, bijvoorbeeld van kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking.

Zo nu en dan gaan er geluiden op om de indicatiestelling anders vorm te geven, in het bijzonder om zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid te geven. De vraag is hoe deze scenario's zich tot elkaar verhouden in termen van hun maatschappelijke waarde.

In opdracht van het CIZ heeft Andersson Elffers Felix hier een onderzoek naar uitgevoerd, aan de hand van de volgende onderzoeksvragen.

Hoofdvraag

Wat is de maatschappelijke meerwaarde van een onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling voor de Wlz, ten opzichte van een situatie waarin de zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid hebben?

Deelvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling?
2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?
3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten ten opzichte van de huidige situatie?

In hoofdstuk 2.1 staat meer informatie over de achtergrond van deze onderzoeksvragen.

1.2 Werkwijze

Het instrument bij uitstek om maatschappelijke meerwaarde te bepalen, is de maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA). Een MKBA maakt op zo systematisch mogelijke wijze de kosten en baten inzichtelijk die optreden bij een bepaalde verandering van werkwijze. Zij doet dat ten opzichte van de huidige werkwijze.

We maken bij MKBA's onderscheid tussen evaluatieve en indicatieve MKBA's. Bij de eerste wordt teruggekeken op een werkwijze die al enige tijd praktijk is en waarvan onderzoeks- of monitoringsgegevens beschikbaar zijn om de maatschappelijke meerwaarde te kunnen onderbouwen. Bij een indicatieve MKBA wordt meer vooruitgekeken en een onderbouwde inschatting gemaakt van de *mogelijke* maatschappelijke meerwaarde. Een indicatie MKBA gaat dan ook met meer onzekerheden gepaard. Omdat een situatie waarin aanbieders indicatiestelling doen geen algemene praktijk is, betreft het hier een indicatieve MKBA. Desondanks heeft er op relatief kleine schaal een experiment gelopen, waarvan de resultaten als voeding voor deze MKBA hebben gediend.

Om de onderzoeksvragen op een zo volledig en afgewogen manier te kunnen beantwoorden, hebben we verschillende belanghebbende partijen gevraagd kritisch mee te denken. Dat was zowel gedurende de totstandkoming ervan, via interviews, als na afloop ervan, via een gezamenlijke bijeenkomst.

In hoofdstuk 3 staat meer achtergrond over MKBA's beschreven. In paragraaf 3.3 gaan we nader in op het proces dat we doorlopen hebben om tot dit resultaat te komen.

1.3 Beantwoording onderzoeksvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke indicatiestelling?

Maatschappelijke kosten: er zijn kwalitatief gezien zowel effecten te verwachten die de kosten doen stijgen als effecten die ze doen dalen.

De meest prominente komt doordat in de Wlz voornamelijk bij de toegang wordt gestuurd op betaalbaarheid. Als de onafhankelijkheid van de indicatiestelling wegvalt, valt het belangrijkste bestaande **kostenbeheersingsmechanisme** weg. Daarnaast leidt de verspreiding van deze taak over een groot aantal aanbieders tot een minder doelmatige invulling ervan. Tot slot hangt de snelheid van de indicatiestelling samen met maatschappelijke kosten (veroorzaakt door escalaties). Hierin zou nog enige winst te behalen kunnen zijn.

Ervaren kwaliteit van leven: er zijn kwalitatief gezien zowel effecten waardoor de kwaliteit stijgt als waardoor deze daalt. Veel zal hierbij afhangen van de verhouding tussen effecten en de precieze invulling van de zorg

Meer details over de aard van de maatschappelijke meerwaarde zijn te vinden in hoofdstuk 4.

2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?

Maatschappelijke kosten:

- De maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief (waarin de indicatiestelling wordt uitgevoerd door zorgaanbieders in plaats van het CIZ) stijgen naar verwachting met 164 miljoen euro per jaar.
- Zelfs binnen de conservatieve bandbreedte van 77 tot 307 miljoen euro blijft er sprake van een toename in de maatschappelijke kosten.
- Introduceren van instrumenten om effecten te mitigeren zou de omvang van de stijging weliswaar kleiner kunnen maken, maar niet tot een daling ervan leiden.

Ervaren kwaliteit van leven: deze effecten zijn kwalitatief beschreven, maar er waren onvoldoende aanknopingspunten om ze betrouwbaar te kwantificeren.

Meer informatie over hoe de omvang van de maatschappelijke meerwaarde bepaald is, is in hoofdstukken 5 en 6 te vinden.

3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten?

Deze indicatieve MKBA kwantificeert de effecten die optreden wanneer overgegaan wordt op het hier gehanteerde beleidsalternatief. Er zijn echter tal van andere veranderingen mogelijk die een impact hebben op de maatschappelijke kosten. Twee daarvan gaan uit van de huidige wijze waarop de indicatiestelling georganiseerd is én leiden mogelijk tot een (grote) daling van de maatschappelijke kosten:

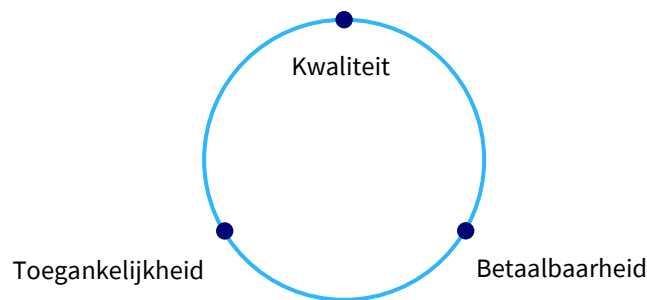
- De omgeving van de aanvrager meenemen in de het bepalen van het zorgprofiel;
- Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling.

Voor meer toelichting op deze mogelijkheden, zie hoofdstuk 6.

2 Aanleiding en achtergrond

2.1 Aanleiding

Het centrale doel in de zorg is om een duurzaam collectief gefinancierd zorgstelsel te borgen, met andere woorden: om iedereen die dit nodig heeft (*toegankelijkheid*) zorg aan te kunnen bieden van zo hoog mogelijke *kwaliteit*, tegen zo laag mogelijke kosten (*betaalbaarheid*). De drie onderdelen van deze zogenoemde *Triple Aim* liggen soms in elkaars verlengde, soms staan ze juist met elkaar op gespannen voet.



Figuur 1: De Triple Aim van de zorg.

Om zorg en ondersteuning zo slim mogelijk in te zetten, geldt voor bijna alle vormen ervan een toegangspoort. Daar wordt niet alleen bepaald wie recht heeft of aanspraak kan maken op zorg of ondersteuning, maar ook op welke vorm en/of intensiteit daarvan. Afhankelijk van de precieze invulling van de toegang, kan deze ten dienste staan van zowel de toegankelijkheid als de betaalbaarheid van de zorg.

2.1.1 Vormen van toegang

In Nederland komen grofweg drie vormen van toegang voor:

- Door de **financier** van de zorg of ondersteuning. Denk hierbij aan de Wmo, waar Wmo-consulenten in dienst zijn van de gemeente, of wijkteamleden die door de gemeente zijn ingekocht. Ook in het jeugddomein komt deze vorm van indicatiestelling voor.
- Door **uitvoerder of professional**. Denk hierbij aan de wijkverpleegkundigen die zelf de indicaties voor wijkverpleging verstrekken en huisartsen die toegang verlenen tot een groot deel van de zorgverzekeringszorg. Hierbinnen kan nog onderscheid gemaakt worden tussen de professional zelf of diens werkgever en zijn er verschillen in de mate waarin de professional die de toegang verleent, zelf ook betrokken is bij de te leveren hulp.
- Door een **onafhankelijke partij**, zoals het CIZ voor de Wlz doet.

Elke vorm van toegang heeft voor- en nadelen. Er is daarom discussie over wat de beste vorm van toegang is. Zo ook voor de Wlz. In het bijzonder wordt zo nu en dan geopperd om de verantwoordelijkheid voor de toegang bij de zorgaanbieders te beleggen. Dat vormt de primaire aanleiding voor dit onderzoek.

2.1.2 Onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft dan ook als doel om de volgende vragen te beantwoorden.

Hoofdvraag

Wat is de maatschappelijke meerwaarde van een onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling voor de Wlz, ten opzichte van een situatie waarin de zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid hebben?

Deelvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling?
2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?
3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten ten opzichte van de huidige situatie?

2.2 Achtergrond: vormgeving van de Wlz en andere domeinen

Wat de maatschappelijke meerwaarde van de toegangsfunctie van een stelsel is, hangt in grote mate af van hoe dat stelsel georganiseerd is. Een stelsel kan namelijk alleen goed functioneren als het in onderlinge samenhang georganiseerd is: ze moet voldoende waarborgen kennen voor de drie doelen uit de *triple aim*. Wat die waarborgen zijn, verschilt in Nederland echter per stelsel.

Ter illustratie staan in de tabel hieronder de verschillende zorgwetten in Nederland op een aantal kenmerken met elkaar vergeleken.

	Wlz	Wmo	Jeugd	Zvw
Wie: rollen				
Georganiseerd & ingekocht door	Zorgkantoren ¹ (31)	Gemeenten (355) ²	Idem	Zorgverzekeraars (9) ³
Uitvoerders	Private aanbieders	Idem	Idem	Idem
Toegang	CIZ ⁴	Wmo-consulenten / wijkteams	Wijkteams, huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten, justitie	Huisartsen, wijkverpleegkundigen
Toezichthouder (rechtmatigheid)	NZa	Gemeente	Gemeente	NZa
Toezichthouder (kwaliteit)	IGJ	Gemeente	IGJ	IGJ
Hoe: invulling				

Bekostiging	Belasting (Wlz-premie werknemers), eigen bijdrage, Rijksbijdrage	Belastingen + eigen bijdrage (abonnementstarief)	Belastingen	Belasting (bijdrage werkgevers), individuele premie, eigen risico, Rijksbijdrage (jongeren)
Leveringsvormen	Verblijf, mpt, vpt & pgb	ZiN & pgb	ZiN & pgb	ZiN (& pgb)
Producten	Zorgzwaartepakketten	Divers (door gemeenten te bepalen)	Idem	O.a. DBC's

Tabel 1: Vergelijking tussen de verschillende zorgwetten in Nederland.

1. Gemandateerd door de verschillende Wlz-uitvoerders.
2. Beschermd wonen en maatschappelijke opvang worden momenteel door 43 centrumgemeenten verzorgd.
3. Er bestaat een groot aantal labels, die onder 9 grote zorgverzekeraars vallen, 4 daarvan hebben een marktaandeel van > 90%.
4. Het CIZ heeft echter een breder takenpakket, bijvoorbeeld in de informatievoorziening en de Wet Zorg en Dwang.

2.2.1 Functies en rolverdeling in de Wlz

Het CIZ heeft een tweeledige opdracht als het gaat om de toegang tot de Wlz. Zij bepaalt enerzijds wie in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Anderzijds stelt zij ook de kaders vast waarbinnen deze vormgegeven moet worden, in de vorm van zorgprofielen en soms ook de duur. De criteria die voor de toegang en het bijbehorende zorgprofiel gehanteerd worden, staan in de beleidsregels van het CIZ.

De Wlz kent 40 zulke zorgprofielen, die bestaan uit een combinatie van problematiek (Verpleging en Verzorging, Verstandelijk Gehandicapt, etc.) en de typen zorg waar de persoon in kwestie voor in aanmerking komt. De aard van de problematiek en inhoud van de zorg die onderdeel is van de zorgprofielen, zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg.

De Wlz kent vier leveringsvormen: verblijf in een instelling, een modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Een persoon met een Wlz-indicatie kan bij diens **zorgkantoor** een voorkeur aangeven voor de gewenste leveringsvorm. Het zorgkantoor maakt echter de afweging of deze voorkeur verantwoord en doelmatig is.

De **zorgkantoren** zijn in de Wlz eveneens verantwoordelijk voor het inkopen en contracteren van zorgaanbieders. Zij zijn door de zogenoemde Wlz-uitvoerders (de grote zorgverzekeraars) gemandateerd om dit op regionale basis te doen, dus voor verzekerden van alle Wlz-uitvoerders. De zorgkantoren komen zo tot te hanteren tarieven voor de zorgprofielen en activiteiten voor de leveringsvormen instelling, vpt en mpt. De NZa stelt hiervoor maximumtarieven vast. Tarieven voor de leveringsvorm pgb zijn in de Regeling langdurige zorg vastgelegd.

Het is vervolgens aan de **aanbieder** en **cliënt** om samen nadere afspraken te maken over de (omvang van de) benodigde zorg en ondersteuning, aansluitend bij het zorgprofiel. Dit wordt gevat in het zorgplan.

De **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd** (IGJ) controleert of de aanbieders de benodigde kwaliteit van zorg leveren. Dit doet zij o.a. aan de hand van de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. Ook controleert IGJ of nieuwe aanbieders aan de

wettelijke eisen voldoen. Zorgkantoren kunnen aanvullende kwaliteitseisen voor aanbieders vereisen.

De aanbieders worden via p x q gefinancierd op basis van de tarieven voor elk zorgprofiel. Financiering van de aanbieders geschiedt via het **CAK**, dat daartoe door de zorgkantoren is gemandateerd. Cliënten betalen daarnaast een eigen bijdrage, eveneens aan het CAK.

De manier waarop het stelsel vormgegeven is, betekent dat de toegangsfunctie in de Wlz het voornaamste instrument is om op **betaalbaarheid** te sturen. Ook in het sturen op **toegankelijkheid** —in de zin dat elke twee dezelfde aanvragen ook hetzelfde behandeld worden— heeft de toegangsfunctie een grote rol.

De vraag die beantwoord moet worden, is wat de omvang van die functie(s) is, in termen van de maatschappelijke kosten die ermee gepaard gaan.

3 Inleiding op MKBA's en werkwijze

Hét instrument waarmee we maatschappelijke meerwaarde in beeld kunnen brengen is de maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA).

3.1 Maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's)

Een maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA) brengt op systematische wijze alle voor- en nadelen van een interventie in kaart. De maatschappelijke effecten als gevolg van de interventie worden zoveel als mogelijk onder één noemer gebracht, door ze te vertalen naar euro's. Als de totale baten van de interventie groter zijn dan de totale kosten ervan, dan zorgt de interventie voor een toename van de maatschappelijke welvaart, of —anders gezegd— is het maatschappelijke meerwaarde van de interventie positief.

3.1.1 Materiële én immateriële effecten

In een MKBA wordt onderscheid gemaakt tussen materiële (*harde*) en immateriële (*zachte*) kosten en baten. In tegenstelling tot materiële effecten (zoals verandering in zorgkosten), zijn immateriële effecten niet (direct) financieel van aard. Denk hierbij aan een toe- of afname van overlast in de wijk, of de kwaliteit van leven van mensen. Om zulke effecten toch voldoende mee te laten tellen in de afweging over de interventie, worden zij zo mogelijk *gemonetariseerd* — op dezelfde leest geschoeid als de materiële baten en lasten.

3.1.2 De investeerder én andere partijen

De kosten en baten als gevolg van een interventie komen veelal niet alleen terecht bij de partij die in de interventie investeert of hem uitvoert. Denk aan de maatschappelijke opvang (gemeente) die criminaliteit kan helpen voorkomen (politie en justitie). Een MKBA heeft oog voor alle relevante maatschappelijke effecten, ongeacht bij wie ze zich voordoen.

Een MKBA onderscheidt zich dus op twee manieren van bijvoorbeeld een business case: de eerste heeft, in tegenstelling tot de laatste, ook oog voor andere partijen dan de investeerder en voor de maatschappelijke, naast financiële, effecten. Figuur 2 hieronder geeft dit schematische weer.

Dit maakt een maatschappelijke kosten- en batenanalyse een waardevol hulpmiddel voor besluitvorming: de optredende maatschappelijke effecten bieden aanknopingspunten om een werkwijze of interventie voort te zetten, af te breken, of aan te passen.

Een MKBA vangt daarmee alle maatschappelijke effecten als gevolg van een verandering en weegt ze onderling door ze waar mogelijk naar dezelfde grootte te vertalen.

3.1.3 Indicatieve en evaluatieve MKBA's

Het is mogelijk om een MKBA in twee fasen van de besluitvorming te maken: vooraf en na verloop van tijd:

- Vooraf is de primaire vraag of het verstandig is om een beleidsverandering in gang te zetten. Bij deze afweging kunnen de verwachte maatschappelijke effecten een rol spelen. We spreken dan over een **indicatieve** MKBA.
- Na verloop van tijd kunnen de ervaringen van een pilot, experiment of nieuwe werkwijze tegen het licht gehouden worden. De vraag is dan vooral of de verandering doorgezet moet worden of niet, of dat er mogelijkheden zijn om de maatschappelijke meerwaarde ervan nog te vergroten. In deze situatie kan gebruik gemaakt worden van monitoringsdata vanuit de nieuwe werkwijze. We spreken dan van een **evaluatieve** MKBA.

Omdat de situatie waarmee we hier vergelijken is, hypothetisch is, betreft het hier een indicatieve MKBA¹. Dat wil overigens niet zeggen, dan er geen vergelijkbare situaties zijn waarop we de indicatieve MKBA

3.2 Werkwijze totstandkoming van een (indicatieve) MKBA

Om een (indicatieve) MKBA te maken in een bepaalde situatie, worden vier stappen doorlopen:



Figuur 2: Schematische weergave van de totstandkoming van een MKBA.

We lichten deze stappen hieronder nader toe.

1. Nulalternatief en beleidsalternatief

Besloten in de term ‘meerwaarde’ zit dat er een vergelijking gemaakt wordt. In een MKBA is dat tussen één of meer **beleidsalternatieven** —de mogelijk of beoogde situaties— en het zogenoemde **nulalternatief**. Dit is de meest voor de hand liggende situatie wanneer er geen actie ondernomen wordt.

De verschillende maatschappelijke effecten van het beleidsalternatief / de beleidsalternatieven worden vervolgens vergeleken met die van het nulalternatief. Het verschil tussen beiden noemen we de meerwaarde van het beleidsalternatief.

In deze rapportage hanteren we als nulalternatief de huidige situatie. Daarnaast identificeren we één beleidsalternatief: een situatie waarin zorgaanbieders verantwoordelijkheid hebben voor alle Wlz-indicaties.

¹ Er heeft echter wel een experiment plaatsgevonden dat veel op de alternatieve situatie lijkt, waaruit we kunnen putten. Zie daarvoor ook de volgende paragraaf.

N.B. Het bovenstaande beleidsalternatief is een ‘kaal’ beleidsalternatief, dat niet gepaard gaat met instrumenten om de effecten ervan te beperken.

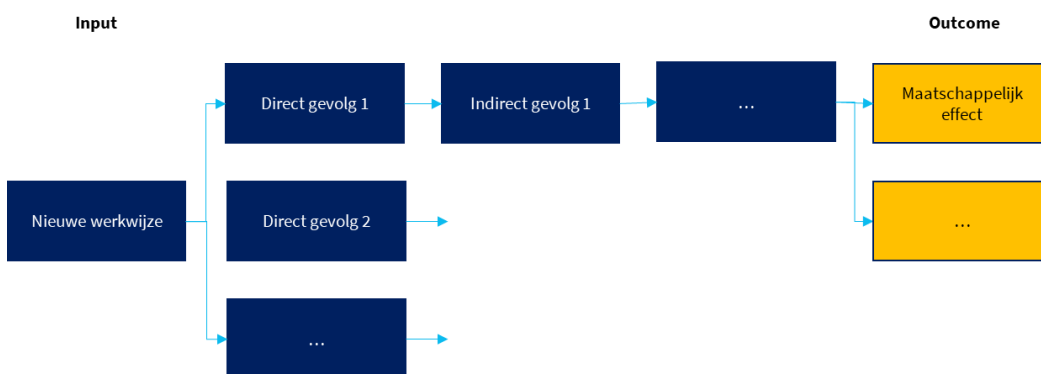
We merken daarbij op dat er in het beleidsalternatief geen sprake is van aanvullende aanpassingen aan het stelsel of aanvullende instrumenten om te sturen op de effecten van deze situatie.

Er zijn natuurlijk andere beleidsalternatieven denkbaar, waar ook een vergelijking mee gemaakt kan worden (zie ook paragraaf 2.1.1). Denk hierbij in het bijzonder aan een situatie waarin de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor indicering, of wijkverpleegkundigen hierin een rol hebben (cf. het advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen). Omwille van de overzichtelijkheid hebben we ons hier beperkt tot het meest voor de hand liggende beleidsalternatief. In een beleidsalternatief waarin wijkverpleegkundigen gaan over de toegang, moet daarnaast een keus gemaakt worden over wie de zorgzwaarte vaststelt. Daarmee ontstaan te veel ‘vrijheidsgraden’ om een scherpe vergelijking te kunnen maken.

2. Maatschappelijke effecten: de beleidstheorie

Onderliggend aan een MKBA is een kwalitatief beeld van de (mogelijke) gevolgen van het beleidsalternatief ten opzichte van een het nulalternatief. Dit heet de **beleidstheorie** en bestaat uit een serie oorzaak-gevolg-relaties tussen de nieuwe werkwijze(n) in het beleidsalternatief (de *input*) en de mogelijke maatschappelijke effecten daarvan (de *outcome*). Denk bij deze laatste aan veranderingen in maatschappelijke kosten of de kwaliteit van leven van personen op wie de nieuwe werkwijze van toepassing is. Het doel van de beleidstheorie is een (kwalitatief) begrip van de situatie en het identificeren van de onderdelen van de MKBA.

In onderstaande figuur is een hypothetische beleidstheorie weergegeven. De afbeelding leest van links naar rechts, waarbij elke oorzaak-gevolg-relaties weergegeven zijn met pijlen.



Figuur 3: Schematische weergaven van een hypothetische beleidstheorie.

Er geldt geen bovengrens voor de complexiteit van een beleidstheorie. De belangrijkste vereisten eraan zijn dat hij navolgbaar en voldoende compleet is. Een oorzaak-gevolg-relatie in een beleidstheorie hoeft niet per se op te treden, maar moet op kunnen treden. Het bepalen van de omvang van het effect (mogelijk 0) is namelijk onderdeel van de volgende fasen. We gaan in hoofdstuk 4 uitgebreider op de beleidstheorie van ons beleidsalternatief.

3. Dynamiek van de effecten: rekenregels

Een vervolgstap bestaat uit het doorgronden van de dynamiek van de gevolgen. Is bij de beleidstheorie de centrale vraag *wat* er in het beleidsalternatief verandert ten opzichte van

het nulalternatief, de rekenregels geven inzicht in *hoe* dit verandert. Zo identificeren we de belangrijkste bouwstenen voor het kwantitatief modelleren van de gevolgen en kan gericht gezocht worden naar bronmateriaal om deze te kwantificeren.

Een generieke rekenregel is bijvoorbeeld van de vorm

$$\Delta \text{ maatschappelijk effect} = [\text{variabele 1}] \times [\text{variabele 2}] + [\text{variabele 3}] \times [\text{variabele 4}]$$

We formuleren de rekenregels al zodanig om niet zozeer de omvang van het maatschappelijk effect te bepalen, maar van het verschil ervan met het nulalternatief. In bijlage A gaan we uitgebreid in op de verschillende rekenregels achter onze beleidstheorie.

4. Voeden van rekenregels

Tot slot moeten de rekenregels *gevoed* worden met gegevens die aansluiten bij de werkelijkheid. In het geval dat het beleidsalternatief overeenkomt met een pilot of experiment, kunnen deze hieraan ontleend worden.

Voor deze indicatieve MKBA zijn er ervaringen opgedaan in een vergelijkbare context: het experiment ERAI in het programma Waardigheid en Trots. Waar mogelijk worden gegevens vanuit dat experiment gebruikt en zo nodig aangepast om optimaal aan te laten sluiten bij het beleidsalternatief.

De effecten in de beleidstheorie zijn echter breder dan wat bij dit experiment in beeld gebracht is. Dat betekent dat we gegevens en inzichten moeten ontleenen aan andere bronnen en literatuur om deze vervolgens te vertalen naar deze context. Een deel hiervan is echter niet (direct) voorhanden.

Er zijn twee mogelijkheden om hiermee om te gaan:

- We beschrijven het onderdeel **kwalitatief**: het komt terug in de beleidstheorie, we expliciteren bovendien de rekenregel, maar voeden deze niet. In de resultaten komt het onderdeel dan terug als **PM-post**.
- We doen (zo onderbouwd mogelijke) schattingen van een variabele. Voor een voldoende zuiver resultaat moeten we echter recht doen aan de onzekerheid waarmee deze schatting gepaard gaat. We introduceren daarom een bandbreedte voor de variabele in kwestie, met een meest waarschijnlijke, minimale en maximale waarde. Dit vertaalt zich uiteraard ook in een **bandbreedte** voor de uitkomst van dat onderdeel. De uitkomsten van het geheel, zullen daarom ook in termen van een onzekerheidsmarge geformuleerd zijn.

De eerste optie willen we zo veel mogelijk voorkomen, temeer wanneer de impact van een onderdeel op het totaal groot is of kan zijn. Wanneer eenduidige monetaarisatie dus niet mogelijk is, heeft de tweede optie de voorkeur. Wanneer de impact van een onderdeel (in potentie) erg groot is ten opzichte van het totaal, voeren we een aanvullende **gevoeligheidsanalyse** uit voor de individuele variabele. Daarin gaan we dieper in op de mate waarin de uitkomsten ervan afhankelijk zijn.

3.3 Proces

Bovenstaande beschrijft de inhoud van een MKBA. De manier waarop een MKBA tot stand komt, bepaalt echter mede de kwaliteit ervan. Een goede MKBA geeft een compleet en

gebalanceerd beeld van de maatschappelijke kosten en baten, dat recht doet aan de verschillende perspectieven van betrokkenen. Om onafhankelijkheid van de uitkomsten zoveel als mogelijk te borgen, hebben we de grootste belanghebbenden in het proces betrokken:

Stelselpartijen	Brancheverenigingen
VWS	Actiz
NZa	VGN
Inkopers/financiers (binnen en buiten de Wlz)	Clïëntorganisaties
Zorgverzekeraars Nederland	LOC
Menzis	IederIn
VGZ	Per Saldo
VNG	

Deze partijen zijn op twee momenten betrokken:

1. We hebben hen via interviews bevraagd op hun beeld van de verschillende vormen van toegang zoals in paragraaf 2.1.1 beschreven en hun voor- en nadelen. Hen is eveneens gevraagd om te reflecteren op de concept-beleidstheorie: wat is de aard en omvang van de gevolgen van het beleidsalternatief? De gehanteerde interviewleidraad is in Bijlage C te vinden.

Deze gesprekken hebben tot een aanscherping van de beleidstheorie geleid, alsmede een beter beeld van het plaatsvinden van de verschillende effecten die er onderdeel van zijn. Ook zijn enkele suggesties voor verbeteringen ten opzichte van de huidige situatie gedaan.

2. In aanvulling daarop zijn de conceptresultaten van dit onderzoek met de betreffende partijen besproken in twee gezamenlijke bijeenkomsten. Daarin hebben de aanwezigen verschillende suggesties voor aanscherpingen en enkele aanvullingen voor de kwantificering gedaan, die wij vervolgens verwerkt hebben.

4 De beleidstheorie

Het beleidsalternatief is de (hypothetische) situatie waarin de indicatiestelling voor de Wlz bij zorgaanbieders wordt belegd. De beleidstheorie die bij dit scenario hoort is schematisch weergegeven in Figuur 7. In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgen en maatschappelijke effecten uit dit schema. Deze beleidstheorie beschrijft de effecten die mogelijk op kunnen treden, maar doet nog geen uitspraken over de grootte ervan. De beleidstheorie kent drie hoofdonderdelen:

- Gevolgen van financiële prikkels die optreden bij niet-onafhankelijke indicatiestelling
- Gevolgen van het niet langer centraal organiseren van de indicatiestelling
- Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces anders vorm te geven.

We beschrijven ze hieronder in detail.

4.1 Gevolgen van financiële prikkels

Zoals in paragraaf 2.2.1 geconcludeerd werd, speelt het CIZ bij de huidige vormgeving van de Wlz een grote rol in het betaalbaar houden van de Wlz. Vanwege de wijze van financieren hebben zorgaanbieders een financieel belang bij het aantal cliënten dat toegang tot de Wlz heeft en hun bijbehorende zorgprofiel. Dit heeft een aantal directe en indirecte gevolgen:

- Er worden meer Wlz-indicaties afgegeven
- Er worden gemiddeld hogere indicaties afgegeven
- Cliënten worden minder goed geïnformeerd over alternatieven

4.1.1 Er worden meer Wlz-indicaties gegeven

Momenteel wordt een deel van de Wlz-aanvragen bij het CIZ afgewezen, omdat de cliënt niet aan de criteria voor toegang tot de Wlz voldoet. De financiële prikkel voor zorgaanbieders wanneer zij zelf indiceren, zal ertoe leiden dat meer Wlz-indicaties gegeven worden. De cliënten die alleen in het beleidsalternatief toegang zouden krijgen, maken in het nulalternatief veelal gebruik van zorg uit de Wmo, Zvw en/of Jeugdwet. Aangezien deze zorg gemiddeld goedkoper is, zullen niet alleen kosten tussen wettelijke kaders verschuiven, maar zullen de maatschappelijke kosten ook stijgen.

De kwaliteit van leven van de extra cliënten die toegang tot de Wlz krijgen in het beleidsalternatief zou zowel toe als af kunnen nemen. Hij neemt toe voor de cliënten waarbij een Wlz-aanvraag in het nulalternatief afgewezen wordt, maar die feitelijk toch beter af bleken te zijn met een Wlz-indicatie. Hij neemt af voor cliënten die in het beleidsalternatief wel een indicatie krijgen, maar eigenlijk nog zelfstandig hadden kunnen wonen. Beide effecten worden in principe meegenomen en uit de monetaarisatie zal moeten blijken hoe sterk ze ten opzichte van elkaar zijn.

Momenteel is er al een tekort aan plekken voor Wlz-cliënten en benodigd intramuraal personeel.² De extra toegelaten cliënten in het beleidsalternatief zullen dat tekort alleen maar doen oplopen. Dit kan verschillende mogelijke gevolgen hebben:

1. Als er verder niks verandert aan het beleid, lopen de wachttijden op. Langere wachttijden betekenen een grotere kans dat escalaties optreden tijdens de wachttijd. Escalaties hebben zowel een negatief effect op de maatschappelijke kosten als op de ervaren kwaliteit van leven.
2. Er worden meer plekken voor cliënten gecreëerd. Met de bestaande personeelstekorten zou dit zou ertoe leiden dat zorgpersoneel iets minder intensieve zorg per cliënt kan bieden. De verminderde kwaliteit van zorg die cliënten hierdoor ervaren betekent dat hun ervaren kwaliteit van leven zal dalen.

De mate waarin sprake zal zijn van beide gevolgen, is a priori niet bekend.

Dit effect kan nog verder versterkt worden wanneer de prikkel niet alleen tot een lager percentage afwijzingen leidt, maar bovendien tot meer aanvragen voor een Wlz-indicatie leidt (aanzuigende werking).

4.1.2 Er worden gemiddeld hogere zorgprofielen afgegeven

Daarnaast kan de financiële prikkel ertoe leiden dat er gemiddeld hogere zorgprofielen afgegeven zullen worden, omdat daar een hogere vergoeding tegenover staat. Hierdoor zullen de maatschappelijke kosten logischerwijs stijgen.

Het is de vraag in welke mate deze hogere zorgprofielen ook tot werkelijk intensievere zorg zullen leiden. Is dit wel het geval, dan zullen er cliënten zijn die een hogere kwaliteit van leven ervaren, doordat ze de intensievere zorg als gewenst ervaren. Het kan echter ook zo zijn dat cliënten onnodig intensieve zorg krijgen, waardoor hun ervaren kwaliteit van leven afneemt. Deze twee effecten werken elkaar tegen en worden allebei meegenomen. Bij het moneteriseren zal moeten blijken welke van de twee zwaarder weegt.

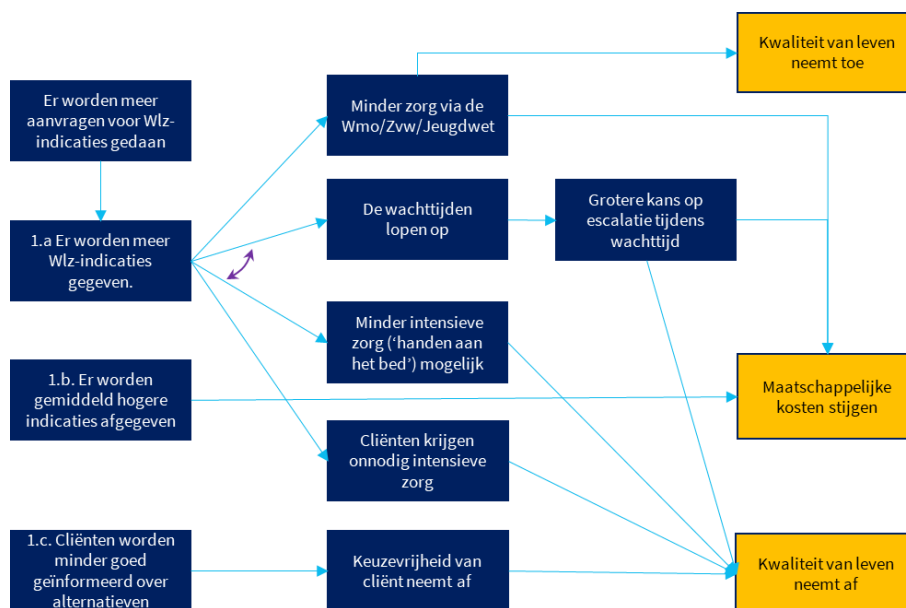
4.1.3 Cliënten worden minder goed geïnformeerd over alternatieven

Zorgaanbieders hebben er geen belang bij om cliënten voor te lichten over de mogelijkheden omtrent bijvoorbeeld het gebruik van een pgb. Sommige cliënten zouden van een pgb gebruik kunnen en willen maken, maar zullen dit hierdoor niet doen. Daardoor neemt de keuzevrijheid van cliënten af, en daarmee de ervaren kwaliteit van leven. Een tweede effect is dat bijvoorbeeld een pgb doorgaans goedkoper is dan zorg in natura, waardoor de maatschappelijke kosten zullen stijgen.

N.B. We gaan ervan uit dat ook in het beleidsalternatief de zorgkantoren uiteindelijk zullen beslissen over al dan niet leveren via een pgb, maar hiervan zal geen sprake zijn wanneer de cliënt niet aangeeft hiervan gebruik te willen maken.

De visuele samenvatting van dit deel van de beleidstheorie, is in onderstaande figuur weergegeven.

² Zie bijvoorbeeld "Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg door zorgkantoren 2018/2019" van de Nederlandse Zorgautoriteit.



Figuur 4: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van het beleggen van de indicatiestelling bij aanbieders in kaart brengt.

4.2 De indicatiestelling wordt niet langer centraal verzorgd

Wanneer de indicatiestelling niet langer door één orgaan wordt verzorgd, maar door meerdere organisaties, treden drie gevolgen op:

- minder efficiënte vormgeving van de indicatiestelling
- het niet meer beschikken over eenduidige informatievoorziening
- toename van ongelijke uitkomsten

4.2.1 Zorgprofessionals kunnen worden ingezet voor de indicatiestelling

Voor het uitvoeren van de indicatiestelling in het beleidsalternatief is capaciteit nodig. Hierin kan in principe in grote mate voorzien worden door de huidige indicatiestellers van het CIZ. Wanneer dezelfde taak echter door een groot aantal organisaties uitgevoerd wordt (waarvan een deel bovendien klein is), in plaats van door één organisatie, zal deze doorgaans iets minder efficiënt uitgevoerd kunnen worden, omdat er sprake is van ‘snijverlies’. Dit betekent dat er meer capaciteit nodig is voor deze taak, dan nu het geval. Dus zelfs als alle medewerkers die momenteel de indicatiestelling bij het CIZ verzorgen, in dienst treden bij zorgaanbieders, is de verwachting dat er landelijk capaciteitstekort zal zijn. Hieraan kan op drie manieren aan tegemoet gekomen worden.

Ten eerste is het denkbaar dat er indicatiestellers kunnen worden getraind en ingezet, die momenteel niet al in de zorg werken. Bij de huidige personeelstekorten in de zorg is het weliswaar de vraag hoe realistisch dit is, maar mocht het gebeuren, dan zal dit leiden tot hogere maatschappelijke kosten.

Een tweede manier om dit op te vangen, is door huidige zorgprofessionals mee te laten indiceren. Als het aantal bestaande cliënten gelijk blijft, maar professionals moeten een deel van hun tijd besteden aan indicatiestelling, dan zal de capaciteit die beschikbaar is voor het primaire proces kleiner worden. De afname van besteedde tijd (en aandacht) per cliënt, leidt tot een afname van de ervaren kwaliteit van leven van de cliënten.

Tot slot is er de mogelijkheid om de indicatiestelling uit te voeren met een capaciteit die per saldo lager is dan de huidige. Dit betekent dat de duur per indicatiestelling langer zal zijn. Dit heeft hetzelfde effect als oplopende wachtlijsten: een grotere kans op escalatie tijdens de wachtperiode, met zowel een stijging van de maatschappelijke kosten als een daling van de kwaliteit van leven tot gevolg.

In principe kunnen alle drie de bovenstaande mogelijkheden (indicatiestelling door zorgprofessionals, inhuren van extra mankracht, of het oplopen van de tijd per indicatiestelling) voorkomen. De mate waarin dat gebeurt, is a priori echter onbekend.

Er moet echter ook rekening worden gehouden met het feit dat de uitvoeringskosten van het CIZ in het beleidsalternatief weg zullen vallen. Veel van de kostenposten zullen dan effectief verplaatsen naar zorgaanbieders en geen verandering in de maatschappelijke kosten veroorzaken. Er zijn echter ook posten die in het beleidsalternatief lager kunnen uitvallen. Een voorbeeld hiervan is de huur van panden. Momenteel zijn dit al kosten die zorgaanbieders maken, en het ligt niet in de lijn der verwachting dat deze kosten meer zullen stijgen dan dat de kosten die het CIZ momenteel maakt op dit gebied.

4.2.2 Er is niet langer sprake van een eenduidige informatievoorziening

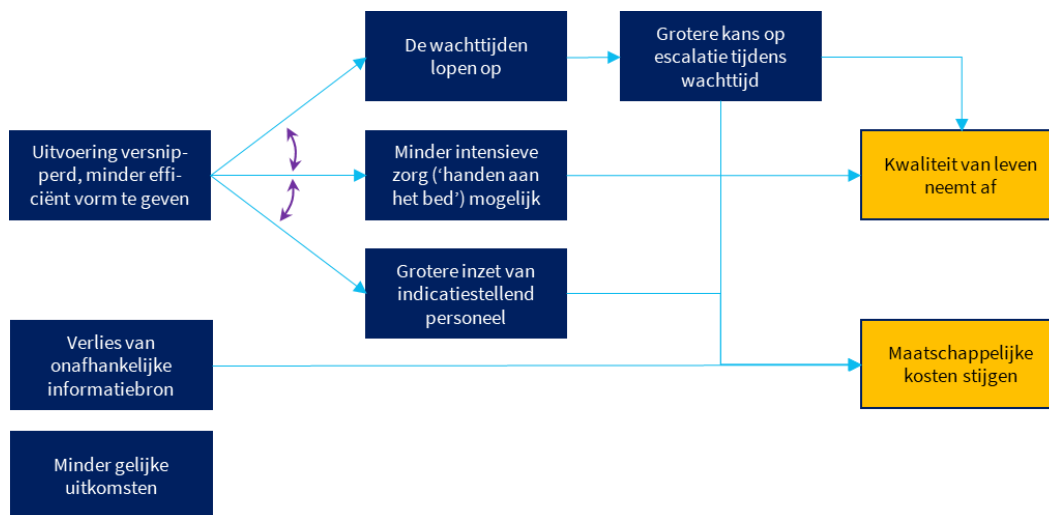
Buiten het afgeven van indicaties voor de Wlz vervult het CIZ nog een andere taak. De informatie die het instituut verzamelt, wordt verwerkt zodat landelijke trends in de zorg zichtbaar worden. Deze data wordt gebruikt voor onder andere het vaststellen van de regionale Wlz budgetten.

Als de indicatiestelling wordt belegd bij zorgaanbieders, gaat deze functie in principe ook verloren. Een vergelijkbare functie kan ook door aanbieders worden vervuld. Een decentrale invulling zal echter meer inzet vragen, zowel om uit te voeren als om kwaliteit, volledigheid en eenduidigheid van de informatie te borgen. Dit leidt dus tot hogere maatschappelijke kosten.

4.2.3 Toename van ongelijke uitkomsten

In het nulalternatief worden alle cliënten door dezelfde organisatie volgens dezelfde richtlijnen geïndiceerd. Gelijke gevallen worden zoveel als mogelijk gelijk behandeld. Wanneer centrale indicatiestelling losgelaten wordt, zal hierin een grotere diversiteit optreden. Gevolg daarvan is dat sommige cliënten een hogere indicatie, en dus meer zorg, krijgen dan andere cliënten in dezelfde situatie. Dit effect heeft weliswaar gevolgen voor individuele cliënten, maar voor de cliëntpopulatie als geheel middelen deze gevolgen uit. We nemen dit effect dus niet mee in de monetaarisatie.

Bovenstaande onderdelen van de beleidstheorie zijn in de figuur hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 5: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van het verspreiden van de indicatiestelling over meerdere organen in kaart brengt.

4.3 Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces aan te passen

Doordat zorgaanbieders in het beleidsalternatief zowel het leveren van zorg als het indiceren op zich nemen, hebben ze meer regie over de precieze invulling van de het indicatieproces dan dat het CIZ heeft in het nulalternatief.

4.3.1 Wachttijd kan formeel naar de indicatieduur worden verplaatst

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om het proces van indicatiestelling net zo lang te laten duren, totdat er daadwerkelijk een plek beschikbaar is voor de cliënt. Effectief wordt op deze manier wachttijd verplaatst naar indicatieduur. Dit heeft dus geen gevolgen voor het al dan niet optreden van escalaties: cliënten wachten immers even lang.

Omdat vanaf het moment dat de indicatie afgegeven is een eigen bijdrage voor de Wlz betaald moet worden, betekent dit dat cliënten in totaal minder eigen bijdrage hoeven te betalen. De eigen bijdrage voor de Wlz is immers hoger dan voor de zorg en ondersteuning uit andere wetten. De kosten voor de benodigde zorg en ondersteuning zullen overigens wel ergens vandaan moeten komen. Het is dus te verwachten dat de kosten voor de cliënten in kwestie weliswaar zullen dalen, maar niet de maatschappelijke kosten als geheel.

4.3.2 Zorgaanbieders kunnen mogelijk sneller indiceren

Uit eerdere onderzoeken is naar voren gekomen dat de indicatiestelling door zorgaanbieders sneller gedaan kan worden dan door het CIZ. De vraag is echter wel in hoeverre dit nog relevant is na de procedure “CIZ versnelt”.

Als de indicatiestelling sneller vorm kan worden gegeven, zal dat leiden tot minder escalaties. Zoals eerder beschreven, leidt een daling in het aantal escalaties tot lagere maatschappelijke kosten en een toename in de ervaren kwaliteit van leven.

N.B. Bovenstaande effecten betreffen alleen nieuwe indicaties: voor herindicaties van cliënten die al Wlz-zorg zijn, gelden deze effecten niet: mocht escalatie gedurende de

wachttijd voor een indicatie optreden, dan kan de aanbieder in kwestie nu ook al de benodigde zorg opschalen.

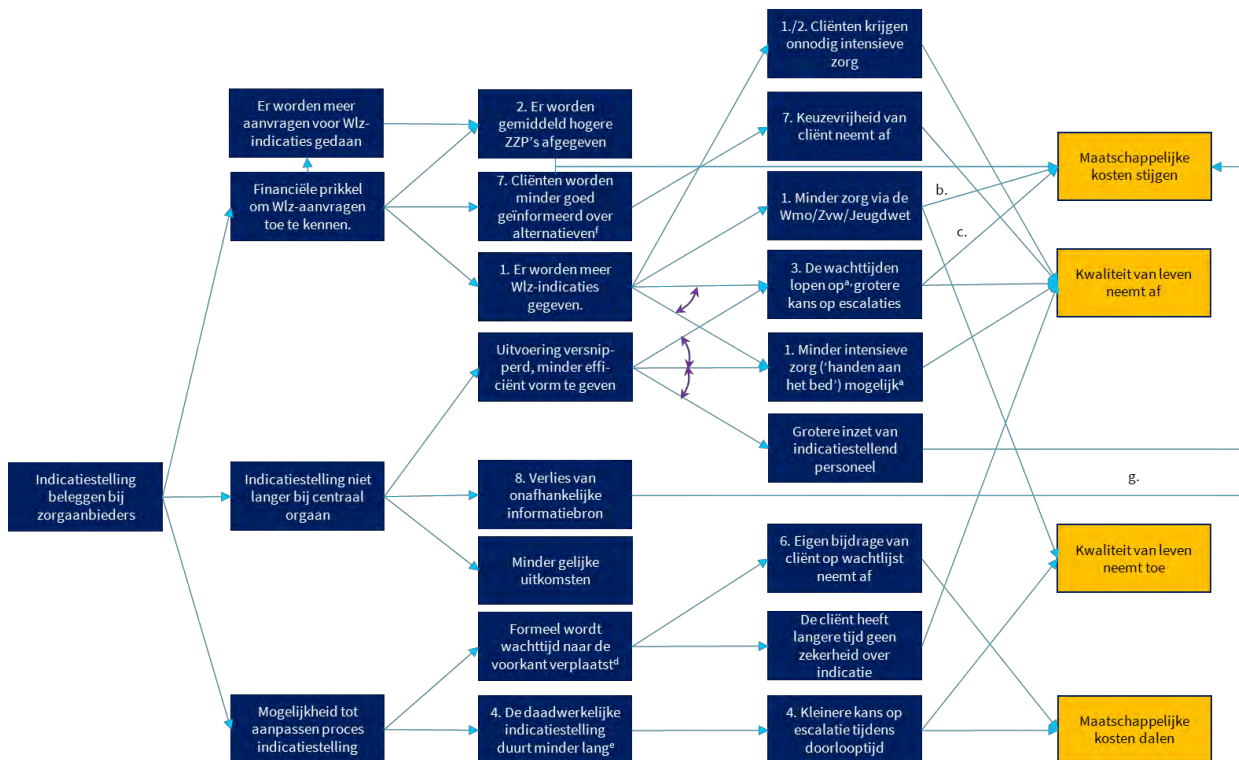
Bovenstaande onderdelen van de beleidstheorie zijn in de figuur hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 6: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van de vrijheid die zorgaanbieders hebben om het indicatieproces aan te passen in kaart brengt.

4.4 Samenvatting van de beleidstheorie

In onderstaande afbeelding is de beleidstheorie van de verschillende onderdelen samengevoegd.



Figuur 7: De beleidstheorie behorende bij het beleidsalternatief waarin de indicatiestelling voor de Wlz door zorgaanbieders wordt gedaan.

Toelichting voetnoten

- a. Vanwege personeelstekorten.
- b. Omdat Wmo/Zvw/Jeugd-trajecten gemiddeld goedkoper zijn Wlz-trajecten.
- c. Voor ouderen die nu eigenlijk niet zelfstandig meer thuis kunnen wonen.
- d. Doordat aanbieders ervoor kunnen kiezen de indicatieprocedure pas af te ronden als er daadwerkelijk een plek beschikbaar is.
- e. Gebaseerd op het Experiment Waardigheid en Trots, maar onduidelijk hoe relevant de uitkomsten daarvan nog zijn na “CIZ versnelt”.
- f. Bijvoorbeeld pgb en andere leveringsvormen.
- g. Moet op een andere –inefficiëntere- manier georganiseerd worden.

5 Uitkomsten: financiële vertaling van de beleidstheorie

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de verschillende onderdelen van de beleidstheorie beschreven. Deze resultaten zijn bepaald door de rekenregels op te stellen die de oorzaak-gevolg relaties uit de beleidstheorie monetariseren. De precieze inhoud van deze rekenregels is terug te vinden in Bijlage A. De verschillende variabelen die als voeding dienen voor deze rekenregels staan vermeld in Bijlage B.

We gaan achtereenvolgens in op:

- 5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz
- 5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen
- 5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden
- 5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces
- 5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm
- 5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie
- 5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling
- 5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Het volledige resultaat van de indicatieve MKBA staat in het volgende hoofdstuk opgenomen.

5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz

In het beleidsalternatief is er een financiële prikkel voor zorgaanbieders om meer cliënten toe te laten tot de Wlz. Dit heeft twee financiële gevolgen: hogere maatschappelijke kosten en een hogere eigen bijdrage voor de cliënt.

5.1.1 Hogere maatschappelijke kosten door onterechte toegang tot de Wlz

Resultaat basisscenario

Het substitutie-effect waarbij cliënten in het beleidsalternatief onterecht toegang krijgen tot de Wlz leidt tot een totale toename van de maatschappelijke kosten van 107 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming

Dit bedrag komt tot stand door het verschil in kosten tussen Wlz-zorg en zorg via de Wmo, Zvw of Jeugdwet te vermenigvuldigen met het aantal cliënten dat onterecht toegang krijgt (zie appendix A.1).

Volgens de uitkomsten van het ERAI-traject zou 2,26% van de cliënten met toegang tot de Wlz

dat onterecht hebben gekregen. Door dit te extrapoleren naar het huidig aantal goedgekeurde aanvragen zou dat neerkomen op 2.379 cliënten in het beleidsalternatief. We hebben hierin niet de mogelijke toename van het aantal aanvragen verdisconteerd die in de beleidstheorie opgenomen is, omdat daarvoor te weinig aanknopingspunten zijn om betrouwbaar te onderbouwen.

Van de cliënten die in het ERAI-traject foutief toegang zouden hebben gekregen tot de Wlz is ook het aangevraagde zorgprofiel geregistreerd. We hanteren voor de tarieven van de zorgprofielen 90% van het maximale NZa-tarief in 2019. Dan blijken de gemiddelde kosten per jaar voor een foutief toegelaten cliënt ongeveer € 70.000 te bedragen. Dit bedrag geldt echter alleen voor cliënten met intramuraal verblijf. Voor cliënten die gebruik maken van een mpt, vpt of pgb zijn deze kosten significant lager. Voor een eerlijke vergelijking is het aantal extra cliënten naar rato van het huidige gebruik van de vier leveringsvormen ingedeeld. Voor ieder zorgprofiel is deze verdeling anders (cliënten met VG-profielen maken bijvoorbeeld minder vaak gebruik van intramurale zorg dan cliënten met V&V-profielen). Als zowel de verdeling over zorgprofielen als leveringsvormen in acht worden genomen, bedragen de gemiddelde kosten voor een foutief toegelaten cliënt ongeveer € 66.000 per jaar³.

Door de verhouding van de meest waarschijnlijke vervangende vormen van Wlz-zorg (huishoudelijke hulp, begeleiding en wijkverpleging) te bepalen⁴ en ook hiervoor 90% van het maximumtarief van de NZa te hanteren, komen de gemiddelde kosten voor een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject neer op ongeveer € 18.000 per jaar. Voor intramurale cliënten geldt daarbij dat ze mogelijk huurkosten hadden voor toelating tot de Wlz. Bij het bepalen van de gemiddelde huur zijn een aantal aannames gemaakt, deze zijn terug te vinden in appendix B.2. Als deze huurkosten worden meegerekend, bedragen de gemiddelde kosten die de cliënten die in het beleidsalternatief (foutief) toegang tot de Wlz krijgen bijna € 21.000 per jaar.

Het verschil tussen beide bedragen is de toename in maatschappelijke kosten per cliënt met onterechte toegang tot de Wlz.

Het is de vraag hoe de cliënten die onterecht toegelaten zouden worden zich wat betreft de kosten verhouden tot het gemiddelde. Het is denkbaar dat zij een gemiddeld lichter profiel hebben. Tegelijkertijd zullen zij gemiddeld ook minder Wmo- en Zvw-kosten maken voorafgaand aan hun Wlz-indicatie. We nemen hier aan dat het verschil tussen Wmo/Zvw enerzijds en Wlz anderzijds voor deze groep daarom vergelijkbaar is met het gemiddelde.

Gevoeligheidsanalyse

De totale toename in maatschappelijke kosten is sterk afhankelijk van het percentage cliënten dat foutief toegang tot de Wlz krijgt. Aangezien het aantal indicaties in het Erai-traject beperkt is, moet dit percentage met een bepaalde onzekerheidsmarge worden bekeken. Daarbij is het onzeker in welke mate de resultaten uit het Erai-traject een afspiegeling van de werkelijkheid zijn. In de tabel hieronder is samengevat wat verschillende percentages zouden betekenen voor de totale toename van de maatschappelijke.

³ Ter vergelijking: delen we de totale uitgaven aan de Wlz in 2018 door het totaal aantal Wlz-clieënten, dan komen we op ruim € 62.000 per jaar.

⁴ Zie het rapport "Wat als zorg wegvalt" van het SCP.

Omdat het aantal cliënten met toegang tot de Wlz doorwerkt in bijna alle maatschappelijke effecten, is alleen het gevolg voor de totale maatschappelijke kosten weergegeven.

Percentage	Toename totale kosten	Percentage	Toename totale kosten
2,26 %	164 miljoen		
0,5 %	77 miljoen	3 %	202 miljoen
1 %	101 miljoen	4 %	254 miljoen
2 %	151 miljoen	5 %	307 miljoen

Tabel 2: Het effect van het percentage onterecht toegelaten cliënten op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Onafhankelijk van de gevoeligheidsanalyse voor het percentage foutief toegelaten cliënten hanteren we ook een foutmarge voor de gemiddelde kosten van een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdtraject. Deze onzekerheidsmarge wordt als 10% genomen. Voor het basisscenario (waarin de totale toename 107 miljoen bedraagt) komt dit uit op een bandbreedte tussen de 102 miljoen en 112 miljoen euro.

5.1.2 Hogere eigen bijdrage door onterechte toegang tot de Wlz

Resultaat basisscenario

De betaalde eigen bijdrage zal jaarlijks met ongeveer 14 miljoen toenemen. Dit zijn kosten die dan niet meer door de maatschappij gedragen worden. Effectief betekent dit dus dat zo'n 14 miljoen euro van de totale stijging in maatschappelijke kosten bij de cliënten terecht komt.

Totstandkoming

Als eigen bijdrage voor de Wlz is de gemiddelde eigen bijdrage van 2018, zoals bijgehouden door het CBS genomen. Dit bedroeg € 123,28 per week.

De eigen bijdrage voor een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject hangt af van de precieze invulling daarvan. Hiervoor is dezelfde verdeling tussen huishoudelijke hulp, begeleiding en wijkverpleging genomen als voor de berekening van de maatschappelijke kosten van een dergelijk traject. Voor begeleiding en huishoudelijke hulp is de maximale eigen bijdrage voor de Wmo genomen (abonnementstarief, € 4,38 per week). Voor wijkverpleging komt daar nog het eigen risico bij (gemiddeld € 7,40 per week). Het gewogen gemiddelde komt uit op een eigen bijdrage van € 8,24.

Gevoeligheidsanalyse

De totale toename in eigen bijdrage is sterk afhankelijk van het percentage cliënten dat foutief toegang tot de Wlz krijgt. Dezelfde gevoeligheidsanalyse die voor de maatschappelijke kosten is uitgevoerd, levert de resultaten weergegeven in de onderstaande tabel op. De aangegeven bedragen betreffen de totale toename van de eigen bijdrage. Hiervan wordt het overgrote deel bepaald door het aantal cliënten dat onterecht toegang krijgt tot de Wlz.

Percentage	Toename eigen bijdrage	Percentage	Toename eigen bijdrage
2,26 %	14 miljoen		
0,5 %	3 miljoen	3 %	19 miljoen
1 %	6 miljoen	4 %	26 miljoen
2 %	13 miljoen	5 %	32 miljoen

Tabel 3: Het effect van het percentage onterecht toegelaten cliënten op de hoogte van de totale eigen bijdrage voor de Wlz in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename in eigen bijdrage is vooral afhankelijk van het aantal cliënten met toegang tot de Wlz, wat al is opgenomen in de gevoeligheidsanalyse.

5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen

Resultaat basisscenario

Het substitutie-effect waarbij er foutieve zorgprofielen worden geïndiceerd in het beleidsalternatief leidt tot een totale toename van de maatschappelijke kosten van 45 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming

In het ERAI-traject zijn zowel de door de zorgaanbieders aangevraagde zorgprofielen als de daadwerkelijk door het CIZ afgegeven zorgprofielen geregistreerd. In ongeveer 8% van de gevallen zou een cliënt terecht toegang tot de Wlz hebben gekregen, maar met een foutief zorgprofiel. In ongeveer twee derde van deze situaties werd door de zorgaanbieder een duurder zorgprofiel aangevraagd dan dat het CIZ uiteindelijk indiceerde.

Voor alle zorgprofielen hebben we 90% van het maximumtarief van de NZa over 2019 gehanteerd. Het gewogen gemiddelde van de aangevraagde zorgprofielen dat duurder was dan het geïndiceerde zorgprofiel bedraagt zo'n € 80.000 per jaar, terwijl het uiteindelijk geïndiceerde zorgprofiel gemiddeld € 65.000 kostte. Voor aangevraagde zorgprofielen die goedkoper waren bedroegen de kosten gemiddeld € 69.000, terwijl de kosten voor de door het CIZ geïndiceerde zorgprofielen gemiddeld € 85.000 per jaar waren.

Door het aantal foutieve zorgprofielen (zowel duurder als goedkoper) te vermenigvuldigen met het gemiddelde kostenverschil komt dit effect uit op een toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 45 miljoen euro.

Gevoeligheidsanalyse

De omvang van het substitutie-effect hangt sterk af van het twee variabelen

1. Het percentage foutief afgegeven zorgprofielen in het beleidsalternatief
2. Het percentage van de foutieve zorgprofielen dat duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest

Beide variabelen volgen uit de gegevens die zijn bijgehouden gedurende het Erai-traject. Net als het percentage cliënten met onterecht toegang tot de Wlz, moeten ook deze variabelen met een bepaalde onzekerheidsmarge worden bekeken.

In de tabel hieronder is samengevat wat verschillende percentages van foutief afgegeven zorgprofielen in het beleidsalternatief zouden betekenen voor de totale toename van de maatschappelijke kosten.

Percentage	Toename totale kosten	Percentage	Toename totale kosten
7,99 %	164 miljoen		
2 %	130 miljoen	10 %	176 miljoen
4 %	142 miljoen	12 %	187 miljoen
6 %	153 miljoen	14 %	198 miljoen

Tabel 4: Het effect van het percentage foutief afgegeven zorgprofielen op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

In de volgende tabel zijn de effecten weergegeven van de situaties waarin er een groter of kleiner aantal van de foutieve zorgprofielen duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest.

Percentage duurder	Percentage goedkoper	Toename totale kosten
68,42 %	31,58 %	164 miljoen
55 %	45 %	129 miljoen
75 %	25 %	182 miljoen

Tabel 5: Het effect van het percentage foutief afgegeven zorgprofielen dat duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Naast de variabelen die al zijn opgenomen in de gevoeligheidsanalyse zijn er geen andere parameters die een significante onzekerheid kennen.

5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden

Resultaat basisscenario

Doordat de wachttijden in het beleidsalternatief gemiddeld langer zullen zijn, vergroot dit de kans op een escalatie tijdens deze wachttijd. Dit effect vergroot de maatschappelijke kosten met iets meer dan 2 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming

Escalaties kunnen plaatsvinden tijdens de wachttijd. Voor deze berekening is de wachttijd gedefinieerd als de totale tijd die een cliënt wacht tijdens de indicatiestelling plus de tijd die de cliënt daarna op een wachtlijst staat.

De wachttijd hangt onder andere af van het aantal toegelaten cliënten, de indicatiesnelheid, en het aantal beschikbare plekken in de Wlz. De lengte van de wachtlijsten in het nulalternatief worden bijgehouden door het Zorginstituut. De precieze berekening van de wachttijd in het beleidsalternatief is te vinden in appendix A.1. Het resultaat van de berekening is dat de wachttijd in het beleidsalternatief iets meer dan 3% langer is dan in het nulalternatief.

Er worden twee typen escalaties meegenomen in dit onderzoek:

1. cliënten die vanwege een snel toegenomen zorgvraag in een **ziekenhuisbed** terecht komen,
2. cliënten die **crisiszorg** uit de Wlz nodig hebben.

Per dag komen er zo'n 550 patiënten⁵ in een **ziekenhuisbed** terecht met een escalatie. Voor iedere week wachttijd komt dit neer op een kans van bijna 19% dat er ergens in Nederland een escalatie plaatsvindt. Door dit te verrekenen met het verschil in wachttijd tussen het nulalternatief en beleidsalternatief volgt dat het aantal dagen escalatie-zorg toeneemt met ongeveer 6.600. De gemiddelde kosten van een dergelijke escalatie bedroegen in 2019 iets meer dan 200 euro per dag (CZ/Zilveren Kruis). In totaal levert de toename van dit type escalaties dan een toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 1,3 miljoen euro.

Het percentage cliënten dat **Wlz-crisis zorg** nodig heeft gehad ten opzichte van alle cliënten in de Wlz wordt door het CBS bijgehouden. In 2018 bedroeg dit 1,26%. Voor dit onderzoek nemen we aan dat de inzet van Wlz-crisis zorg er uiteindelijk toe leidt dat een cliënt een zorgprofiel krijgt dat één stap hoger is dan wat nodig was geweest zonder Wlz-crisis zorg.

De toename in het aantal cliënten dat crisis zorg nodig heeft in het beleidsalternatief wordt voor deze berekening evenredig geschaald met de toename van de wachttijd. Dit komt neer op 115 cliënten per jaar. Het gewogen gemiddelde verschil tussen een hoger en een lager zorgprofiel bedraagt zo'n 23 euro per dag. De maatschappelijke kosten zullen dan naar verwachting iets minder dan een miljoen euro toenemen door deze extra escalaties.

De lengte van de wachtlijsten neemt (onder andere) toe doordat er in het beleidsalternatief meer cliënten toegang krijgen tot de Wlz. Dit zullen naar alle waarschijnlijkheid cliënten zijn met een relatief lichte zorgvraag. Onafhankelijk van de zorgvraag van deze extra cliënten neemt de gemiddelde wachttijd van alle cliënten op de wachtlijst toe, dus ook de wachttijd van cliënten met een hogere zorgvraag. Escalaties zullen voornamelijk plaatsvinden bij deze laatste groep. De verhouding van het aantal cliënten met een lichtere of zwaardere zorgvraag die op de wachtlijst staat verandert in het beleidsalternatief een beetje. Zo zullen er in verhouding meer cliënten met een lichtere zorgvraag op de wachtlijst staan. Hierdoor is de gehanteerde methode mogelijk een lichte overschatting van het aantal extra escalaties dat plaatsvindt.

Aan de andere kant ligt het in de lijn der verwachting dat de kans op een escalatie meer dan evenredig groeit met de lengte van de wachtlijst. Doordat we toch rekenen met een evenredige groei, levert dit een lichte onderschatting van het aantal extra escalaties op. De verwachting is dat deze onderschatting en de eerdergenoemde overschatting elkaar grotendeels opheffen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Het aantal escalaties in het beleidsalternatief hangt af van een aantal parameters die een bepaalde onzekerheid kennen. De totale wachttijd in het beleidsalternatief is onder andere afhankelijk van het percentage waarmee de wachtlijst verkleind wordt doordat zorgprofessionals minder tijd per cliënt besteden. Op deze manier worden effectief meer plekken gecreëerd. In het basisscenario is hier een inschatting van 2% voor genomen, maar vanwege de onzekerheid van deze inschatting is een bandbreedte van 0% tot 5% gehanteerd.

De bandbreedte in dit percentage levert de grootste afwijking van de financiële omvang van het aantal escalaties. Waar de inschatting van 2% een toename van ongeveer 2 miljoen euro betekende, komt de onzekerheidsmarge uit op een bandbreedte tussen de 0,4 miljoen en 3,6 miljoen.

⁵ "Te goed voor het ziekenhuis maar te slecht voor thuis" (NRC, februari 2020).

5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces

Resultaat basisscenario

Tijdens het indicatieproces wordt er nog geen eigen bijdrage voor de Wlz betaald, maar tijdens de tijd op een wachtlijst wel. In het beleidsalternatief kunnen aanbieders tijd op de wachtlijst verkorten door het indicatieproces (administratief) langer te laten duren. De inschatting is dat dit in totaal zo'n 57 duizend euro in eigen bijdragen zal schelen. Dit zijn kosten die dan door de maatschappij gedragen zullen moeten worden.

Totstandkoming

In het ERAI-traject is de tijd tussen een goedgekeurde indicatie en het indienen van een indicatie bijgehouden. Dit kan effectief worden gezien als een verschuiving tussen wachttijd en indicatietijd. In ongeveer een derde van de aanvragen zat er geen tijd tussen de twee. In 44% van de gevallen bedroeg de verschuiving minder dan een week. In de rest van de aanvragen zat er meer tijd tussen de indicatie en het indienen.

Door deze percentages te verrekenen met het aantal cliënten op de wachtlijsten volgt het totaal aantal weken verschuiving van wachttijd naar indicatietijd. Aangenomen is dat er van deze procesvrijheid geen gebruik wordt gemaakt voor cliënten die als "niet-wachtend" op de wachtlijst staan aangemerkt. Voor wachtende cliënten met overbruggingszorg is aangenomen dat slechts in de helft van de gevallen gebruik zal worden gemaakt van deze procesvrijheid.

De totale verlaging van eigen bijdrage volgt dan uit het verschil tussen de wekelijkse eigen bijdrage voor de Wlz en die voor de Wmo/Zvw/Jeugdwet (zoals beschreven in appendix A.4)

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

In de berekening is aangenomen dat er voor niet-actief wachtende cliënten geen gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om wachttijd effectief om te zetten in indicatietijd. Als onzekerheidsmarge is het gebruik van deze procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten (met overbruggingszorg) op 5% gezet. Het effect hiervan is dat de totale daling van eigen bijdrage zo'n 470.000 euro bedraagt. Variaties van andere parameters zijn ook meegenomen, maar hebben veel minder grote effecten.

Anderzijds wordt voor het basisscenario aangenomen dat in 50% van de aanvragen voor VG-profielen gebruik wordt gemaakt van de procesvrijheid. Als onzekerheidsmarge is hiervoor een ondergrens van 0% genomen. Deze onzekerheid heeft het grootste effect op de bovengrens van de bandbreedte van de daling van de eigen bijdrage. Met deze onzekerheid bedraagt de totale daling van eigen bijdrage nog maar 25 duizend euro, zodat de bandbreedte valt tussen een afname in kosten van 25.000 en 470.000 euro.

5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm

Resultaat basisscenario

Doordat zorgaanbieders cliënten naar verwachting minder goed zullen voorlichten over de mogelijkheden van het gebruik van een pgb, mpt of vpt zal de keuzevrijheid dalen. De lagere kosten die doorgaans gemoeid gaan met deze vormen van zorg leiden tot een toename van de maatschappelijke kosten van ongeveer 8,5 miljoen euro.

Totstandkoming

Het CBS houdt het totaal aantal gebruikers van een pgb bij. In 2018 bedroeg dit iets minder dan 14% van het totaal aantal Wlz-cliënten. Door dit te schalen naar het jaarlijkse aantal nieuwe cliënten in het beleidsalternatief (dus exclusief herindicaties) zou dit neerkomen op iets meer dan 9.000 personen die per jaar gebruik zouden *willen maken* van een **pgb**. Er wordt aangenomen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een pgb vanwege een verminderde informatievoorziening vanuit de zorgaanbieder. Dit percentage is relatief laag ingeschat omdat in het nulalternatief zo'n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder bij het CIZ terecht komt voor een indicatie. Voor deze cliënten verandert er dus weinig tot niets in de voorlichting en informatievoorziening over het gebruik van een pgb. Met deze inschatting zijn er in het beleidsalternatief jaarlijks zo'n 190 cliënten die geen pgb gebruiken maar dat wel hadden gewild.

Het percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een **vpt** bedraagt zo'n 5% (cijfers uit 2018). Door dit te schalen naar het aantal nieuwe cliënten (exclusief herindicaties) in het beleidsalternatief, komt dit neer op iets meer dan 3.000 cliënten per jaar die gebruik zouden *willen maken* van een **vpt**. Door ook hier de aanname te nemen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een **vpt** vanwege verminderde informatievoorziening, zijn er in het beleidsalternatief zo'n 68 cliënten die geen **vpt** gebruiken, maar dat wel hadden gewild.

In 2018 werd door ongeveer 16% van de cliënten gebruik gemaakt van een **mpt**. In het beleidsalternatief komt dat neer op iets meer dan 11.000 nieuwe cliënten die gebruik zouden *willen maken* van een **mpt**. Door ook hier de aanname te nemen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een **mpt** vanwege verminderde informatievoorziening, zijn er in het beleidsalternatief zo'n 226 cliënten die geen **mpt** gebruiken, maar dat wel hadden gewild.

Voor elk van de zorgprofielen is zowel voor een pgb als voor zorg in natura een dagtarief berekend. We bepalen de verschillen tussen deze tarieven en wegen de resultaten daarvan aan de hand van het aantal cliënten met een bepaald zorgprofiel. Hieruit volgt dat het gemiddelde verschil in dagprijs tussen zorg vanuit een pgb en zorg in natura iets meer dan 50 euro te zijn. Dit komt neer op een jaarlijkse totale toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 3,5 miljoen euro.

Voor het gebruik van een **vpt** kan een dergelijke berekening worden gedaan. In dat geval bedraagt het verschil zo'n € 38 per dag, en telt het op tot een jaarlijkse toename van iets minder dan een miljoen.

Voor het gebruik van een **mpt** zijn de kosten per zorgprofiel niet bekend. Als afschatting is hier het gemiddelde genomen tussen de kosten voor een pgb en een vpt. De totale toename van de maatschappelijke kosten door cliënten die geen mpt gebruiken, maar dat wel hadden gewild bedragen zo'n 4 miljoen euro.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename van 8,5 miljoen euro vanwege een verminderde keuzevrijheid hangt af van het percentage nieuwe cliënten dat door gebrek aan informatie niet voor een pgb/vpt/mpt kiest. In het basisscenario zijn deze drie percentages op 2% ingeschat. Als onzekerheidsmarge is een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd. Deze onzekerheden vertalen zich in een bandbreedte van het financiële effect tussen de 6,5 miljoen en 14,5 miljoen.

5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie

Resultaat basisscenario

Doordat het verzamelen en analyseren van informatie (bijvoorbeeld ten behoeve van het bepalen van de regionale budgetten door de NZa) niet langer centraal wordt gedaan, kost dit meer capaciteit. Dat leidt tot een geschatte toename van de maatschappelijke kosten van zo'n € 70.000 per jaar.

Totstandkoming

Momenteel schat het CIZ in dat er zo'n 6 fte ingezet wordt voor deze taak. De gemiddelde personeelskosten hiervoor bedragen ongeveer € 60.000 per fte per jaar. Door een 20% opslag te rekenen voor het decentraliseren van deze taak volgt jaarlijkse de toename in maatschappelijke kosten.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Voor de opslagfactor van 20% hanteren we een bandbreedte tussen de 5% en 30% als onzekerheid. Deze percentages vertalen zich in een financieel effect van het efficiëntieverlies tussen de 18.000 en 108.000 euro.

5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling

Resultaat basisscenario

Doordat de indicatiestelling niet langer centraal wordt gedaan, zal dit meer capaciteit vragen. Een van de manieren om dit op te vangen is het inhuren van extra personeel. In het basisscenario levert dit een toename in de maatschappelijke kosten van ongeveer € 750.000 per jaar op.

Totstandkoming

Als een taak die door een grote organisatie wordt uitgevoerd, wordt verspreid over meerdere kleine organisaties, die deze taak op dezelfde wijze uit zullen moeten voeren, zal dit in totaal meer capaciteit vragen, bijvoorbeeld omdat werk minder efficiënt verdeeld kan worden. Voor het decentraliseren van de indicatiestelling wordt een efficiëntieverlies van 10% ingeschat. Aan de andere kant kunnen zorgaanbieders een indicatie naar verwachting sneller uitvoeren. Hiervoor wordt een snelheidswinst van 5% geteld, waardoor er in totaal maar 5% meer capaciteit nodig zal zijn.

Dit tekort aan capaciteit kan op drie manieren worden ingevuld

1. Er kan extra personeel worden ingehuurd om te indiceren
2. Zorgprofessionals kunnen een deel van de indicaties uitvoeren
3. Er komt geen capaciteit bij en de indicatiestelling duurt langer

Dit zijn communicerende vaten, die gezamenlijk het volledige tekort aan capaciteit zullen moeten verklaren. Voor het basisscenario is ingeschat dat deze effecten respectievelijk voor 50%, 10% en 40% van de capaciteit optreden.

Momenteel wordt er bij het CIZ 454 fte aan personeel ingezet voor het stellen van Wlz-indicaties. Dit betekent dat er in het beleidsalternatief iets meer dan 11 (= 454 x 5% x 50%) fte extra ingehuurd zal moeten worden voor deze taak. De gemiddelde personeelskosten per fte per jaar bedragen iets meer dan € 66.000, wat neerkomt op een totale toename van ongeveer € 750.000 per jaar.

Het is belangrijk om op te merken dat het hier alleen over personeelskosten gaat, en dat overhead buiten beschouwing is gelaten. De reden hiervoor is dat het lastig is om daar een zuivere inschatting van te maken. Aan de ene kant vallen de overheadskosten van het CIZ weg in het beleidsalternatief. Aan de andere kant zullen alle zorgaanbieders een toename kennen van hun overheadskosten. Zo zal er mogelijk meer HR-capaciteit, huisvesting, en ICT-ondersteuning nodig zijn. Omdat het niet duidelijk is of de overheadskosten van het CIZ groter dan wel kleiner zijn dan de toename van overheadskosten van zorgaanbieders in het beleidsalternatief, is besloten om deze post niet mee te nemen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename van de maatschappelijke kosten van € 750.000 in het basisscenario is afhankelijk van een aantal parameters. Ten eerste zijn er de percentages van de communicerende vaten. Omdat deze zeer onzeker zijn, hebben we het effect bekeken van de drie situaties waarin één van de mogelijkheden voor 100% wordt gebruikt en de andere twee totaal niet. Hoewel dit het effect op de maatschappelijke kosten beïnvloedt, zijn er twee variabelen waarvan de onzekerheid een groter effect heeft.

Voor het efficiëntieverlies door het verspreiden van de indicatietaak over meerdere organen (in het basisscenario 10%) is een bandbreedte van 5% tot 20% gehanteerd. Voor het percentage waarmee zorgaanbieders het indicatieproces zouden kunnen versnellen (5% in het basisscenario) is een bandbreedte van 0% tot 20% genomen. Deze onzekerheden leiden tot een bandbreedte in het financiële effect zodat dit zowel positief als negatief zou kunnen zijn. Aan het ene uiterste is er sprake van een afname van de maatschappelijke kosten van 1,5 miljoen euro. Aan het andere uiterste gaat het over een toename van 2,3 miljoen euro.

5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Resultaat basisscenario

Indicerende zorgprofessionals zijn momenteel al in dienst, en zullen dus geen toename in maatschappelijke kosten opleveren. Wel kunnen ze hierdoor minder tijd besteden aan het leveren van zorg, waardoor de kwaliteit achteruit zal gaan.

Totstandkoming

Uit de vorige paragraaf volgt dat er zo'n 2,3 fte aan capaciteit voor indicatiestelling geleverd zal worden door zorgprofessionals. Doordat dit verlies aan zorgintensiteit verspreid is over alle Wlz-cliënten, zal dit slechts een zeer klein effect zijn.

6 Eindresultaat en conclusies

6.1 Eindresultaat

De effecten van het beleidsalternatief zijn tweeledig (zie ook de beleidstheorie in H4):

- op de maatschappelijke kosten;
- op de (ervaren) kwaliteit van leven van cliënten.

We beschrijven hieronder de resultaten voor beide effecten afzonderlijk.

6.1.1 Effect op de maatschappelijke kosten

De precieze uitkomsten zijn afhankelijk van een aantal parameters, die niet vooraf bekend zijn. Om met deze onzekerheid rekening te houden, hebben we

- een **basisscenario** gedefinieerd op basis van de meest voor de hand liggende waarden van de parameters;
- via een **gevoeligheidsanalyse** inzichtelijk gemaakt hoe de uitkomsten reageren op variatie van de parameters waarvoor het resultaat het meest gevoelig is;
- via **onzekerheidsmarges** rekenschap gegeven voor de onzekerheid in de overige parameters.

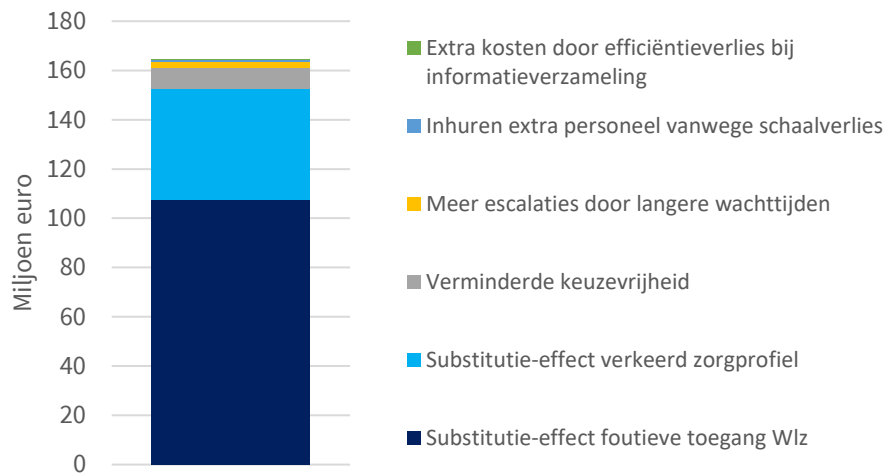
a. Resultaat basisscenario

De totale verwachte toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief bedraagt zo'n 164 miljoen euro per jaar. Zie Figuur 8 hieronder. Dit is de optelsom van de uitkomsten per onderdeel uit het vorige hoofdstuk.

Het grootste deel van deze kosten komt voort uit cliënten die in het beleidsalternatief toegang krijgen tot de Wlz, maar dat in het nulalternatief niet zouden hebben gekregen. Een andere grote bijdrage aan de totale kosten wordt geleverd door *upcoding*, het effect waarbij cliënten een hoger zorgprofiel krijgen geïndiceerd dan nodig.

De eigen bijdrage van cliënten zal stijgen met zo'n 14 miljoen euro per jaar (zie paragrafen 5.1.2 en 5.4). Van de totale toename van 164 miljoen euro per jaar zal dus 14 miljoen euro bij de cliënten terecht komen. De overige 150 miljoen euro wordt gedragen door de maatschappij.

Toename maatschappelijke kosten



Figuur 8: De totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief uitgesplitst naar de bijdragen van individuele effecten.

b. Gevoeligheidsanalyses substitutie-effect

We hebben een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd voor de parameters waarvan het eindresultaat het meest afhankelijk is. Deze leidt tot een aanzienlijke bandbreedte in de resultaten: van +77 mio (0,5% onterecht goedgekeurde aanvragen) tot +307 mio (5%). De uitkomsten daarvan worden weergegeven door de bovenste drie staven in Figuur 9 hieronder.

In het basisscenario wordt 2,26% gehanteerd als het percentage cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt. De totale maatschappelijke kosten zijn zeer gevoelig voor dit percentage, zoals te zien is in Tabel 2 in paragraaf 5.1.

Daarnaast zijn de totale maatschappelijke kosten als gevolg van foutief afgegeven zorgprofielen sterk afhankelijk van zowel het percentage foutieve zorgprofielen, als van het deel van deze zorgprofielen dat duurder dan wel goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest. De gevoeligheid van het totale resultaat voor deze twee parameters is terug te vinden in respectievelijk Tabel 4 en Tabel 5 van paragraaf 5.2.

c. Onzekerheidsmarges: overige parameters

Ook voor de overige parameters hebben we rekenschap gegeven aan hun onzekerheid. De totale onzekerheidsmarge als gevolg hiervan valt tussen de 158 en 172 miljoen euro per jaar en wordt gerepresenteerd door de onderste staaf in Figuur 9.

Naast de drie variabelen die zijn meegenomen in de gevoeligheidsanalyse, is er nog een groot aantal andere parameters die een onzekerheidsmarge kennen. We hebben hun afzonderlijke bijdragen aan de totale maatschappelijke kosten bepaald. Het eindresultaat blijkt een stuk minder gevoelig te zijn voor deze parameters, dan voor de parameters die onderdeel zijn van de gevoeligheidsanalyse. Desalniettemin leiden ook zij tot een onzekerheidsmarge op het eindresultaat.

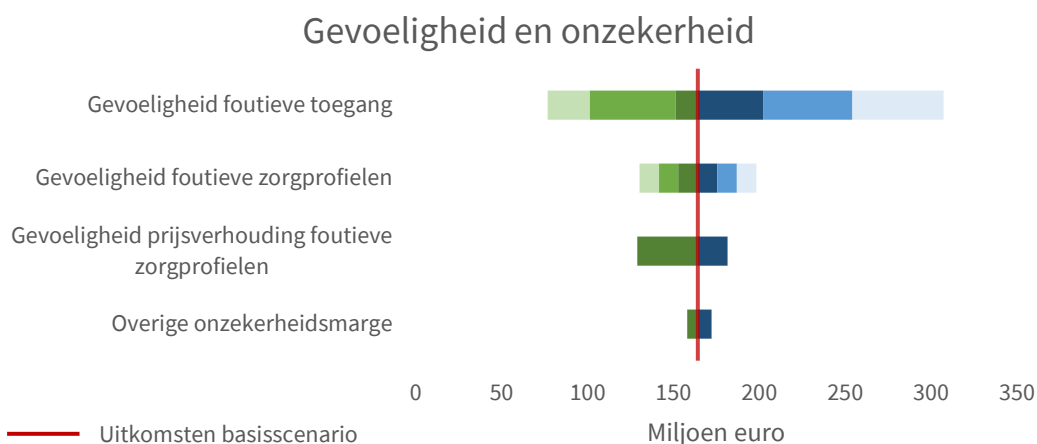
Ieder van de effecten die worden beschreven in de rest van dit hoofdstuk is afhankelijk van een aantal van deze variabelen. Voor iedere variabele is een bepaalde bandbreedte gehanteerd. Deze zijn terug te vinden zijn in bijlage B. Per effect zijn al deze onzekerheden één

voor één doorgerekend en zijn de maximale afwijkingen van het resultaat in het basisscenario genomen als onzekerheidsmarge voor het effect.

De bandbreedte van het totale resultaat is ten slotte bepaald door de wortel van de som van de kwadraten van de onzekerheidsmarges van de individuele effecten te nemen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarges en gevoeligheidsanalyses

In de onderstaande figuur is het totale resultaat voor de verwachte toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief weergegeven. De verticale lijn is het resultaat dat volgt uit het basisscenario (164 miljoen euro per jaar). De bovenste balk is een weergave van de gevoeligheid van dit resultaat voor het percentage foutief toegelaten cliënten tot de Wlz. De twee balken daaronder geven de gevoeligheid van de maatschappelijke kosten voor het percentage foutieve zorgprofielen en de verdeling daarvan in duurdere en goedkopere zorgprofielen weer. De onderste balk bevat de gecombineerde onzekerheden van alle overige parameters.



Figuur 9: De effecten van de verschillende gevoeligheidsanalyses en onzekerheidsmarges op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

6.1.2 Effect op de ervaren kwaliteit van leven

Er zijn verschillende effecten in het beleidsalternatief die gevolgen hebben voor de ervaren kwaliteit van leven van cliënten. Omdat er zeer weinig bekend is over wat de invloed van de verschillende effecten op de kwaliteit van leven van betrokkenen precies is, biedt dit te weinig aanknopingspunten voor een enigszins betrouwbare monetaarisatie ervan. Daarom is de keuze gemaakt om deze effecten niet te monetaariseren, maar slechts kwalitatief te beschrijven.

Het totale effect op de ervaren kwaliteit van leven is een combinatie van positieve en negatieve ontwikkelingen als gevolg van de verschillende consequenties van het beleidsalternatief. Hieronder worden de verschillende effecten beschreven. Om bovenstaande reden is het niet mogelijk om aan te geven of zij netto een positief of negatief effect hebben.

Toename in het aantal Wlz-cliënten

In het beleidsalternatief krijgen naar verwachting meer cliënten toegang tot de Wlz. Aangezien veruit de meeste van deze cliënten toegang tot de Wlz als een positief effect zullen ervaren, zal de ervaren kwaliteit van leven hierdoor stijgen.

Aan de andere kant zal er bij meer toegelaten cliënten een grotere zorgvraag zijn. Vanwege de huidige tekorten in de zorg is het niet de verwachting dat het aantal zorgprofessionals in dezelfde mate groeit als het aantal toegelaten cliënten. Een mogelijk gevolg hiervan is dat er per cliënt iets minder intensieve zorg geleverd kan worden. Hierdoor kan de ervaren kwaliteit van leven (in dit geval de kwaliteit van zorg) dalen.

Het eerste effect heeft betrekking op een kleiner aantal personen dan het tweede, maar is per persoon vermoedelijk groter. Dit tweede effect is naar verwachting kleiner dan de toename van ervaren kwaliteit van leven door het vaker verlenen van toegang tot de Wlz.

Verkeerd afgegeven zorgprofielen

Een foutief afgegeven zorgprofiel kan zowel zwaarder als minder zwaar zijn dan de zorg die volgens het correcte zorgprofiel geleverd zou worden. Cliënten die minder intensieve zorg ontvangen dan gewenst, zullen daar een daling in de kwaliteit van leven door ervaren. Voor cliënten die een zorgprofiel geïndiceerd krijgen dat zwaardere zorg voorschrijft dan nodig is verandert er naar alle waarschijnlijkheid niet veel. Het ligt namelijk in de lijn der verwachting dat een zorgaanbieder geen onnodig intensieve zorg zal leveren aan een cliënt, ook al zou dat middels de financiering via het geïndiceerde zorgprofiel mogelijk zijn.

Andersom is ook te verwachten dat als blijkt dat een cliënt een hogere zorgvraag heeft dan (financieel) mogelijk wordt gemaakt door het geïndiceerde zorgprofiel, er snel een herindicatie wordt uitgevoerd om een beter passend zorgprofiel te krijgen.

Door deze gevolgen is het maar zeer de vraag of het indiceren van foutieve zorgprofielen in de praktijk een groot effect zal hebben op de ervaren kwaliteit van leven van cliënten.

Meer escalaties door langere wachttijden

De verwachting is dat de wachttijden voor de Wlz in het beleidsalternatief op zullen lopen. De kans dat een cliënt die op de wachtlijst staat een escalatie meemaakt, zal dus ook meegroeien. Aangezien escalaties een negatief effect hebben op de ervaren kwaliteit van leven, zal deze kwaliteit in het beleidsalternatief dalen ten opzichte van het nulalternatief.

Verminderde keuzevrijheid

Momenteel geeft het CIZ informatie aan cliënten over het mogelijke gebruik van een pgb, mpt of vpt. In het beleidsalternatief bestaat er een prikkel voor zorgaanbieders om zich hierin minder onafhankelijk op te stellen.

De ervaren kwaliteit van leven van cliënten die door een eventueel gebrek aan voorlichting niet kiezen voor een van deze leveringsvormen, maar dat liever wel gewild zouden hebben, zal dalen.

Minder handen aan het bed vanwege indicatiestelling door zorgprofessionals

Zorgaanbieders zouden ervoor kunnen kiezen om het indicatiestellingsproces te versnellen door zorgprofessionals hierbij mee te laten helpen (zie bijvoorbeeld paragraaf 5.7). Hierdoor zal de intensiteit van geleverde zorg dalen, waardoor de ervaren kwaliteit van leven van cliënten zal dalen.

Zelfs als zorgaanbieders ervoor zouden kiezen om zorgprofessionals te laten helpen met indiceren, gaat het naar alle waarschijnlijkheid om een relatief klein deel van hun tijd. Omdat deze daling in geleverde zorgintensiteit wordt verspreid over alle Wlz-clieënten in Nederland, zullen de gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven naar verwachting zeer klein zijn.

6.2 Conclusies

In deze indicatieve MKBA hebben we de maatschappelijke kosten en baten van het beleidsalternatief —de situatie waarin zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor de Wlz— vergeleken met een nulalternatief (de huidige situatie).

Het centrale resultaat van hiervan is dat de **maatschappelijke kosten** voor het beleidsalternatief ongeveer **164 miljoen euro per jaar hoger** zijn dan in het nulalternatief (zie Figuur 8 in paragraaf 6.1.1). Dit resultaat is echter fors afhankelijk van een aantal parameters waarvan de precieze waarde onbekend is. Daarom hebben we een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd voor deze parameters. Dat geeft aanleiding tot een aanzienlijke bandbreedte in de uitkomsten, maar alle scenario's die daarin voorkomen, leiden tot een toename van de maatschappelijke kosten voor het beleidsalternatief.

Effecten die betrekking hebben op de kwaliteit van leven zijn hiervan geen onderdeel, omdat zij hierin niet op een betrouwbare manier meegenomen kunnen worden. Kwalitatief gezien leidt het beleidsalternatief tot zowel effecten die tot een toename van de kwaliteit van leven leiden, als effecten die tot een afname ervan leiden. Vanwege de onbekendheid van de onderlinge omvang van deze verschillende effecten, kunnen we geen uitspraken doen over het netto-effect daarvan.

Deze uitkomsten betekenen dat het vanuit een breed maatschappelijk perspectief dus niet wenselijk is om de toegang voor de Wlz bij de zorgaanbieders te beleggen.

Deze uitkomst komt in hoge mate voort uit de manier waarop de Wlz georganiseerd is: sturen op betaalbaarheid van het stelsel vindt praktisch alleen bij de toegang plaats (zie ook paragraaf 2.2.1). In het beleidsalternatief zou dat instrument praktisch wegvallen, wat tot een stijging van de maatschappelijke kosten zou leiden.

Uiteraard is het mogelijk om het stelsel van de Wlz zodanig te veranderen dat er andere manieren zijn om op betaalbaarheid te sturen. Het beleidsalternatief zou dus verrijkt kunnen worden met aanvullende instrumenten om de kostenstijging te beheersen. We hebben deze niet gedefinieerd of doorgerekend in deze rapportage, omdat daarvoor tal van mogelijkheden zijn. Omdat dergelijke instrumenten slechts bedoeld zijn om de effecten te mitigeren, zou het centrale resultaat —een netto toename van de maatschappelijke kosten— echter onveranderd blijven.

De situatie in het beleidsalternatief is dus in geen enkel scenario aantrekkelijker vanuit een breed maatschappelijk perspectief.

6.3 Advies: mogelijkheden voor vergroten van de maatschappelijke meerwaarde

Hierboven concludeerden we dat een het beleggen van de indicatiestelling bij aanbieders hoogstwaarschijnlijk geen maatschappelijke meerwaarde zal hebben. Welke alternatieven bestaan er die deze meerwaarde mogelijk wel vergroten? Hieronder verkennen we enkele ideeën waarvan verwacht mag worden dat dit het geval is. We onderstrepen dat we deze niet aan een kwantitatieve analyse onderworpen hebben.

De meerwaarde van de *huidige werkwijze* komt voort uit drie kenmerken ervan:

- Het onafhankelijke karakter: toegang en zorgverlening zijn bij verschillende organisaties belegd, zodat de toegang kan functioneren als instrument voor kostenbeheersing (effecten paragrafen 5.1 en 5.2) en informatievoorziening (effect paragraaf 5.5);
- Het wordt door één organisatie uitgevoerd: dit voorkomt snijverlies door versnippering (effect paragrafen 5.7 en 5.8), borgt eenduidige informatieverzameling (effect paragraaf 5.6) en een gelijke positie voor alle cliënten (geen onderdeel van de indicatieve MKBA);
- De snelheid waarmee indicaties uitgevoerd (kunnen) worden: dit kan escalaties voorkomen (effect paragraaf 5.3) en de eigen bijdragen die hiermee samenhangen (effect paragraaf 5.4).

Wat betreft de eerste twee zien wij weinig aanknopingspunten voor een toename van de maatschappelijke meerwaarde: veel onafhankelijker en door minder organisaties dan nu het geval is, kunnen indicaties niet afgegeven worden. Bij de derde zit volgens ons nog wel een kleine potentie tot verbetering (zie o.a. paragraaf 5.3).

Er zijn echter nog enkele veranderingen denkbaar die tot een toename van de maatschappelijke meerwaarde kunnen leiden. We hebben we ze in voorgaande echter nog niet behandeld, omdat de huidige werkwijze en het gehanteerde beleidsalternatief zich hierin nog onderscheiden. Het betreft:

1. De omgeving van de cliënt meenemen in het bepalen van de zorgvraag;
2. Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling.

1. De omgeving van de aanvrager meenemen in het bepalen van het zorgprofiel

Momenteel wordt in de Wlz slechts de cliënt en diens zorgvraag meegenomen in het proces van indicatiestelling. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld de Wmo, waarin ook de omgeving en het netwerk van de persoon in kwestie een plek krijgen bij het bepalen van wat nodig is. Wanneer iemand in een instelling woont of gaat wonen, is dit eerste een meer voor de hand liggende benadering. Tegelijkertijd kent ook de Wlz verschillende leveringsvormen waarbij de cliënt thuis blijft wonen.

Het is goed denkbaar dat bij het breed meenemen van de omgeving van de cliënt het proces van indicatiestelling in een aantal gevallen een Wlz-indicatie niet nodig blijkt, of dat deze weliswaar nodig is, maar via pgb, mpt of vpt geleverd kan worden. En waar het vanuit de problematiek mogelijk en vanuit de cliënt wenselijk is om langer thuis te wonen, leidt dit tot een daling van de maatschappelijke kosten én een toename van de kwaliteit van leven.

2. Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling

In de huidige werkwijze wordt bij de indicatiestelling het benodigde zorgprofiel vastgesteld op basis van de problematiek van de persoon in kwestie. Deze zorgprofielen door het Rijk vastgesteld. De aanbieders kunnen vervolgens binnen de ruimte die de profielen bieden, doen wat nodig is voor de cliënt (zolang de problematiek binnen het geldende zorgprofiel past). Tegenover zo'n profiel staat een bepaald bedrag, dat overeenkomt met de gemiddelde kosten van iemand met de betreffende problematiek.

Er zijn bijna 300.000 personen met een Wlz-indicatie. Zij vertonen een grote onderlinge diversiteit in problematiek, behoeften en omstandigheden. Het is de vraag of deze diversiteit adequaat gevangen kan worden in de ongeveer 40 zorgprofielen die er zijn. Wanneer al op het niveau van de indicatie(stelling) de profielen meer op maat gesneden kunnen worden, kan dit niet alleen tot meer passende zorg (en dus een kwaliteit van leven) leiden, maar ook tot meer doelmatige zorg en dus een daling van de maatschappelijke kosten.

A Bijlage: uitgebreide toelichting op werkwijze

De gevolgen die voortkomen uit de beleidstheorie uit hoofdstuk 4 moeten worden gemonetariseerd. Dit houdt aan dat er een kwantitatieve vertaling wordt gemaakt in de vorm van rekenregels. Deze rekenregels beschrijven hoe de gevolgen van het beleidsalternatief bijdragen aan de verschillende maatschappelijke effecten. In deze bijlage zijn de gehanteerde rekenregels samengevat. Ook de totstandkoming hiervan wordt in meer detail omschreven in deze bijlage.

A.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om meer cliënten toegang tot de Wlz te verlenen. Dit leidt tot het substitutie-effect zoals beschreven in paragraaf 4.1.1. Dit heeft gevolgen voor de maatschappelijke kosten, de ervaren kwaliteit van leven, en de lengte van de wachtlijsten voor de Wlz.

Effect op maatschappelijke kosten

Het substitutie-effect leidt ertoe dat de maatschappelijke kosten zullen stijgen. Om deze kosten te bepalen wordt onderstaande rekenregel gehanteerd.

Rekenregel 1.1

Financiële omvang substitutie-effect = [aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief] x [gemiddeld verschil in kosten] ,

waarbij

gemiddeld verschil in kosten = [gemiddelde kosten foutief afgegeven Wlz-indicatie] - [gemiddelde kosten vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Cliënten die foutief toegang krijgen tot de Wlz kunnen dit als positief of negatief ervaren. Dit beïnvloedt de ervaren kwaliteit van leven.

Rekenregel 1.2

Omvang substitutie-effect op kwaliteit van leven = [totale toename kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz] - [totale afname kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz] ,

waarbij

totale toename kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz = [aantal cliënten met onterechte toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit van leven per cliënt bij onterechte, gewenste toegang tot de Wlz] ,

en

totale afname kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz = [aantal cliënten met onterechte toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit van leven per cliënt bij onterechte, ongewenste toegang tot de Wlz] .

Bij verleende toegang tot de Wlz verandert naast de ervaren kwaliteit van leven, ook de eigen bijdrage die betaald moet worden door de cliënt. Dit effect wordt weergegeven in de volgende rekenregel.

Rekenregel 1.3

Financiële omvang eigen bijdrage bij extra toegang Wlz = [aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief] x ([gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg (Wmo)] - [gemiddelde eigen bijdrage Wlz]) .

Wachlijsten

Voor de Wlz worden vier verschillende wachlijsten gehanteerd.

- Actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg: cliënten met een noodzaak tot opname. Er wordt niet gewacht tot de voorkeursaanbieder plek heeft. In plaats daarvan zoekt de voorkeursaanbieder ergens in het land een passende opnameplek voor de cliënt. Omdat de cliënt wel direct zorg nodig heeft, wordt er tijdens de wachttijd tijdelijk andere zorg geleverd.
- Actief wachtende cliënten met overbruggingszorg: gelijk aan bovenstaand, maar de cliënt ontvangt geen tijdelijke zorg.
- Niet-actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg: cliënten met een voorkeur voor een aanbieder kunnen ervoor kiezen om te wachten tot deze aanbieder plek heeft. Deze groep wachtende cliënten krijgt tijdens de wachttijd tijdelijk andere zorg geleverd.
- Niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg: gelijk aan bovenstaand, maar de cliënt ontvangt geen tijdelijke zorg.

Voor actief wachtende cliënten bestaan er zogenaamde treeknormen. Deze treeknormen zijn de vastgestelde termijnen waarbinnen een opname geregeld moet zijn. Voor V&V is de treeknorm 6 weken, voor de overige sectoren bedraagt dit 13 weken.

Voor ieder van de vier wachlijsten bepalen we de totale jaarlijkse wachttijd in weken. Dit doen we voor de V&V-profielen en de VG-profielen afzonderlijk. Belangrijk om te vermelden is

dat (voor de actief wachtende cliënten) alleen cliënten die langer wachten dan de treeknorm worden meegerekend.

In het beleidsalternatief krijgen meer cliënten toegang tot de Wlz en zullen de wachtlijsten in principe groeien. Er wordt onderscheid gemaakt in V&V-clieënten en VG-clieënten. Aangenomen wordt dat er van de V&V-clieënten een hoger percentage op de wachtlijsten terechtkomt dan van de VG-clieënten. De belangrijkste reden hiervoor is dat V&V-clieënten veel vaker intramurale zorg ontvangen. Een andere aanname is dat de cliënten die in het beleidsalternatief onterecht toegang krijgen tot de Wlz en op de wachtlijst komen te staan, in dezelfde verhouding over de vier wachtlijsten worden verdeeld als de huidige cliënten.

De wachtlijsten in het beleidsalternatief zullen in principe dus toenemen. De groei van de wachtlijsten kan (deels) voorkomen worden door extra plekken in de zorg te creëren. Dit kan bereikt worden doordat zorgprofessionals iets minder intensieve zorg per cliënt bieden (minder tijd per cliënt besteden). Hierdoor komt er tijd vrij voor extra cliënten zodat de wachtlijsten afnemen.⁷

Voor ieder van de vier wachtlijsten wordt de lengte bepaald met behulp van onderstaande rekenregel. Hierin wordt meegenomen dat aanbieders de wachttijd kunnen verkorten door bewust langer te wachten met het afronden van de indicatiestelling. Dit effect wordt verder beschreven in bijlage A.4.

Rekenregel 1.4

Lengte wachtlijst in beleidsalternatief = [initiële lengte wachtlijst in beleidsalternatief] – [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] ,

waarbij

Initiële lengte wachtlijst in beleidsalternatief = ([lengte wachtlijst in nulalternatief] + [extra wachttijd door onterecht toegelaten cliënten in beleidsalternatief])
x (100% - [percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit]) .

De vermindering van intensiteit van zorg doordat er meer cliënten worden verzorgd door dezelfde hoeveelheid professionals leidt tot een daling in de ervaren kwaliteit van leven van alle cliënten in de Wlz.

Rekenregel 1.5

Omvang daling kwaliteit van leven door minder handen aan het bed = [procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz] x [gemiddelde afname kwaliteit per procent afname zorgintensiteit] x [totaal aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief] ,

waarbij

totaal aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief = [aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen in nulalternatief] + [extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit] .

⁷ Hier wordt aangenomen dat er geen nieuwe zorgprofessionals ingehuurd zullen worden.

A.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om hogere zorgprofielen af te geven. Net als onterecht verleende toegang leidt ook dit tot een substitutie-effect, zoals beschreven in paragraaf 4.1.2. Dit heeft gevolgen voor de maatschappelijke kosten en de ervaren kwaliteit van leven.

Effect op maatschappelijke kosten

In het beleidsalternatief zullen zorgaanbieders niet altijd het best passende zorgprofiel indiceren. De financiële prikkel kan hier een reden voor zijn. Ook kan het indiceren van een onterecht zorgprofiel voortkomen uit het feit dat zorgaanbieders minder bedreven zijn in het indiceren. De kosten van een foutief geïndiceerde zorgprofiel kunnen dus zowel hoger als lager zijn dan de kosten van het zorgprofiel dat in het nulalternatief geïndiceerd zou zijn. In de rekenregel worden beide situaties meegenomen.

Rekenregel 2.1

Financiële omvang foutief geïndiceerde zorgprofielen = [aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat duurder is] x [gemiddeld prijsverschil te duur zorgprofiel en correct zorgprofiel] + [aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat goedkoper is] x [gemiddeld prijsverschil goedkoper zorgprofiel en correct zorgprofiel] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Er zijn zowel cliënten die een hoger als een lager zorgprofiel krijgen geïndiceerd dan in het nulalternatief het geval zou zijn. Voor beide groepen zijn er cliënten die positief tegenover het foutieve zorgprofiel staan en cliënten die daar negatief tegenover staan.

Rekenregel 2.2

Verandering kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [toename kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen] – [afname kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen] ,

waarbij

toename kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [aantal cliënten met te duur zorgprofiel dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit bij gewenst, duurder zorgprofiel] + [aantal cliënten met goedkoper zorgprofiel dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit bij gewenst, goedkoper zorgprofiel] ,

en

afname kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [aantal cliënten met te duur zorgprofiel dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit bij ongewenst, duurder zorgprofiel] + [aantal cliënten met goedkoper zorgprofiel dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit bij ongewenst, goedkoper zorgprofiel] .

A.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden

Bij het oplopen van de wachtlijsten en de duur van de indicatiestelling is er een grotere kans dat er escalaties optreden gedurende deze tijd. Escalaties brengen maatschappelijke kosten met zich mee, en leiden ook tot een lagere ervaren kwaliteit van leven.

Effect op maatschappelijke kosten

Doordat een cliënt moet wachten op zorg die eigenlijk noodzakelijk is, kan het voorkomen dat er een escalatie optreedt. Een escalatie is een plotselinge verergering van de gezondheid van een cliënt, waardoor een onmiddellijke ingreep noodzakelijk is. Deze ingreep zou niet nodig zijn geweest als de cliënt direct de zorg geleverd had gekregen die aansloot bij de zorgvraag.

Voor dit onderzoek nemen we twee typen escalaties mee: cliënten die vanwege een snel toegenomen zorgvraag in een ziekenhuisbed terecht komen, en cliënten die crisiszorg uit de Wlz nodig hebben. Aangezien ziekenhuisbedden relatief hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengen, vertaald een toename in het eerste type escalaties zich in een toename van de maatschappelijke kosten. Voor de tweede type escalatie is het bepalen van het effect op de maatschappelijke kosten minder eenduidig. Hier nemen we aan dat cliënten die crisiszorg nodig hebben gehad uiteindelijk op worden genomen met een zorgprofiel dat één stap intensievere zorg behelst dan wat de cliënt anders nodig had gehad.

Voor onderstaande rekenregel wordt aangenomen dat het aantal optredende escalaties evenredig schaalt met de lengte van de wachttijd en indicatieduur. Aangezien het waarschijnlijker is dat de kans op een escalatie sterker groeit bij langere wachttijden, betreft het hier een voorzichtige afschatting.

Rekenregel 3.1

Financiële omvang extra escalaties = [gemiddelde kosten per escalatie] x ([aantal escalaties in het beleidsalternatief] – [aantal escalaties in het nulalternatief]),

waarbij

aantal escalaties in het beleidsalternatief = [som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief] x [kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt] ,

en

aantal escalaties in het nulalternatief = [som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het nulalternatief] x [kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt] .

Zorgaanbieders hebben in het beleidsalternatief de mogelijkheid om wachttijd effectief om te zetten in indicatieduur (zie paragraaf 4.3.1). Om een eerlijke vergelijking tussen de twee scenario's te kunnen maken, worden zowel escalaties tijdens de wachttijd als escalaties tijdens de indicatieduur meegenomen.

De lengte van de wachtlijsten is eerder beschreven in bijlage A.1. De totale wachttijd is simpelweg de som van de lengte van de vier verschillende wachtlijsten. De totale indicatieduur in het beleidsalternatief is afhankelijk van een aantal factoren en wordt in meer detail beschreven in bijlage A.4. Om het aantal escalaties te bepalen wordt alleen de duur van

de indicaties die leiden tot toegang tot de Wlz meegenomen. Een reden hiervoor is dat het onwaarschijnlijk is dat cliënten waarvan de aanvraag wordt afgewezen een escalatie zullen ervaren tijdens de indicatieduur.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Bij het optreden van een escalatie daalt logischerwijs de ervaren kwaliteit van leven. Een toename van het aantal escalaties betekent dus dat de ervaren kwaliteit van meer cliënten afneemt.

Rekenregel 3.2

Verandering kwaliteit van leven door extra escalaties = [gemiddelde afname in ervaren kwaliteit per escalatie] x ([aantal escalaties in het beleidsalternatief] – [aantal escalaties in het nulalternatief]) .

Indicatieduur in het beleidsalternatief

De indicatieduur in het beleidsalternatief zal naar alle waarschijnlijkheid afwijken van die in het nulalternatief. De verschillende redenen hiervoor volgen uit de beleidstheorie, beschreven in paragraaf 4.3.1, 4.3.2 en 4.2.1. Het aantal fte dat zorgaanbieders tekortkomen in het beleidsalternatief wordt gegeven door onderstaande rekenregel. Hierbij dient vermeldt te worden dat dit tekort ook een overschot zou kunnen zijn, afhankelijk van de precieze waarde van de verschillende variabelen.

Rekenregel 3.3

Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief] – [aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling] – [aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals] ,

waarbij

extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief] x ([percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaak over meerdere organen] – [percentage snelheidswinst in indicatiestelling]) .

Het aantal extra fte dat wordt ingehuurd om een eventueel tekort aan personeel voor de indicatiestelling (deels) in te vullen zal leiden tot hogere maatschappelijke kosten. Dit effect wordt verder beschreven in appendix A.7. Een ander deel van een eventueel personeelstekort voor indicatiestelling kan worden ingevuld door zorgprofessionals. Het effect hiervan is dat deze professionals minder tijd hebben om zorg te leveren, waardoor er minder handen aan het bed zijn. Dit effect wordt in meer detail beschreven in appendix A.8.

Met behulp van het tekort aan fte voor de indicatiestelling in het beleidsalternatief, en de hieronder beschreven rekenregel kan de indicatieduur per aanvraag worden bepaald.

Rekenregel 3.4

Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief = [indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief] x (100% + [percentage tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief]) ,

waarbij

percentage tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief] / ([aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief] + [extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief]) .

Tot slot wordt door middel van onderstaande rekenregel bepaald hoeveel tijd er per jaar in totaal wordt besteed aan alle indicaties die leiden tot toegang tot de Wlz.

Rekenregel 3.5

Totale indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief = [indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief] x [totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief] ,

waarbij

totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief = [aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het nulalternatief] / [kans dat een cliënt in het beleidsalternatief correct toegang krijgt tot de Wlz (onafhankelijk van de juistheid van het geïndiceerde zorgprofiel)] .

A.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces

Zoals beschreven in de beleidstheorie in paragraaf 4.3.1 hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om een indicatiestelling pas te voltooien op het moment dat er daadwerkelijk plek is voor een cliënt. Hierdoor komt de cliënt niet (of minder lang) op een wachtlijst te staan.

Effect op kosten voor de cliënt

Zodra een cliënt op de wachtlijst staat, moet de eigen bijdrage voor de Wlz worden betaald. Deze eigen bijdrage vervangt dan een eventuele eigen bijdrage die voor eerdere zorg, bijvoorbeeld via de Wmo, moet worden betaald. Omdat de eigen bijdrage voor de Wlz hoger is, bespaart het (formeel) verkorten van de wachttijd geld voor de cliënt. Dit is samengevat in onderstaande rekenregel. Het is belangrijk om in het oog te houden dat dit geen verlaging van de maatschappelijke kosten oplevert. Deze financiële middelen zullen immers ergens anders vandaan moeten komen.

Rekenregel 4.1

Financiële omvang aanpassing indicatieproces = [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] x ([gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg (Wmo)] – [gemiddelde eigen bijdrage Wlz]) .

Het aantal weken wachttijd dat wordt verschoven wordt bepaald voor ieder van de vier verschillende wachtlijsten. Het ligt immers in de lijn der verwachting dat voor actief wachtende cliënten vaker gebruik zal worden gemaakt van deze verschuiving van wachttijd.

Ook wordt er een onderscheid gemaakt tussen V&V en VG-profielen wat betreft de mate waarin deze formele verschuiving van wachttijd wordt toegepast.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Hoewel het formeel verplaatsen van wachttijd naar de indicatieduur een financieel positief effect heeft voor de cliënt, is er ook een nadeel. Tijdens de indicatieperiode heeft de cliënt geen zekerheid over de uitslag van de Wlz aanvraag. Door deze onzekerheid kan de ervaren kwaliteit van leven dalen. Dit wordt in rekening gebracht door de hieronder beschreven rekenregel. Echter is het wel de vraag in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is. Immers kan een zorgaanbieder de cliënt informeel al de uitslag van de aanvraag laten weten en alleen wachten met de formele uitslag.

Rekenregel 4.2

Verandering kwaliteit van leven door aanpassing indicatieproces = [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] x [gemiddelde daling kwaliteit van leven per week onzekerheid] .

A.5 Verminderde keuzevrijheid

Uit de beleidstheorie volgt dat cliënten minder goed geïnformeerd zullen worden over bijvoorbeeld het gebruik van een pgb (zie paragraaf 4.1.3). Hierdoor neemt de keuzevrijheid van de cliënt af, wat zowel financiële gevolgen als gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven met zich mee brengt.

Effect op maatschappelijke kosten

Het gebruik van een pgb leidt doorgaans tot lagere kosten dan zorg in natura. Als de informatievoorziening over pgb's afneemt, zal het gebruik ervan ook afnemen, en daarmee de maatschappelijke kosten toenemen. Ook het gebruik van een vpt of mpt levert vaak lagere maatschappelijke kosten op dan een andere vorm van zorg in natura.

Rekenregel 5.1

Financiële omvang verminderde keuzevrijheid = [meerkosten per cliënt voor (reguliere) zorg in natura in plaats van een pgb, vpt of mpt] x [aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet] ,

waarbij

aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet = [percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb, vpt of mpt] x [aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief] x [percentage cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Als een cliënt de voorkeur zou geven aan het gebruik maken van pgb, vpt of mpt, maar dat door gebrek aan informatie niet doet, heeft dat tot gevolg dat de cliënt een lagere kwaliteit van leven ervaart.

Rekenregel 5.2

Verandering kwaliteit van leven door verminderde keuzevrijheid = [aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet] x [gemiddelde daling ervaren kwaliteit van leven door ongewild gebruik van (andere) zorg in natura] .

A.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie

Naast de taak van het indiceren, wordt ook de taak van het verzamelen van landelijke informatie in het beleidsalternatief belegd bij verschillende, kleinere organisaties. Dit levert eenzelfde soort efficiëntieverlies als het versnipperen van de indicatietaat.

Effect op maatschappelijke kosten

Doordat het verzamelen van gegevens minder efficiënt wordt gedaan, is er een grotere hoeveelheid personeel nodig voor dezelfde taak, waardoor de maatschappelijke kosten zullen stijgen.

Rekenregel 6.1

Financiële omvang efficiëntieverlies informatieverzameling = [extra benodigd aantal fte voor informatieverzameling in beleidsalternatief] x [gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling] ,

waarbij

extra benodigd aantal fte voor informatieverzameling in beleidsalternatief = [aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief] x [percentage efficiëntieverlies] .

A.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling

Het eventuele tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief kan deels worden ingevuld door het aannemen van extra personeel, zoals beschreven in paragraaf 4.2.

Effect op maatschappelijke kosten

Het inhuren van extra personeel om indicaties te stellen vermindert een eventueel tekort aan fte voor deze taak, maar leidt logischerwijs wel tot hogere maatschappelijke kosten.

Rekenregel 7.1

Financiële omvang extra personeel indicatiestelling = [aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling] x [gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling] .

A.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Naast het inhuren van extra personeel kan een eventueel tekort aan fte voor het stellen van indicaties ook worden ingevuld door zorgprofessionals te laten indiceren.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

De zorgprofessionals die gaan indiceren zijn al in dienst bij de zorgaanbieders, dus de maatschappelijke kosten zullen hierdoor niet stijgen. Wel betekent dit dat deze professionals minder tijd zullen hebben voor het leveren van zorg, waardoor de zorgintensiteit per cliënt af zal nemen. Het gevolg hiervan is dat de ervaren kwaliteit van leven van cliënten zal dalen.

Rekenregel 8.1

Verandering kwaliteit van leven door indicerende zorgprofessionals = [percentage verlies aan zorgintensiteit per cliënt] x [gemiddelde daling van ervaren kwaliteit van leven per procent verminderde zorgintensiteit] x [aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief],

waarbij het aantal cliënten in de Wlz in het beleidsalternatief volgt uit rekenregel 1.5 en

percentage verlies aan zorgintensiteit per cliënt = [aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals] / [aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz] .

B Bijlage: gebruikte bronnen en gehanteerde aannames

Om de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage A daadwerkelijk te gebruiken zijn gegevens nodig. In deze bijlage wordt de methode waarop de benodigde input voor de rekenregels is verkregen beschreven. Ook de bronnen van de gebruikte gegevens zijn hierin opgenomen.

B.1 Gegevens uit het Erai-traject

Het Experiment Regelarme Instellingen (Erai) was een onderdeel van het plan “Waardigheid en Trots” dat door VWS in 2011 is gestart. Voor dit onderzoek zijn de resultaten uit het experiment gebruikt die zijn opgehaald gedurende 2017 en de eerste helft van 2018. Gedurende het experiment werden er door zorgaanbieders onderbouwde adviezen uitgebracht over de zorg die het best past bij de behoefte van cliënten. Deze adviezen zijn door het CIZ beoordeeld, waarna er feedback is gegeven aan de aanbieders. Het CIZ heeft de zorgaanbieders gedurende het traject ondersteund bij de wijze van indicatiestelling.

In de periode van anderhalf jaar tussen begin 2017 en half 2018 zijn er in totaal 2615 adviezen door zorgaanbieders voorgelegd aan het CIZ.⁸ Hiervan werden er 2347 (gelijk aan 89,75%) door het CIZ als correct beoordeeld. Bij 59 adviezen (2,26%) werd er onterecht toegang tot de Wlz verleend en bij de overige 209 adviezen (7,99%) werd er een verkeerd zorgprofiel geïndiceerd.

Het aantal cliënten dat (on)terecht toegang krijgt tot de Wlz in het beleidsalternatief

In 2019 werd er door het CIZ in totaal 103.048 keer toegang tot de Wlz verleend. In het beleidsalternatief zal het aantal keer dat er toegang tot de Wlz wordt verleend hoger liggen. Van dit hogere aantal nemen we aan dat er in 2,26% van de gevallen onterecht toegang tot de Wlz is verleend (gelijk aan het percentage uit het Erai-traject). Het aantal keer dat er terecht toegang tot de Wlz is verleend gelijk moet vervolgens gelijk zijn aan het aantal in het nulalternatief.

Door aan allebei de bovenstaande randvoorwaarden te voldoen, komen we uit op een totaal van 105.427 keer dat er in het beleidsalternatief toegang tot de Wlz wordt verleend. Het aantal

⁸ Hier worden alleen “eerste adviezen” geteld. Foutieve adviezen werden in het traject na beoordeling teruggestuurd bij de zorgaanbieder, zodat deze verbeterd en opnieuw ingediend konden worden. In het beleidsalternatief zou een dergelijke verbetering niet plaatsvinden, dus is ervoor gekozen om alleen eerste adviezen mee te nemen.

aanvragen waarvoor in het beleidsalternatief foutief toegang tot de Wlz wordt verleend bedraagt dan 2,26% hiervan, ofwel 2.379 cliënten.

Dit percentage bepaald een groot deel van de toename van de maatschappelijke kosten. Het is dan ook meegenomen als onderdeel van de gevoeligheidsanalyse.

Gemiddelde kosten foutief afgegeven Wlz-indicatie

Van alle aanvragen die in het Erai-traject onterecht toegang tot de Wlz zouden hebben gekregen bij een indicatiestelling door zorgaanbieders is het aangevraagde zorgprofiel bekend. Deze zorgprofielen bedragen voornamelijk V&V-profielen, en een paar VG-profielen. We nemen aan dat de verhouding van zorgprofielen van cliënten met een foutief verleende toegang in het beleidsalternatief gelijk is aan de verhouding uit het Erai-traject. Doordat de dagprijs per zorgprofiel ook is opgenomen in de data uit dit traject, is het mogelijk een gemiddelde dagprijs te bepalen voor een cliënt die foutief toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief. Deze dagprijs is bepaald als 90% van het maximumtarief dat de NZa in 2019 rekende. Deze berekening komt uit op een dagprijs van € 193, wat tot een jaarlijks bedrag van € 70.356 per foutief verleende toegang zou leiden. Echter gaat dit alleen over intramurale cliënten. De dagprijs voor cliënten die gebruik maken van een mpt, vpt of pgb is aanzienlijk lager. Voor ieder zorgprofiel hebben we de huidige percentages van het gebruik van de verschillende leveringsvormen zoals bijgehouden op de Monitor Langdurige Zorg genomen. Door de verdeling in zowel zorgprofielen als leveringsvormen gelijktijdig door te voeren en de prijs te schalen met dit gebruik, komen we uit op een dagprijs van € 181. Dit leidt tot een jaarlijks bedrag van € 65.974 per foutief verleende toegang.

Verschuiving wachttijd naar indicatieduur

Uit het Erai traject is gebleken dat zorgaanbieders soms wachten met het indienen van een indicatie om zo wachttijd te verkorten ten koste van indicatieduur. In de tabel hiernaast is te zien hoe vaak een bepaalde verschuiving plaatsvond.

Voor dit onderzoek wordt de aanname gemaakt dat geen gebruik wordt gemaakt van deze procesvrijheid door aanbieders voor niet-actief wachtende cliënten. Voor actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt aangenomen dat slechts in 50% van de gevallen gebruik wordt gemaakt van deze procesvrijheid. Met andere woorden, 50% van de cliënten valt automatisch in de categorie "geen verschuiving", en de andere 50% wordt verdeeld volgens de weergegeven percentages. Voor actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg wordt in 100% van de gevallen de procesvrijheid volgens deze percentages vormgegeven.

Verschuiving	%
Geen verschuiving	32,83%
Minder dan 1 week	44,43%
1-2 weken	12,52%
2-3 weken	5,05%
3-4 weken	2,35%
Meer dan 1 maand	2,82%

Tabel 6: Frequentie van verschuivingen van wachttijd naar indicatietijd

Het aantal weken verschuiving waar dit toe leidt is terug te vinden in de lijst in appendix B.5.

Om de onzekerheidsmarge van de totale toename in maatschappelijke kosten te bepalen zijn de volgende bandbreedtes doorgerekend

- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 50% en 100% gehanteerd (100% in het basisscenario).
- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 100% gehanteerd (50% in het basisscenario).

- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 10% gehanteerd (0% in het basisscenario).
- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 5% gehanteerd (0% in het basisscenario).

Foutief geïndiceerde zorgprofielen en prijsverschillen

Uit het Erai-traject is gebleken dat er in 8% van de gevallen een verkeerd zorgprofiel werd geïndiceerd. Hiervan hadden er 68% een hogere en 32% een lagere prijs dan het correcte zorgprofiel. Dit komt neer op respectievelijk 5.765 en 2.661 te hoog en te laag geïndiceerde zorgprofielen. De gemiddelde dagprijs van de te hoog geïndiceerde zorgprofielen bedroeg € 221, terwijl de gemiddelde dagprijs van de correcte zorgprofielen € 179 zou zijn geweest. Voor de te laag geïndiceerde zorgprofielen bedroeg het gemiddelde bedrag € 189, en zou de gemiddelde dagprijs van het correcte zorgprofiel € 233 zijn geweest.

Zowel het percentage foutief afgegeven zorgprofielen als de verdeling in duurdere en goedkopere zorgprofielen heeft een groot effect op de totale maatschappelijke kosten. Om deze reden zijn beide percentages in een gevoeligheidsanalyse meegenomen.

B.2 Gegevens uit andere bronnen

Gemiddelde kosten vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject

Uit het onderzoek “Wat als zorg wegvalt” van het SCP is te achterhalen welk percentage van ieder type zorg als alternatief aanspraak zou maken op zorg uit de Wlz. Ook zijn het aantal uren publiek gefinancierde hulp bekend, en zijn deze uitgesplitst naar verschillende vormen. Door deze uren te vermenigvuldigen met 90% van de maximumtarieven van de NZa voor hun respectievelijke zorgwetten, volgt een gemiddelde prijs per jaar van € 17.893.

Naast de vervallen kosten voor zorg via de Wmo/Zvw/Jeugdwet vervallen voor intramurale cliënten ook eventuele huurkosten. Aangenomen is dat VG-cliënten niet vanuit zelfstandig wonen komen, en dus geen huurkosten hadden. Voor V&V-cliënten is aangenomen dat 60% vanuit een woonhuis komt en 40% uit een huurhuis. Voor woonhuizen is aangenomen dat de hypotheek volledig afgelost is.

Van de woonhuizen betreft 64% sociale huur (het percentage onder de liberalisatiegrens in 2017 volgens de huurmarkt cijfers van Vastgoed Management Nederland). De gemiddelde huurprijs voor sociale huur is als € 533 per maand genomen. Voor woonhuizen in de vrije sector is een maandelijks huur van € 1004 gehanteerd. Beide bedragen komen van het dashboard van de Directie Woningmarkt van het Rijk. Door deze huurprijzen te wegen met de verhouding van extra instromende VG en V&V-cliënten in het beleidsalternatief volgt een gemiddelde vervallen huur van € 2.975 per jaar. De totale vervallen kosten voor de nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief bedragen dan dus € 20.868 per jaar.

Voor de bepaling van de onzekerheidsmarge van de totale maatschappelijke kosten is een afwijking van 10% (zowel hoger als lager) van deze jaarprijs in acht genomen.

Lengte wachtlijst in nulalternatief

Zoals beschreven in bijlage A.1 wordt er gebruik gemaakt van vier verschillende wachtlijsten. Voor ieder type wachtlijst wordt iedere maand het aantal cliënten dat op zorg wacht bijgehouden door het Zorginstituut Nederland (ZiN). Voor actief-wachtende cliënten wordt

alleen wachttijd langer dan de treeknorm⁹ meegenomen. Deze wachtlijsten zijn uitgesplitst naar V&V-cliënten en VG-cliënten. Daarnaast wordt wachttijd ingedeeld in een aantal intervallen (minder dan 6 weken, 6-13 weken, 3-6 maanden, 6-12 maanden, en meer dan een jaar).

Voor dit onderzoek worden de gegevens uit 2019 gebruikt. Het gemiddeld aantal wachtende cliënten op een peildatum wordt voor ieder interval omgerekend naar een aantal wachtende cliënten per jaar. Door te vermenigvuldigen met de gemiddelde wachttijd per interval wordt voor ieder type wachtlijst de totale wachttijd verkregen. De verschillende wachttijden (in weken) zijn terug te vinden in de samenvattende lijst in appendix B.5.

Extra wachttijd door onterecht toegelaten cliënten in beleidsalternatief

Van het totale aantal extra cliënten dat onterecht toegang krijgt tot de Wlz in het beleidsalternatief krijgt 88% een V&V-profiel en 12% een VG-profiel geïndiceerd. Deze percentages komen overeen met die van de geïndiceerde profielen van onterechte Wlz-indicaties uit het Erai traject. Vervolgens wordt aangenomen dat alle cliënten met een V&V-profiel op de wachtlijst komen. Voor VG-profielen wordt aangenomen dat slechts 50% op een wachtlijst terecht komt. De reden hiervoor is dat deze cliënten veel minder vaak intramurale zorg nodig hebben.

Het op deze wijze berekende aantal cliënten dat op een wachtlijst terecht komt wordt vervolgens verdeeld over de vier typen wachtlijsten naar rato van het aantal cliënten op deze wachtlijsten in het nulalternatief. De extra wachttijd per wachtlijst die hierdoor ontstaat is terug te vinden in de samenvattende lijst in appendix B.5.

Voor het bepalen van de onzekerheidsmarge op de totale toename van de maatschappelijke kosten worden de volgende bandbreedtes gehanteerd

- Voor het percentage extra toegelaten cliënten dat een V&V-profiel krijgt wordt een bandbreedte tussen de 75% en 95% gehanteerd (88% in het basisscenario). In alle gevallen wordt aangenomen dat het overige percentage VG-profielen betreft.
- Voor het percentage cliënten met een V&V-profiel dat op een wachtlijst terecht komt wordt een bandbreedte tussen de 50% en 100% gehanteerd (100% in het basisscenario).
- Voor het percentage cliënten met een VG-profiel dat op een wachtlijst terecht komt wordt een bandbreedte tussen de 0% en 100% gehanteerd (50% in het basisscenario).

Aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen in nulalternatief

Per jaar zijn er vier meetmomenten (een per kwartaal) van het aantal geldende zorgprofielen. Voor de berekening is het gemiddelde van de meetmomenten in 2019 genomen.

Gemiddelde kosten per escalatie

Het eerste type escalatie dat wordt meegenomen betreft een opname in het ziekenhuis door een cliënt op de wachtlijst voor Wlz zorg. Dit staat ook wel bekend als een ‘verkeerd bed’. De maximale kosten die de NZa voor een dergelijke opname hanteert bedroeg € 393,26 in 2019. De werkelijk in rekening gebrachte kosten lijken echter lager te liggen. Zo rekende het CZ/Zilveren Kruis in 2019 € 205,21 per dag in een ziekenhuisbed. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de realiteit wordt dit laatste bedrag hier gebruikt.

⁹ Voor V&V-profielen is de treeknorm 6 weken. Voor VG profielen bedraagt dit 13 weken.

Het tweede type escalatie betreft de inzet van crisiszorg. Hiervoor wordt een afschatting gemaakt door deze cliënten een zorgprofiel toe te rekenen dat één stap intensiever is dan het zorgprofiel dat ze eigenlijk geïndiceerd zouden krijgen. Dit komt neer op een dagprijsverschil van gemiddeld € 23.

Voor het dagprijsverschil van deze tweede vorm van escalaties is een onzekerheidsmarge van 20% (zowel duurder als goedkoper) gehanteerd.

Kans op escalaties en het aantal escalaties in beide alternatieven

In 2019 bedroeg het aantal patiënten dat per dag in een ‘verkeerd bed’ lag 550. Per jaar zijn dit dus 200.750 escalatie-dagen in het nulalternatief. Door dit te delen door som van de totale wachttijd en indicatieduur (in weken) voor cliënten die uiteindelijk toegang krijgen tot de Wlz, volgt dat elke week wachten (zowel indicatieduur als wachtlijst) een kans van 19% geeft op één dag escalatiezorg. Door de som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur (in weken) in het beleidsalternatief hiermee te vermenigvuldigen, blijken er 207.365 escalatie-dagen in het beleidsalternatief te zijn.

Het aantal cliënten dat crisiszorg heeft gehad is beschikbaar t/m 2018. In dat jaar was voor 1,26% van de cliënten crisiszorg nodig. Door dit te vermenigvuldigen met het geldende aantal V&V en VG-zorgprofielen in 2019 komt het aantal cliënten met crisiszorg in het nulalternatief uit op 3.478. Een schaling naar rato van de wachttijd geeft vervolgens 3.592 cliënten met crisiszorg in het beleidsalternatief.

Voor beide typen escalaties is er een bandbreedte van 30% (zowel groter als kleiner) gehanteerd voor de kans per week wachttijd dat een dergelijke escalatie optreedt.

Aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief

Bij een indicatiestelling zijn beoordelaars, onderzoekers, medisch adviseurs en administratieve ondersteuning nodig. Door de begrootte hoeveelheid fte voor ieder van deze functies per indicatieaanvraag te schalen naar het werkelijke aantal aanvragen volgt er een totaal van 454 fte.

Indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief

Met de invoering van de methode “CIZ versnelt” is een indicatiestelling mogelijk binnen 7 werkdagen.

Gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg

De gemiddelde eigen bijdrage wordt berekend naar rato van de verhouding van de verschillende voorafgaande zorg waar men gebruik van maakt. Deze percentages volgen uit het rapport “Wat als zorg wegvalt” van de SCP. De zorg buiten de Wlz wordt hierin opgedeeld in wijkverpleging, begeleiding, huishoudelijke hulp, informele hulp en zelf-betaalde hulp. Het percentage voor wijkverpleging wordt vermenigvuldigd met de som van de eigen bijdrage voor de Wmo (€ 4,38 per week) en het eigen risico (€ 7,40 per week). Het percentage voor huishoudelijke hulp en begeleiding wordt vermenigvuldigd met de eigen bijdrage voor de Wmo. Voor informele hulp en zelf-betaalde hulp wordt geen eigen bijdrage gerekend. De (gewogen) gemiddelde eigen bijdrage voor voorafgaande zorg komt zo uit op € 8,24.

Gemiddelde eigen bijdrage Wlz

De gemiddelde eigen bijdrage voor de Wlz wordt bijgehouden door het CBS en bedroeg in 2018 € 123,28.

Meerkosten per cliënt voor zorg in natura in plaats van een pgb

Het aantal gebruikers van een pgb wordt door het CBS bijgehouden, uitgesplitst naar de verschillende zorgprofielen. Voor de kosten van een zorgprofiel via een pgb wordt de tarieventabel van 2019 gebruikt. De gebruikte prijs is het gemiddelde tussen de “wel/geen begeleiding groep”, en “wel/geen vervoer”. De (gewogen) gemiddelde prijs van zorgprofielen van cliënten die gebruik maken van zorg in natura wordt bepaald aan de hand van 90% van de vastgestelde tarieven door de NZa. Het gemiddelde prijsverschil tussen zorg in natura en een pgb, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 51,59 per dag.

Meerkosten per cliënt voor intramurale zorg in natura in plaats van een vpt

Het aantal gebruikers van een vpt wordt door het CBS bijgehouden, uitgesplitst naar de verschillende zorgprofielen. Om de kosten te bepalen wordt het percentage dat een vpt kost ten opzichte van intramurale zorg (per zorgprofiel) vermenigvuldigd met de 90% van de vastgestelde maximumtarieven door de NZa. Het percentage wordt verkregen door de kosten die het Zilveren Kruis in 2020 rekent voor een vpt te vergelijken met die voor intramurale zorg. Het gemiddelde prijsverschil, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 38,34 per dag.

Meerkosten per cliënt voor intramurale zorg in natura in plaats van een mpt

Het totaal aantal gebruikers van een mpt wordt door het CBS bijgehouden. De uitsplitsing naar zorgprofielen is niet beschikbaar. Hiervoor hanteren we dezelfde verdeling als voor het gebruik van een vpt. De kosten van een mpt zijn ook niet eenduidig beschikbaar. Voor dit onderzoek wordt het gemiddelde (per zorgprofiel) tussen de kosten voor een vpt en een pgb genomen. Het gemiddelde prijsverschil, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 48,44 per dag.

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een pgb wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 14% van de Wlz-zorg via een pgb geleverd te worden.

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een vpt

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een vpt wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 5% van de Wlz-zorg via een vpt geleverd te worden

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een mpt

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een mpt wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 16% van de Wlz-zorg via een mpt geleverd te worden

Aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief

Door het percentage van Wlz aanvragen dat tot toegang leidt en nieuwe indicaties betreft te vermenigvuldigen met het aantal cliënten met toegang in het beleidsalternatief volgt dat er 69.244 nieuwe indicaties en 36.183 herindicaties per jaar zullen worden gesteld.

Aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief

De huidige ingeschatte capaciteit die het CIZ besteedt aan deze analysetaak bedraagt 6 fte. Omdat deze inschatting enige vorm van onzekerheid kent, is hiervoor een bandbreedte van 10% (zowel meer als minder capaciteit) gehanteerd.

Gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling

De inschatting van het CIZ is dat de gemiddelde kosten per jaar voor één fte rond de € 60.000 ligt. Voor deze personeelskosten is een bandbreedte van 10% (hogere en lagere kosten) genomen als onzekerheid.

Gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling

De gemiddelde personeelskosten voor één fte benodigd voor indicatiestelling bedragen € 66.448 per jaar. Dit is gewogen naar de verschillende functies die bijdragen aan een indicatie. Hier dient te worden vermeld dat dit alléén directe personeelskosten bedraagt van de eerdergenoemde functies. Bijkomende kosten, zoals overhead, zijn niet meegenomen in de berekening. Ook voor deze inschatting is een bandbreedte van 10% (hogere en lagere kosten) genomen.

Aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz

Door het totale aantal fte in de Wlz-zorg¹⁰ te delen door het aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen komt het aantal fte per cliënt uit op 0,41. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit niet het werkelijke aantal fte is, omdat alleen V&V en VG-profielen mee worden gerekend.

B.3 Inschattingen

Percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit

Voor het basisscenario is dit ingeschat op 2%. Deze lage inschatting komt voornamelijk vanwege de huidige tekorten in de zorg. Voor de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 0% en 5% gehanteerd.

Aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling

Het aantal fte dat extra wordt ingehuurd is afgeschat als 50% van het aantal fte dat extra nodig is in het beleidsalternatief voor een afhandeling van indicatiestellingen die gelijk is aan het nulalternatief. Hierdoor komt dit uit op 11,35 fte. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals

Het aantal fte dat wordt ingevuld door zorgprofessionals is afgeschat als 10% van het aantal fte dat extra nodig is in het beleidsalternatief voor een afhandeling van indicatiestellingen die gelijk is aan het nulalternatief. Hierdoor komt dit uit op 2,27 fte. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaak over meerdere organen

Hiervoor is een percentage aan 'snijverlies' van 10% ingeschat. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hier een bandbreedte tussen de 5% en 20% genomen.

Percentage snelheidswinst in indicatiestelling

Sinds de werkwijze van het CIZ middels de aanpak 'CIZ versnelt' is de inschatting dat zorgaanbieders niet veel sneller zullen indiceren dan het CIZ. Dit percentage is afgeschat als 5%. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hier een bandbreedte tussen de 0% en 20% genomen.

¹⁰ Kamerstuk 31765 nr. 411, 27-05-2019, bijlagen 884186 & 884185.

Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief

De inschatting is dat 40% van het tekort aan fte niet ingevuld zal worden door extra personeel of zorgprofessionals. Dit leidt ertoe dat er in het beleidsalternatief 9,1 fte voor indicatiestelling niet wordt ingevuld en dus zal leiden tot een langere duur van de indicatiestelling. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief

Met de invoering van "CIZ versnelt" is het aantal werkdagen dat het CIZ nodig heeft voor een indicatie gedaald naar 7. Het tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief (9,1 fte) kan worden vertaald naar een percentage van 1,9% wat er tekort wordt gekomen in het beleidsalternatief. Door dit te nemen als het percentage waarmee de indicatieduur toeneemt, wordt de indicatieduur (per aanvraag) in het beleidsalternatief 7,13 werkdagen.

Percentage cliënten dat van een pgb gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo'n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een pgb. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een pgb. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage cliënten dat van een vpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo'n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een vpt. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een vpt. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage cliënten dat van een mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo'n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een mpt. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een mpt. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage efficiëntieverlies door verspreiding informatieverzameling

Deze opslagfactor is als 20% genomen voor de berekening. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 5% en 30% gehanteerd.

B.4 Gegevens afgeleid uit andere gegevens

Extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit

Door het percentage vermindering van wachttijd door een verlaging van de zorgintensiteit (2%) te vermenigvuldigen met het aantal cliënten op de wachtlijsten in het beleidsalternatief, volgt het aantal weken waarmee de wachttijden worden verminderd.

Door de totale wachttijd van de wachtlijsten in het beleidsalternatief te delen door het aantal cliënten op deze wachtlijst krijgen we de gemiddelde wachttijd per cliënt (voor ieder van de vier wachtlijsten). Door de vermindering van de wachttijden (in weken) te delen door deze gemiddelde wachttijd, volgt het aantal extra cliënten (per wachtlijst) dat in het beleidsalternatief in de Wlz zorg terecht komt. Het totaal aantal extra cliënten in de Wlz zorg bedraagt 2.109.

Procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz

Het totaal aantal geldende zorgprofielen in het beleidsalternatief wordt bepaald door het aantal extra cliënten door een daling van zorgintensiteit (2.109) op te tellen bij het totaal aantal geldende zorgprofielen in het nulalternatief. De verhouding van het aantal zorgprofielen in het nulalternatief en het aantal zorgprofielen in het beleidsalternatief wordt dan gebruikt om de procentuele afname van zorgintensiteit (per cliënt) te berekenen. Deze bedraagt 0,76%.

Extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief

Door het percentage snelheidswinst t.o.v. de huidige werkwijze (5%) af te trekken van het efficiëntieverlies door de verspreiding van de indicatietaken (10%), komen we aan een opslagfactor voor het aantal fte. De extra fte die nodig is in het beleidsalternatief bedraagt dan 22,7.

B.5 Samenvatting

Variabele	Waarde	Rekenregels	Bronnen
Aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief	2.379	1.1, 1.3	Erai
Totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief	105.427	3.5	Erai
Gemiddelde kosten (per jaar) voor een foutief afgegeven Wlz indicatie	€ 65.974	1.1	Erai; NZa; Monitor Langdurige Zorg
Gemiddelde kosten (per jaar) voor een vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet traject	€ 20.868	1.1	“Wat als zorg wegvalt” (SCP); NZa; Directie Woningmarkt; Vastgoed management NL
Lengte wachtlijst actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	2.743 (V&V), 1.582 (VG)	1.4	ZiN
Lengte wachtlijst actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	7.661 (V&V), 1.781 (VG)	1.4	ZiN
Lengte wachtlijst niet-actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	58.023 (V&V), 22.243 (VG)	1.4	ZiN

Lengte wachtlijst niet-actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	741.087 (V&V), 90.484 (VG)	1.4	ZiN
Toename wachttijd actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg (weken)	104 (V&V), 58 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg (weken)	348 (V&V), 68 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd niet-actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg (weken)	2.167 (V&V), 784 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd niet-actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg (weken)	41.256 (V&V), 3.906 (VG)	1.4	Berekening
Verschuiving wachttijd actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg (weken)	194 (V&V), 27 (VG)	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Verschuiving wachttijd actief wachtende cliënten met overbruggingszorg (weken)	262 (V&V), 15 (VG)	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Verschuiving wachttijd niet-actief wachtende cliënten met/zonder overbruggingszorg (weken)	0	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit	2%	1.4	Inschatting
Aantal geldende V&V en VG zorgprofielen in nulalternatief	275.214	1.5, 8.1	CIZ
Extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit	2.109	1.5, 8.1	Berekening
Procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz	0,76%	1.5	Berekening
Aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat duurder is	5.765	2.1	Erai
Gemiddeld dagprijsverschil te duur zorgprofiel en correct zorgprofiel	€ 41,69	2.1	NZa
Aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat goedkoper is	2.661	2.1	Erai
Gemiddeld dagprijsverschil goedkoper zorgprofiel en correct zorgprofiel	€ 43,65	2.1	NZa
Gemiddelde kosten escalatie door verkeerd bed (per dag)	€ 205,21	3.1	CZ / Zilveren Kruis
Gemiddelde kosten hoger zorgprofiel door escalatie	€ 22,61	3.1	NZa
Kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt waarbij iemand in een ziekenhuisbed belandt	18,76%	3.1	NRC
Kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt waarbij crisiszorg nodig is	1,26%	3.1	CBS; ZiN
Aantal escalaties met ziekenhuisopname in het nulalternatief (dagen)	200.750	3.1, 3.2	Berekening
Aantal escalaties met ziekenhuisopname in het beleidsalternatief (dagen)	207.365	3.1, 3.2	Berekening

Aantal escalaties met crisiszorg in het nulalternatief (dagen)	3.478	3.1, 3.2	Berekening
Aantal escalaties met crisiszorg in het beleidsalternatief (dagen)	3.592	3.1, 3.2	Berekening
Aantal extra ingehuurd fte voor indicatiestelling	11,35	3.3, 7.1	CIZ
Aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals	2,27	3.3, 8.1	Inschatting
Aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief	454	3.3, 3.4	CIZ
Percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaken over meerdere organen	10%	3.3	Inschatting
Percentage snelheidswinst in indicatiestelling	5%	3.3	Inschatting
Indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief (werkdagen)	7	3.4	CIZ
Extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief	22,71	3.3, 3.4	Berekening
Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief	9,08	3.4	Berekening
Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief (werkdagen)	7,13	3.5	Berekening
Gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg	€ 8,24	1.3, 4.1	“Wat als zorg wegvalt” (SCP)
Gemiddelde eigen bijdrage Wlz	€ 123,28	1.3, 4.1	CBS
Meerkosten per cliënt voor zorg in natura in plaats van een pgb	€ 51,59	5.1	CBS; NZa
Meerkosten per cliënt voor andere zorg in natura in plaats van een vpt	€ 38,34	5.1	CBS; NZa; Zilveren Kruis
Meerkosten per cliënt voor andere zorg in natura in plaats van een mpt	€ 48,44	5.1	CBS; NZa; Zilveren Kruis
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb	14%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een vpt	5%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een mpt	16%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief	69.244	5.1, 5.2	CIZ
Percentage cliënten dat van een pgb gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting
Percentage cliënten dat van een vpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting
Percentage cliënten dat van een mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting

Aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief	6	6.1	CIZ
Percentage efficiëntieverlies door verspreiding informatieverzameling	20%	6.1	Inschatting
Gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling	€ 60.000	6.1	CIZ
Gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling	€ 66.448	7.1	CIZ
Aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz	0,41	8.1	CIZ; Kamerstuk 31765 nr. 411, 27-05-2019

Tabel 7: Overzicht van de gebruikte variabelen voor de verschillende rekenregels.

C Bijlage: Interviewleidraad maatschappelijke meerwaarde onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz

In opdracht van het CIZ brengt Andersson Elffers Felix (AEF) momenteel de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke indicatiestelling in beeld, via een indicatieve maatschappelijke kosten- en batenanalyse (indicatieve MKBA). Dat vraagt een zo volledig en scherp mogelijk beeld van de voor- en nadelen van onafhankelijke indicatiestelling en van de maatschappelijke gevolgen (van het loslaten) ervan. Wat deze voor- en nadelen zijn, kan sterk afhankelijk zijn van het perspectief. We spreken daarom graag alle belanghebbenden in de Wlz, om verschillende standpunten en beelden met elkaar te kunnen confronteren.

Indicatiestelling in Nederland

Verschillende domeinen in Nederland kennen verschillende vormen van indicatiestelling:

- Door financier (Wmo, Jeugd/Wijkteam)
- Door professional aanbieder (Zvw/Wijkverpleging)
- Door een onafhankelijke partij (Zvw/Huisarts, Wlz, Jeugd/Diverse)

1. Hoe kijkt u tegen deze verschillende vormen aan?

Indicatiestelling voor de Wlz

De indicatiestelling voor de Wlz wordt nu op onafhankelijke wijze door het CIZ uitgevoerd.

2. Wat zijn voor u de voor- en nadelen van deze werkwijze?
3. Welke overige aandachtspunten kent deze werkwijze?
4. Zijn er voor u goede redenen dat juist in de Wlz deze werkwijze gevolgd wordt?
5. Zijn er voor u andere vormen van indicatiestelling voor de Wlz denkbaar (door professional, aanbieder, financier, etc.) ?
 - a. Wat zijn daarvan voor u de voor- en nadelen en aandachtspunten?
 - b. Wat zijn de voorwaarden waaronder dat succesvol kan zijn?
6. Naar welke wijze van indicatiestelling gaat uw voorkeur uit?
 - a. Welke voor- en nadelen hebben voor u de grootste waarde en waarom?

Maatschappelijke effecten van (het loslaten van) onafhankelijke indicatiestelling

In de indicatieve MKBA worden twee scenario's met elkaar vergeleken:

- De huidige situatie, als voorbeeld van onafhankelijke indicatiestelling
- Een situatie waarin aanbieders verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling.

Als basis voor de indicatieve MKBA stellen we de *beleidstheorie* op; een kwalitatieve beschrijving van de (veronderstelde) effecten als gevolg van het loslaten van onafhankelijke indicatiestelling. Deze is op de volgende pagina weergegeven.

7. Mist u daarin nog effecten?
8. Zijn sommige oorzaak-gevolgrelaties u onduidelijk?
9. Ben u van mening dat bepaalde effecten *niet* optreden?

De effecten uit de beleidstheorie worden vervolgens zo goed mogelijk gekwantificeerd.

10. Heeft u daarbij nog aandachtspunten?

Tot slot

Zijn er nog andere vragen of opmerkingen die u over dit onderwerp of de MKBA heeft?

Houweling, I.J.M.

Van:
Verzonden: vrijdag 9 april 2021 09:18
Aan:
CC:
Onderwerp: FW: vooraankondiging consultatie Signalement van meerzorg naar passende zorg
Bijlagen: 20210324 Advies gepast gebruik IGJ.pdf

Beste F.,

Hierbij stuur ik je een beknopte reactie vanuit de IGJ op het 'Signalement van meer zorgzorg naar passende zorg'. Fijn dat jullie ons deze mogelijkheid hebben gegeven. Ik heb onze reactie geordend langs de vragen die in onderstaande mail worden gesteld.

- Herkent u de knelpunten die we signaleren? Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?
 - De knelpunten zijn over het algemeen herkenbaar, al staat de IGJ als toezichthouder op de kwaliteit van zorg op enige afstand van dit vraagstuk, waarbij het ook gaat over de bekostiging en doelmatigheid van passende zorg.
 - Wat nog ontbreekt in het signalement is de achterliggende ontwikkeling in de V&V en GZ: de steeds complexer wordende zorgvraag van cliënten. Een deel van de cliënten heeft zelfs zo'n complexe zorgvraag, dat deze niet meer is in te passen binnen het bestaande zorgaanbod en de bijbehorende bekostigingssystematiek.
 - De knelpunten rondom meerzorg en EKT lijken te koppelen aan deze ontwikkeling, in combinatie met een ZZP-systematiek die hier niet op is toegesneden.

- Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?
 - De IGJ verwacht van aanbieders in de langdurige zorg dat de zorg die zij leveren veilig en persoonsgericht is, afgestemd op persoonlijke behoeften en voorkeuren van de cliënt. Dit sluit ook aan op het door ZiN en de NZa geformuleerde principe dat passende zorg tot stand komt samen, met en rondom de cliënt.
 - In de geformuleerde actiepunten zien wij juist dit uitgangspunt onvoldoende terugkomen.
 - Strakkere beoordelingskaders en kwaliteitstandaarden scheppen enerzijds duidelijkheid bij de beoordeling van aanvragen meerzorg en ETK, maar maken het anderzijds in de regel niet gemakkelijker voor zorgverleners om, samen met de cliënt, te komen tot persoonsgerichte zorg.
 - Het is belangrijk ervoor te waken dat de voorgenomen actiepunten niet onbedoeld leiden tot extra complexiteit en starheid in het systeem. Houd de duiding van meerzorg dus zo eenvoudig mogelijk en biedt ruimte voor persoonsgerichte zorg.
 - In het verlengde hiervan willen we benadrukken dat de IGJ in haar toezicht niet noodzakelijkerwijs toetst of een behandeling 'evidence-based' is. Juist in de langdurige zorg is het belangrijk dat activiteiten waardevol zijn voor de cliënt vanuit een brede definitie van zorg waarbij welbevinden een grote rol speelt.
 - Specifiek tav actiepunt 4: De IGJ houdt geen toezicht op aanbieders binnen de Wmo. Ons toezicht binnen het sociaal domein is beperkt tot de jeugdhulp. Wel voeren we soms samen met Wmo-toezichthouders ons toezicht uit op aanbieders die vanuit meerdere financiële grondslagen zorg bieden.
 - Tot slot onderschrijven we het belang om te investeren in kennis en een kennisinfrastructuur in de langdurige zorg. Dit heeft ook wat betreft de IGJ prioriteit. Juist om zorgverleners de handvatten te bieden die nodig zijn om de zorg met en rondom een cliënt vorm te geven.

Daarnaast tref je bijgaand de advies dat wij als IGJ hebben verstuurd aan VWS over de kansen risico's voor de implementatie van gepast gebruik vanuit het perspectief van goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Dit plaats het bovenstaande mogelijk nog in een iets bredere context.

Veel succes met het verwerken van de ontvangen reacties en de verdere afronding van het signalement.

Met vriendelijke groet,
Peter Coolen

P.A. (Peter) Coolen

Coördinerend Specialistisch Adviseur

.....
Afdeling Bestuursondersteuning, Beleid en Strategie

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bezoekadres | Stadsplateau 1 | Utrecht

Postadres | Postbus 2518 | 6401 DA | Heerlen

.....
pa.coolen@igj.nl

Van:

Verzonden: vrijdag 2 april 2021 17:26

Aan: '

CC: _____

Onderwerp: RE: vooraankondiging consultatie Signalement van meerzorg naar passende zorg

Geachte heer, mevrouw,

Zoals u weet bereidt Zorginstituut Nederland een signalement voor over de regelingen voor Extra Kosten Thuis (EKT) en meerzorg in de Wlz. We hebben u daarover eerder mogen spreken. We hebben u op 18 maart jl geïnformeerd dat we u vandaag het concept daarvan toesturen ter consultatie. In die mail (hieronder) hebben we gemeld dat daar nogal tijdsdruk op staat. We hopen dat u in staat bent uw reactie voor 9 maart as te sturen.

We hebben de focus van het signalement sterk op de EKT en meerzorg gelegd. Daar spelen op dit moment de grootste problemen. Daarnaast is het zo dat we als Zorginstituut vier speerpunten hebben benoemd waaraan we de komende jaren prioriteit geven. De langdurige zorg is daar een van. We zullen voor elk speerpunt als startdocument een signalement maken, waarbij de aandachtspunten die we in het huidige signalement als input nemen.

Wat betreft de actiepunten die we in dit signalement noemen is het zo dat we daar prioritering in aan moeten brengen. We vragen daarvoor uw input.

U vindt bijlage 2 met de kwantitatieve gegevens als aparte bijlage. U ziet daar dat de tabellen 9 en 13 dezelfde zijn. Die fout zullen we op zo kort mogelijke termijn herstellen.

We hebben bij deze consultatie de volgende vragen:

- Herkent u de knelpunten die we signaleren?
- Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?
- Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

We zien uw inbreng graag voor 9 april as tegemoet. U kunt deze per mail sturen aan de heer Fons Hopman, fhopman@zinl.nl. Mocht u vragen hebben, kunt u hem bereiken op telefoonnummer 06-46846833.

Vriendelijke groet,

Ineke van der Voort, teammanager Wlz

Van:

Verzonden: donderdag 18 maart 2021 13:21

Aan:

CC:

Onderwerp: vooraankondiging consultatie Signalement van meerzorg naar passende zorg

Geachte heer, mevrouw,

Zoals u weet bereidt het Zorginstituut een signalement over meerzorg voor. We hebben daarover met u of vertegenwoordigers namens u recent een bestuurlijk overleg gehad. We hebben daarbij beloofd dat we u het definitieve concept voor de vaststelling daarvan in de Raad van Bestuur toesturen voor commentaar. We zijn nu bezig dat concept te schrijven. Na redactionele bewerking willen we u dat toesturen. Dat zullen we uiterlijk 2 april as doen. Om uw reactie te kunnen verwerken, vragen we u om uiterlijk op 9 april as te reageren. Om u de gelegenheid te geven daarvoor tijd in te plannen, sturen we u alvast dit bericht.

Alvast vriendelijk bedankt en groet,

Fons Hopman
Zorginstituut Nederland

--

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mw. dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 5000
www.igj.nl

Uw kenmerk
1796125-215682-Z

Datum 24 maart 2021
Betreft Advies gepast gebruik

Geachte mevrouw Van Diemen-Steenvoorde,

In uw brief van 14 december jongstleden vroeg u de IGJ u te adviseren over de **kansen en risico's voor de implementatie van gepast gebruik** vanuit het perspectief van goede, veilige en persoonsgerichte zorg. Dit in het verlengde van het in november jl. **gepubliceerde rapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú!' van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**. Met deze brief kom ik aan uw verzoek tegemoet. In ons advies gaan we allereerst in op gepast gebruik en hoe zich dit verhoudt tot ons toezicht op persoonsgerichte zorg. Vervolgens benoemen we wat wij zien als kritische succesfactoren in deze. Tot slot staan we stil bij wat er volgens ons nodig is voor een goede implementatie van gepast gebruik en welke **risico's we hierbij zien**.

Persoonsgerichte zorg

Gepast gebruik wordt door u gedefinieerd als het verlenen van zorg waarvan we weten dat deze meerwaarde heeft, en het niet langer verlenen van zorg zonder meerwaarde. Gepast gebruik sluit enigszins aan bij de wijze waarop de IGJ in toenemende mate toezicht houdt op de kwaliteit van zorg. Wij spreken in dit verband van persoonsgerichte zorg. Bij persoonsgerichte zorg staat de vraag centraal of de zorg die wordt geleverd is afgestemd op iemands persoonlijke (medische en niet medische) situatie in de volle breedte. Er is sprake van een enige mate van congruentie van gepast gebruik en persoonsgerichte zorg. Immers, zorg die persoonsgericht is, heeft per definitie een meerwaarde voor de patiënt. Waar gepast gebruik met name uitgaat van doelmatigheid, gaat persoonsgerichte zorg echter uit van de kwaliteit van zorg in de brede zin van het woord, dus ook inclusief welzijn en welbevinden, waarvan doelmatigheid slechts één aspect vormt.

De NZa en het Zorginstituut introduceren in hun advies het begrip passende zorg. **Dat is 'zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs'**. Hiermee wordt de meerwaarde die zorg heeft voor een individu, gekoppeld aan de vraag hoeveel deze zorg mag kosten. Als toezichthouder voor goede en veilige zorg kunnen en willen wij niet bepalen of de kosten van die zorg aanvaardbaar, dan wel redelijk zijn. Dat zouden we een onwenselijke rol vinden voor onszelf, omdat dit ons beperkt in onze effectiviteit als

toezichthouder in het brede palet van kwaliteit van zorg. Dat wil niet zeggen dat we geen oog hebben voor het perspectief van betaalbaarheid. Dat er een eindigheid zit aan het verlenen van zorg is ook in ons werk een gegeven. Is het niet in financieel opzicht, dan wel in termen van de steeds krappere personele beschikbaarheid. Goede zorg hangt bovendien onmiskenbaar samen met de vraag of de geleverde zorg doelmatig is. In ons kwaliteitstoezicht meten we de mate van doelmatigheid echter uitsluitend af aan in hoeverre de zorg is afgestemd op de reële behoefte van een patiënt, zoals patiënt en arts die samen begrijpen. Dat zorgaanbieders en -professionals daarbij oog hebben voor de kosten van een behandeling, ligt voor de hand en stimuleren we waar mogelijk. Het kwaliteitstoezicht moet daarmee als aanvullend worden gezien op gepast gebruik en/of passende zorg. Het is als het ware de andere kant van de medaille. Ons kwaliteitstoezicht, gericht op persoonsgerichte zorg, vormt daarmee een parallel spoor dat – naast de goede randvoorwaarden binnen bekostiging en inkoop en het toezicht daarop- kan worden bewandeld om de overkoepelende ambitie van zorg met een optimale meerwaarde voor de patiënt na te streven. Kortom, kwaliteitstoezicht kan zeker bijdragen aan, maar kan en mag niet het sluitstuk vormen van een traject gericht op het bevorderen van gepast gebruik. Uiteraard verricht de IGJ wel een belangrijke signalerende functie naar NZa, zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten waar evident sprake is van ondoelmatigheid.

Datum
18 februari 2021

Kritische succesfactoren

Of zorg meerwaarde heeft is niet een optelsom van objectieve gegevens, maar kan veelal slechts worden bepaald in een afweging op individueel patiëntniveau, door zorgverlener en patiënt samen. Maatregelen zouden zich naar oordeel van de inspectie dan ook moeten richten op het faciliteren van een goede afweging op het niveau van arts en patiënt en zich niet (uitsluitend) moeten richten op het op systeemniveau bepalen of behandelingen of ingrepen gepast zijn. Persoonsgerichte zorg richt zich op een besluitvormingsproces voor iedere individuele patiënt, niet op de uitkomsten van die besluitvorming voor een patiëntencollectief. De focus bij het bevorderen van gepast gebruik moet naar ons oordeel liggen bij het sturen op de goede voorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming door patiënten en zorgprofessionals en een proces van leren en verbeteren. We zien hierbij de volgende kritische succesfactoren:

1. Gebruik van uitkomsten

In de medisch-specialistische zorg, maar ook binnen andere zorgsectoren, wordt in toenemende mate ingezet op het meten van uitkomsten van zorg. Zowel klinische uitkomsten, als patiëntgerapporteerde uitkomsten. Dergelijke uitkomstinformatie wordt benut om samen met een patiënt te bepalen wat een gepaste behandeling is in zijn of haar situatie en om deze behandeling gaandeweg eventueel bij te sturen. Daarnaast stelt het zorgverleners in staat de geleverde zorg te evalueren. Uitkomstinformatie kan zo worden benut voor een doorlopend proces van leren en verbeteren van de zorg, wat ook de doelmatigheid ten goede komt. Hoewel er de laatste jaren al veel initiatieven op dit vlak zijn genomen, loont het om in te blijven zetten op uitkomstgerichte zorg en het ontsluiten van uitkomstinformatie op verschillende niveaus. In ons toezicht kijken we met name of de uitkomsten (op geaggregeerd niveau) goed gebruikt worden als brandstof voor leren en verbeteren én voor het leveren van persoonsgerichte besluitvorming bij de individuele patiënt. Grotere transparantie over uitkomsten kan bijdragen aan een andere wijze van verantwoorden, vanuit een vertrouwen in zorgverleners, waarbij

registraties worden beperkt tot die gegevens die zorgverleners en patiënten als zinvol ervaren en waarvan ze zien dat deze leiden tot persoonsgerichte zorg.

Datum
18 februari 2021

Overigens is het gebruiken van uitkomstinformatie op zich ook iets wat zorgaanbieders **moeten 'leren'**. Onder meer in de publicaties over de Basisset Kwaliteitsindicatoren en tijdens jaargesprekken met ziekenhuizen besteedt de IGJ veel aandacht aan dit leerproces. Ook spreekt de IGJ met veldpartijen over de wijze waarop uitkomstinformatie kan worden verkregen en gebruikt, zodanig dat zorgverleners daar de meerwaarde van begrijpen en het niet leidt tot hogere ervaren registratielasten.

2. Vertrouwen in het lerend vermogen en omgevingsbewustzijn van zorgverleners

Uitkomstinformatie en een andere manier van verantwoord en stelt zorgverleners in staat om op basis van feedback voortdurend te leren, ontwikkelen en verbeteren. Dat vereist een cultuur waarin vertrouwen in de professionaliteit en de intrinsieke motivatie van de zorgverlener het uitgangspunt en continu leren vanzelfsprekend is. Waarbij patiënten en hun naasten worden betrokken en structureel ruimte wordt gecreëerd om te kunnen reflecteren op het eigen en gezamenlijke functioneren in een veilige omgeving. Dat vraagt ook om een andere opstelling van toezichthouders. In plaats van de vraag of regels worden nageleefd, is het uitgangspunt hoe afwegingen gemaakt zijn. Leren en verbeteren is echter niet vrijblijvend en daar zien we dus strikt op toe. Dat toezicht kan zich naast cultuur in het algemeen, ook richten op zogenaamde lerende aanbevelingen uit kwaliteitstandaarden of veldnormen. Een mooi voorbeeld hiervan vormen de eisen die het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt aan lerende netwerken. Naast de kwaliteit en veiligheid en de persoonsgerichtheid van de zorg, heeft de afweging van professionals ook betrekking op de andere kant van de eerder in dit advies benoemde medaille: doelmatigheid en de vraag hoe de kwaliteit zich verhoudt tot betaalbaarheid of toegankelijkheid en het persoonlijk welbevinden waarvoor meerdere type hulpverleners zorg dragen. Opdat de afweging wordt gemaakt met zicht op uitkomsten én kosten. Een dergelijk proces van verantwoord en leren en verbeteren, kan daarmee ook de basis vormen voor een constructieve dialoog tussen zorgaanbieders en zorginkopers en mogelijk handvatten bieden voor innovatieve vormen van inkoop en verantwoording.

3. Voorwaarden voor het samenwerken in netwerken

De zorg voor patiënten wordt steeds complexer. Daardoor zijn er bij de behandeling van een patiënt steeds vaker meerdere zorgverleners betrokken. Het gaat dan zowel om zorgverleners uit verschillende disciplines/specialismen, als uit verschillende professies (arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, etc). Soms zijn die verschillende disciplines aanwezig binnen de muren van één instelling, maar steeds vaker overstijgt het netwerk van zorgverleners rondom één patiënt de instellingsmuren. Dat is met name het geval bij de groeiende groep van kwetsbare ouderen. Sinds 2015 is de inspectie begonnen met de ontwikkeling van het toezicht op zorgnetwerken. Deze vorm van toezicht blijft voor ons een speerpunt de komende jaren. Voor een goede samenwerking is het belangrijk te weten waar verantwoordelijkheden liggen, die moeten worden vastgelegd in duidelijke afspraken. Wie de rol van regie- of hoofdbehandelaar toekomt en wat die rol behelst is nu veelal onvoldoende uitgewerkt. Welke taken hebben welke

zorgverleners en andere hulpverleners die essentieel zijn (denk aan mantelzorgers, welzijnsmedewerkers etc.) in het bepalen van het (medische) beleid? En wie neemt uiteindelijk besluiten? Ook de afstemming tussen regie- of hoofdbehandelaar en de andere behandelaars is daarnaast van belang, evenals de afstemming met andere betrokkenen binnen het netwerk. Zorgverleners moeten zich ondersteund voelen om hier goed uitvoering aan te kunnen geven, met voldoende tijd en mandaat in de praktijk. Tot slot is het van belang dat het hiervoor beschreven proces van leren en verbeteren ook plaats kan vinden in het zorgnetwerk om een patiënt heen. Dit vraagt om heldere normen, vanuit het werkveld, waarmee deze samenwerking in netwerken wordt ontdaan van vrijblijvendheid. Bij het tot stand komen van dergelijke normen en van de juiste condities om samenwerking te optimaliseren – zoals andere vormen van bekostiging- hebben zowel de zorgverleners zelf, het ministerie van VWS, de IGJ, overige toezichthouders en inkoopende partijen een rol te spelen.

Datum
18 februari 2021

Afspraken die met betrokken partijen worden gemaakt om gepast gebruik te bevorderen, zouden zich naar ons oordeel in ieder geval op deze kritische succesfactoren moeten richten.

Kansen en risico's voor implementatie

Wat persoonsgerichte zorg is, is niet op voorhand vast te stellen. Het streven naar persoonsgerichte zorg maakt dat de zorg per patiënt kan verschillen. De zorgbehoefte van een persoon kan door de tijd ook nog eens veranderen. Daarnaast zijn er voortdurend ontwikkelingen, zoals op het gebied van medische technologie. Dat alles vraagt veel van zorg- en hulpverleners. Daarom willen we hen ruimte geven om persoonsgerichte zorg goed in te richten en richten we ons toezicht, zoals eerder al aangestipt, steeds meer op leren en verbeteren en een goed functionerend netwerk rondom de patiënt. In een notendop is dat wat er volgens ons nodig is voor een effectieve implementatie van gepast gebruik: door het geven van ruimte en vertrouwen aan professionals om hier werk van te maken, vanuit hun deskundigheid, professionaliteit en intrinsieke motivatie om te willen verbeteren en zich aan te passen aan veranderende omstandigheden; met als doel persoonsgerichte zorg en met oog voor publieke belangen als betaalbaarheid en toegankelijkheid. De verantwoording die zorgverleners afleggen moet in het teken staan van dat proces van verbeteren en is gebaseerd op de afwegingen die zorgverleners maken in plaats van het naleven van regels.

De afgelopen tien tot vijftien heeft het zorgveld aangetoond ons vertrouwen waard te zijn. Op het vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn grote vorderingen geboekt. In eerste instantie door het systematisch verbeteren van het klinisch handelen door zorgverleners door middel van standaardisatie en het **structureel signaleren en voorkomen van risico's**. Vervolgens hebben ook het inbedden van een proactieve veiligheidscultuur, multidisciplinaire samenwerking, het betrekken van patiënten en hun naasten en het ondersteunen van het lerende vermogen van zorgverleners en de organisatie als geheel geleid tot zorg die aanmerkelijk veiliger en kwalitatief beter is. Als toezichthouder hebben we de sector de ruimte geboden om hier op zijn eigen manier invulling aan te geven en ambities te formuleren, maar zijn we vervolgens streng geweest op het op een goede manier invulling geven aan een proces van samen leren en verbeteren om die ambities ook daadwerkelijk te kunnen realiseren. We zijn ervan overtuigd dat de sector de komende periode ook in staat zal zijn én gemotiveerd is om zich aan te blijven passen aan veranderende omstandigheden en de zorg in toenemende

mate toe te snijden op de persoonlijke situatie van een patiënt, binnen een netwerk van zorgverleners.

Datum
18 februari 2021

Dat gezegd hebbende, verandering kost nu eenmaal tijd. Het afleren van praktijken -die bovendien soms lange tijd golden als zorg volgens de norm - en het aanleren van een nieuwe manier is, zoals gezegd, een proces van leren en verbeteren. Dat proces doorloopt een zorgverlener in zijn of haar eigen team, dan wel netwerk. Het delen van goede praktijken en vergelijken van uitkomsten faciliteert dat proces. Het simpelweg uitrollen van best practices is niet hetzelfde. Je kunt wel van elkaar leren, maar niet als dat gebeurt door middel van het opleggen van een werkwijze.

Een beleid dat inzet op het versnellen van onderling leren en verbeteren, gericht op een afweging op individueel patiëntniveau door zorgverlener en patiënt samen, zal naar onze stellige overtuiging effectiever zijn dan maatregelen die verkondigen wat wel en niet gepast is. Die laatste route draagt zelfs het risico van een perverse prikkel met zich mee, omdat deze onvoldoende oog zal hebben voor het feit dat de meest passende uitkomst in een individueel zorgtraject bijvoorbeeld ook kan zijn dat wordt afgezien van een medische ingreep. Ook kan het in de weg staan van innovatie van zorg en binnen het kwaliteitsdenken.

Tot slot

De kern van persoonsgerichte zorg wordt gevormd door de notie dat slechts op niveau van en samen met de patiënt/cliënt kan worden bepaald welke zorg waarde toevoegt, en welke zorg geen waarde toevoegt. Maatregelen die worden genomen op systeemniveau zouden zich dan ook niet moeten richten op selecteren van waardevolle of waardeloze zorg, maar op het in staat stellen van zorgprofessionals om daar, samen met patiënten, de goede afweging in te maken.

U heeft aangekondigd de komende periode in gesprek te willen treden met diverse veldpartijen over de doorontwikkeling van gepast gebruik. Aan die dialoog leveren we graag onze bijdrage, evenals andere initiatieven om deze doorontwikkeling te bevorderen.

Met vriendelijke groet,

mw. dr. M.A.W. Eckenhausen

7 april 2021

Reactie KansPlus, Belangennetwerk voor mensen met een verstandelijke beperking op concept-rapport 'Van meerzorg naar passende zorg', bouwstenen voor toekomstbestendige langdurige zorg van Zorginstituut Nederland

Beste lezer,

Dank voor het toesturen van het rapport en het vele werk dat hierin gestoken is. Wij hebben het met interesse gelezen en hebben het intern zowel op bestuurlijk als op bureauniveau besproken.

Wat ons betreft zijn er enkele kanttekeningen.

- Wij missen in het rapport de oplossingsrichtingen voor de problemen die u signaleert.
- In het rapport wordt weinig tot niet specifiek ingegaan op de rol van de *zorgaanbieder*. *Het is de zorgaanbieder in vele gevallen die de aanvraag indient en verantwoordelijk is voor de besteding van de meerzorg gelden.* Cliëntenraden kunnen ons inziens een belangrijke rol spelen bij de toetsing mits zij toegankelijke en transparante informatie ontvangen van de zorgaanbieder. Zij voeren ook gesprekken met het zorgkantoor en de IGJ.
- Onduidelijk is voor ons wie de opdrachtgever/initiatiefnemer is voor het hele proces rondom 'Van meerzorg naar passende zorg'. Hoe is de verhouding bijvoorbeeld tot het ministerie van VWS?
- Vanuit het cliëntperspectief is het belangrijk te komen tot kwalitatieve goede, directe uitvoerende zorg.
- *3.3.1.:* te lage tarieven in de dagbesteding in de ouderenzorg; dit geldt ook voor de vg (was toegevoegd in het verslag van het BO met ZIN van 9 februari jl. Ook het belang om met het veld alsnog deze vertaling te maken).
- De alarmerende cijfers bij EKT die genoemd worden (1.2.2) zijn voor een groot deel te wijten aan de ouderenzorg en de GGZ. In mindere mate aan de VG. Dit wordt wel gesignaleerd bij meerzorg en het persoonlijk assistentiebudget (1.2.1 en 1.2.2). In de Skipr van 2 april staan nieuwe cijfers van de Nza waaruit blijkt dat de andere sectoren zijn (met name de toestroom in de GGZ) die in 2021 het grootste deel nodig zullen hebben van de zogenaamde herverdelingsmiddelen van het WLZ budget.
- *Pagina 6:* Het blijven o.i. cure achtige principes van passende zorg die vertaald worden naar tien activiteiten van Zin. VG is anders dan GGZ en ouderenzorg. Dit kan invloed hebben op de activiteiten die dan wellicht anders geformuleerd zouden zijn: basiszorg gaat dan om een zinvolle dag, ontplooiing etc.
- *Pagina 6 knelpunt 3:* Zorgaanbieders maken gebruik van een interne kostprijsberkening. De ene aanbieder berekent meer uren bij een zorgprofiel dan een ander. Het laatste kostprijsonderzoek is van HHM in 2013 ter voorbereiding op de invoering van de WLZ.

Wij hebben als cliëntenorganisatie in het verleden ook aangedrongen op kostprijsonderzoek, omdat aanbieders verschillende uren berekenen.

- *Pagina 6 knelpunt 7:* De zorgkantoren hanteren verschillende regels en iedere medewerker werkt ook op zijn/haar eigen manier. Dit blijkt uit meerzorgaanvragen en EKT aanvragen bij de verschillende zorgkantoren.
- *Pagina 6 knelpunt 8:* dit lijkt ons een aanname, niet gestaafd door onderzoek/bronvermelding.
- *Pagina 11 1.1.1:* Ontoereikend zzp tarief: EKT was oorspronkelijk voor jongeren tot 23 jaar die thuis woonden en LG die thuis wonen en een gezin hebben. In verband met de enorme zorgval is in 2018 EKT voor alle thuiswonenden beschikbaar gekomen, dus ook voor V&V. Dit geeft aan dat sindsdien het beroep veel groter is geworden. Dit is gebeurd op aandringen van de kamer en diverse Nieuws- uur uitzendingen.

Groepsmeezorg: We zijn betrokken geweest bij onderzoek groepsmeezorg in het kader van een experiment. Veel (ouders van) cliënten weten niet dat er groepsmeezorg is aangevraagd voor hun kind. Het is niet terug te vinden waar deze groepsmeezorg voor wordt gebruikt.

- *Pagina 13: 1.2.2.:* Vergeet niet de groep WLZ indiceerbaren de zogenaamde vergeten groep die in 2014 alsnog toegang kreeg tot de WLZ. De functies en klasse indicaties zijn twee jaar gecontinueerd. In 2018 werd veelal het extra bedrag/uren zorg ambtelijk toegekend. Nu in 2021 zien we dat een grote groep voor het eerst een echte meerzorgaanvraag in moet dienen. Mensen weten niet waar ze aan toe zijn; hebben hun leven ingericht op basis van de hogere budgetten/aantal uren zorg.
- *Pagina 13: 1.3.:* *Bovendien* wordt EKT meestal het eerste jaar voor één jaar toegekend. Daarna moet opnieuw een aanvraag ingediend worden. Dit moet de cliënt zelf in de gaten houden. Maximaal wordt EKT voor 3 jaar toegekend. Datzelfde geldt voor meerzorg aanvragen.
- *Pagina 15 2.1 tweede bullet:* De regeling voor extra kosten thuis: dat is beperkt tot 25% van de zorgbehoefte *aanvulling* Dat levert vaak grote problemen op, omdat er geen plek is, aanbieders niet als coördinator thuis willen worden geregistreerd (voorkeursaanbieders) en cliënt loopt rond met een indicatie waar hij weinig mee kan. We merken dat vooral bij de nieuwe GGZ groep vanaf januari 2021.
- *Vierde bullet: Aanvulling:* De instelling is hier niet happig op en kan bepalen of deeltijd wonen wel of niet wordt aangeboden.
- *Pagina 16 2.1 in laatste kader aanvulling:* De meeste profielen geven geen toegang tot meerzorg en dat leidt regelmatig tot problemen.
- *Pagina 17 2.2.:* Cliënt moet zelf in actie komen. Dit wordt niet vanzelf geregeld. Voor meerzorgaanvragen moeten ook nog extra onderzoeken plaatsvinden, CCE moet ingeschakeld worden, onderbouwing moet geschreven worden door gedragswetenschapper of, door verpleegkundige. Ook moet een minutieuze planning van de zorg per handeling per minuut worden aangeleverd.



- *Pagina 17 2.3.:* In de praktijk heeft nu elke aanbieder zijn eigen urennormering opgesteld op basis van de eigen interne kostprijsberekening. Daarom biedt instelling A 22 uur per week, terwijl instelling B 32 uur zorg biedt voor hetzelfde profiel/indicatie. Voor ouders is dit proces niet transparant. Cliëntenraden kunnen duidelijkheid geven, maar moeten dan goed thuis zijn in de materie om te begrijpen hoe de kostprijs is opgebouwd. In de praktijk komt minder dan 50% van het beschikbare bedrag terecht bij de directe zorgverlening. De rest is overhead.
- *Pagina 19 2.6.:* Onderaan alinea: Dit zou wel gepubliceerd moeten worden. Zo weet de cliënt niet welke voorwaarden gelden en kan dus niet oordelen of passende zorg geboden wordt.
- *Pagina 23: 3.1.3.:* Wij kennen voorbeelden waar vanuit meerzorg ZZP'ers worden ingezet bij een VG07, omdat eigen personeel niet in staat is gedrag van client te beheersen en in goede banen te leiden. Omdat personeel zorginstellingen VG steeds lager geschoold is. (MBO3), terwijl eerder meer dan 50% hoger HBO opgeleid was. We zien dat er minder pedagogisch en meer beheersmatig wordt begeleid. Dit kan extra agressie te weeg brengen.
- *Pagina 23 3.3.:* Er wordt voorbij gegaan aan de enorme krapte aan geschikte plekken voor VG06en VG07. Men kan niet anders dan client thuishouden. Aanbieders willen geen voorkeursaanbieder worden, omdat zij dan ook de verantwoording hebben in kader van de treeknormen . Dit geldt ook voor de ggz, nieuwe doelgroep in de WLZ en de ouderenzorg. Bij de ouderenzorg komt nog het gegeven dat men zo lang mogelijk thuis dient te blijven wonen.
- *Pagina 24 tweede kader* Via maaltijd service of het bieden van maaltijd vergoeding is veel te regelen.

Als de client een WLZ-indicatie heeft kan de gemeente niet weigeren. Zolang iemand thuis woont en eigen huur betaalt is de WMO verplicht woningaanpassingen te bekostigen.

- *Pagina 26 4.1. laatste alinea:* De oorsprong van de Wlz zoals de Wlz bedoeld is wordt niet meer toegepast (naakte cliënt in kale kamer zonder rekening te houden met sociale omgeving) je krijgt met moeite een WLZ als kind 17 jaar is. Het is wel duidelijk wanneer Wlz/Wmo/Jeugdwet zvw. Cliënten die in staat zijn adequaat te alarmneren komen niet voor de Wlz in aanmerking. Die blijven altijd in de Zvw/Wmo.
- *Pagina 27 4.2:* Dit komt omdat ambtenaren bij VWS tamelijk snel wisselen en er geen kennis meer is over het ontstaan van regelgeving. Men stelt nieuwe regels in zonder te beseffen wat de gevolgen van de invoering zijn.
- *Pagina 27 4.3.:* In de heroverwegingen langdurige zorg wordt voorgesteld dat de ouderenzorg naar de Zvw gaat.

Dickie van de Kaa
directeur KansPlus

Aan Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp Consultatie Van meerzorg naar passende zorg

datum

12 april 2021

Geachte heer H,

ons kenmerk

MdW/21u.0082

Hartelijk dank voor de consultatie op het concept Signalement 'Van meerzorg naar passende zorg'. In deze brief gaan we daar graag op in.

In uw Signalement schetst u de problemen van het toenemende gebruik van meerzorg en de Extra Kosten Thuis (EKT), evenals activiteiten die opgepakt kunnen worden. Deze uiteenzetting zien we als behulpzaam om te komen tot verbeteringen, waarvoor dank.

pagina

1/3

Onze reactie volgt op de hoofdlijnen die we zien bij het Signalement en sluit aan bij onze input tijdens het gesprek. We gaan in op de reikwijdte van het Signalement, de context van meerzorg in de sector van Verpleging en Verzorging (VV) en op het leren en verbeteren.

Reikwijdte

In de afgelopen periode heeft enkele malen contact plaats gevonden tussen het Zorginstituut en ActiZ met het op te stellen Signalement als onderwerp van het gesprek. Die verkenning is van start gegaan met de constatering dat de uitvoeringstructuur van de Wlz enorm complex is. Voor ActiZ is dat zeer herkenbaar en wij onderschrijven deze conclusie. Daarbij heeft het Zorginstituut een analyse gepresenteerd waaruit volgde dat de verzekering Wlz in de praktijk als een voorziening functioneert, hetgeen tal van moeilijkheden in de hand werkt. Het knelpunt van het gebruik van meerzorg is er daar een van, echter voor de VV sector van geringe omvang. Vanuit ActiZ kunnen we ons goed vinden in de analyse dat de complexiteit van de Wlz zich onder meer laat verklaren doordat deze volksverzekering in de praktijk als een voorziening wordt opgepakt. Deze analyse voorziet in een helder denkkader. Daarbij is uitgewisseld dat we de complexiteit nog fundamenteeler beschouwen omdat de spanning op de leidende principes in de zorg, te weten:

kwaliteit-doelmatigheid-betaalbaarheid, onder grote druk staat. Daarbij staat de sector voor grote uitdagingen. De kloof tussen de groeiende vraag naar zorg, het beschikbare aanbod en de krimpende arbeidsmarkt maakt dat we in Nederland een enorme opgave hebben.

In het toegestuurd concept-Signalement en uit de toelichting blijkt dat het Zorginstituut de focus van het Signalement heeft teruggebracht naar meerzorg en de EKT. In deze regelingen manifesteren zich zeker knelpunten die aandacht behoeven. Echter vanwege de urgentie die er ligt om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken, willen wij nogmaals benoemen dat meerzorg niet het grootste knelpunt is in de VV sector. We hebben grote behoefte aan een integraal beeld van de toekomst van de ouderenzorg. Methoden, stelsels en mogelijkheden voor financiering zouden daarin volgend moeten zijn. Het is lastig om één aspect van de zorg er uit te halen en te beschouwen in het juiste perspectief van de toekomst.

Context

Vanaf 2016 is de meerzorgregeling mogelijk gemaakt in de sector VV. Een voorwaarde was dat de invoering van de regeling kostenneutraal moest plaatsvinden¹. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft er toen voor gekozen de tarieven rond te rekenen met een generieke korting van 0,45%² van zorgzwaartepakketten VV. Hierdoor werd een bedrag vrijgespeeld voor de **invoering van meerzorg in de VV van ca. € 40 miljoen. Kijkend naar het** gebruik van de meerzorgregeling VV zien we dat deze in de beginjaren ver onder de verwachte gebruik (kosten) heeft gelegen. Het lijkt ons gezien het bovenstaande passend nuanceren over het gebruik van meerzorg VV in het Signalement op te nemen. Het enkel weergeven met groeipercentages per sector en per jaar geeft een afleidend beeld.

Het gebruik van meerzorg neemt overall de laatste jaren toe. Dat legt overigens ook in toenemende mate een beslag op de beschikbare contracteerruimte. Het toenemende gebruik rechtvaardigt dat gekeken wordt naar de regeling en het gebruik ervan. De meerzorgregeling wordt toegepast om cliënten in gehandicaptenzorg, verpleeghuizen en ggz goede zorg te bieden. Echter de aard van de zorgvraag en het gebruik van de meerzorgregeling lopen per sector nogal uiteen. Het lijkt ons van belang dat bij het vervolg van de aanpak gedifferentieerd per sector wordt gekeken hoe oplossingen eruit zien.

Leren en verbeteren

De verpleeghuizen hebben de afgelopen jaren hard gewerkt aan de invoering van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Zorgprofessionals kijken telkens in samenspraak met de cliënt welke zorg nodig en gewenst is. Het leren en verbeteren is het leidend motief van het Kwaliteitskader. Zorgaanbieders leggen daarover verantwoording af onder meer door middel van dialoog met de interne en externe stakeholders, het scoren op indicatoren en jaarverantwoording. Dit is een organisch geheel geworden.

In het Signalement wordt geconstateerd dat kwaliteitsstandaarden voor meerzorg veelal ontbreken of onvoldoende houvast bieden. Daarbij geeft het Zorginstituut aan de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden te stimuleren en wil dat oppakken.

¹ Voorlopig budgettair kader Wlz 2016 en reactie op NZa-advies budgettair kader Wlz 2015 – Ministerie van VWS

² Onderbouwing ZZP beleidsregelwaarden 2016 – NZa

ActiZ heeft bedenkingen bij weer nieuwe kwaliteitsstandaarden. In de langdurige ouderenzorg betreft het vraagstukken die zorgprofessionals samen met de cliënten en naasten oppakken. Een belangrijke werking hierbij is vertrouwen te geven. Het is veel meer een overweging de cyclus van leren en verbeteren meer in te zetten bij meerzorg. Nieuwe standaarden helpen niet, die leiden eerder tot een afrekenlijst en extra bureaucratie. Daarom pleit ActiZ voor het goed benutten van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en wellicht in de toekomst het (te ontwikkelen) integrale Kwaliteitskader ouderenzorg. Hieraan wordt reeds gewerkt door de partijen die zitting hebben in de Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging. Wij nodigen u uit daar kennis van te nemen.

Wij vragen u onze inbreng te betrekken in de afronding van het Signalement. Voor het vervolg van de aanpak zijn we graag bereid mee te blijven denken en te werken in het verbeteren van de Wlz zorg.

Met vriendelijke groet,

Mireille de Wee
Voorzitter Kerngroep Wonen en Zorg

Zorginstituut Nederland

Orteliuslaan 871
3528 BE Utrecht
Postbus 1539
3500 BM Utrecht
030 297 03 03

info@patientenfederatie.nl
www.patientenfederatie.nl

IBAN NL07RABO0188933328
BIC RABONL2u
BTW-nr. NL801406134B01
KVK 40482340

datum 9 april 2021
ons kenmerk 2021-49
voor informatie

uw kenmerk
onderwerp Reactie consultatie Signalement van meerzorg naar
passende zorg

Geachte Mevrouw I. van der V.,

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het **'Signalement van meerzorg naar passende zorg'**. Onderstaand vindt u per gestelde vraag onze reactie. Onze reactie beperkt zich tot de sector V&V.

Herkent u de knelpunten die we signaleren?

Uit de cijfers van het signalement blijkt dat in de V&V relatief weinig gebruik gemaakt wordt van Extra Kosten Thuis (EKT) en Meerzorg. Tegelijkertijd laten de cijfers ook zien dat het aantal mensen in de V&V die gebruik maken van EKT en Meerzorg relatief hard groeit.

Wij kunnen ons voorstellen dat de knelpunten genoemd als in het signalement optreden. In het bijzonder het knelpunt omtrent de complexiteit van de uitvoeringsstructuur, wat maakt dat juist de **'zwaksten' de weg naar passende zorg niet kunnen vinden**. De indicatiestelling in twee stappen (CIZ de indicatie en het zorgkantoor EKT/meerzorg) kan voor cliënten/naasten belastend zijn en als onlogisch en dubbel worden ervaren.

Bij de knelpunten wordt aangegeven dat de kwaliteitskaders onvoldoende houvast bieden om te bepalen wat goede, verantwoorde, doelmatige zorg is. Tegelijkertijd vinden wij het essentieel dat er voldoende ruimte is voor professional en cliënt/naaste om het goede gesprek te voeren over wat passende zorg en ondersteuning is en daar afspraken over te maken. Daarbij moet breder gekeken worden dan alleen handen aan bed, maar bijvoorbeeld ook naar technologie, bouwkundige aanpassingen, hulpmiddelen, etc. Teveel vastleggen en teveel sturen op kwantificeren staat persoonsgerichte zorg en ondersteuning wellicht in de weg.

Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?

Wij missen geen knelpunten. Wel lijkt het ons nuttig dat een verbinding wordt gemaakt met de onlangs door VWS met het veld opgetekende koers¹ voor verbetering van de toegang, levering,

¹ Uitkomst van Het Hulpmiddel Complex, een door het ministerie van VWS geïnitieerde bijeenkomst met het veld over hoe te komen naar een beter georganiseerde hulpmiddelenzorg 16 februari 2021. De uitkomst omvat een verbeteraanpak voor de korte, middellange en langere termijn. De elementen "werken aan 1 wettelijke regeling vanuit de 1-loket-gedachte" en voor



onderhoud en maatwerk van hulpmiddelen binnen en over domeinen heen.
Ook is het van belang te realiseren dat de onduidelijkheid ten aanzien van de toegang en besluitvorming ten aanzien van meerzorg ook een heldere bezwaarprocedure bemoeilijkt.

Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

Wij vinden het belangrijk dat de toegang voor cliënten die EKT of Meerzorg nodig hebben ook is geborgd. Daarvoor is het nodig dat de regeling goed bekend, inzichtelijk en begrijpelijk is. Het actiepunt omtrent vereenvoudiging en het actiepunt omtrent verduidelijken van verzekerde zorg vinden wij dan ook belangrijke actiepunten om op te pakken.

In het signalement wordt de samenhang tussen zorgdomeinen beschreven en het belang van advance care planning om **mensen 'aan de hand te nemen' en waar mogelijk crisis situaties te voorkomen. Vloeiende overgangen tussen stelsels en mensen hierbij tijdig 'aan de hand nemen'** helpt bij het realiseren van passende zorg en ondersteuning en is daarmee voor ons een belangrijk actiepunt.

Wij verwachten iets te kunnen betekenen bij het verstrekken van adequate informatie aan cliënten en samen met andere partijen aandacht te geven aan het onderwerp in de clientondersteuning. Daarnaast spelen we graag een rol bij het borgen van het cliëntenperspectief bij het oppakken van actiepunten.

Als laatste geven we graag nog het volgende mee over het principe 'Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte'. Passende zorg gaat niet alleen over gezondheid, maar vooral ook over zorg en ondersteuning die bijdragen aan kwaliteit van leven. Wij missen de aandacht voor kwaliteit van leven.

Met vriendelijke groet,

Tom Schoen
Manager eerstelijns en langdurige zorg

Aan
NZa

Van
Zorginstituut

Telefoonnummer
030 29 68

E-mailadres

Kenmerk

Onderwerp
Reactie op consultatiedocument

Datum
12 april 2021

We hebben uw consultatiedocument in goede orde ontvangen en u verzoekt ons de onderstaande vragen te beantwoorden:

1. Herkent u de knelpunten die we signaleren?
2. Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?
3. Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

Hierbij merken wij op dat de termijn waarop wij op het consultatiedocument konden reageren kort is. We volstaan daarom met een korte reactie op hoofdlijnen, waarbij we ook nadrukkelijk focussen op de meerzorg-problematiek, in lijn met ons advies aan u tijdens het bestuurlijk overleg van 18 februari jl.

1) Herkent u de knelpunten die we signaleren?

U doet een opsomming van een negental knelpunten met betrekking tot de EKT (Extra kosten thuis) en Meerzorg. Zoals ook toegelicht tijdens het bestuurlijk overleg, heeft de NZa de afgelopen periode een verdiepend onderzoek gedaan bij alle (zeven) zorgkantoren naar de uitvoering van Meerzorg. Dit onderzoek is ingesteld naar aanleiding van cijfers en analyses uit onze monitor gehandicaptenzorg die in 2020 is gepubliceerd.

Bij een aantal door u benoemde knelpunten zien we enige discrepantie tussen uw bevindingen en onze bevindingen met betrekking tot Meerzorg op basis van onze interviews met de zorgkantoren. We lichten dat hieronder toe.

Eerst de context: de meerzorgregeling is in de afgelopen jaren aangepast. In eerste instantie is het mogelijk gemaakt dat (naast de ghz) zowel de v&v als de ggz ook gebruik konden maken van de Meerzorgregeling. Per 2019 is de mogelijkheid gecreëerd dat ook groepsmeerzorg bekostigd kon worden. Ook de rol van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is per 2019 veranderd. Daarvoor had het een toetsende rol, maar vanaf 2019 heeft het CCE slechts een coachende rol. Het zorgkantoor heeft de toetsende rol toen overgenomen.

Ten aanzien van de volgende knelpunten:

- U beschrijft dat de *zpz-systematiek* verouderd is, dat herkennen we niet. Dit vraagt om verdere verduidelijking en/of nuancering: welke **knelpunten spelen er en bij welke zpz's**;
- In ZN-verband is een handvat in de vorm van een toetsingskader (dat overigens nog verfijnd en uitgebreid kan worden) ontwikkeld. We realiseren ons dat de niet alle meerzorgaanvragen voor complexe cliënten te vatten zijn in een toetsingskader. Elke cliënt en situatie (en de context daarvan) is immers uniek. Het toetsingskader kan wel een belangrijke rol vervullen. Dat het Zorginstituut daarbij een bijdrage wil leveren, is een positief signaal.
- Uw bewering dat Meerzorg gebruikt wordt om de basiszorg op orde te brengen herkennen we niet. Daar is Meerzorg nadrukkelijk niet voor

bedoeld. De zorgkantoren geven ook aan dat het essentieel is dat de basiszorg op orde moet zijn vóórdat van Meerzorg sprake kan zijn. In het proces van de beoordeling van de aanvragen maken zorgkantoor de afweging of er sprake is van reguliere zorg dan wel Meerzorg. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor het zorginhoudelijke toezicht door de zorgverleners.

Kenmerk

Pagina
2 van 2

2) Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?

De NZa ziet een spanning tussen de visie/kunde van zorgaanbieders in relatie tot de zorgbehoefte van de complexe cliënten. Vaak worden bijvoorbeeld Meerzorgmiddelen aangevraagd voor extra inzet van personeel, terwijl het personeel niet of onvoldoende beschikbaar is of ingevuld wordt met personeel dat niet in loondienst is. Door de (daarop ontstane) wisseling van personeel wordt de cliënt steeds onrustiger en liggen ook crisissituaties op de loer. Daardoor ontstaat het risico op een vicieuze cirkel. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat niet alle zorgaanbieders in staat zijn om op een goede wijze de zorg te leveren die de Meerzorg-client nodig heeft. Dit vraagt ook actief beleid en sturing van zorgkantoren.

3) Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

Het van elkaar leren en verbeteren kan meer vorm krijgen:

Ten eerste is de NZa van mening dat de dialoog en het in de kracht zetten van zorgaanbieder én zorgkantoor van groot belang is voor een goede uitvoering van Meerzorg. Door een goede dialoog leren de zorgkantoren hun zorgaanbieders kennen en weten ze wat ze eventueel aan zorg kunnen bieden. Onder de dialoog valt ook de meerzorg-gesprekken en ontwikkelgesprekken. Die zijn essentieel om er voor te zorgen dat partijen (zorgaanbieder, zorgkantoor, CCE) met elkaar de ontwikkelingen kunnen bespreken en samen een perspectief te bepalen.

Als tweede punt noemen we de realtime dashboard- en spiegelinformatie die zorgkantoren onderling, maar ook in het veld kunnen gebruiken om elkaar te vergelijken. Dit maakt dat zowel de zorgkantoren als de zorgaanbieders van elkaar moeten gaan leren en elkaar prikkelen.

Ten slotte is het van belang om de Meerzorguitgaven *maatschappelijk te verantwoorden* door het verzamelen en publiceren van de kwalitatieve en kwantitatieve opbrengsten en dat daar – ook vanuit de optiek van doelmatigheid – op gestuurd wordt. In onze monitor hebben we hier ook aandacht voor gevraagd. Wellicht kunnen VGN en ZN hierin het voortouw nemen en kan het Zorginstituut een actieve bijdrage leveren.

Afsluitend willen we de opmerking maken dat ons op dit moment niet duidelijk is welke conclusie en concrete aanbevelingen u aan uw signalement verbindt. Graag willen we daarover geïnformeerd worden alvorens u dit signalement vaststelt zodat wij dit kunnen betrekken bij ons vervolg op ons onderzoek naar de rol van de zorgkantoren bij de meerzorgregeling.



Zorginstituut Nederland
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Orteliuslaan 1000
3528 BD Utrecht
Postbus 2062
3500 GB Utrecht

T 088 789 1000
www.ciz.nl

datum 9 april 2021
onze referentie RvB-U-021.108
contactpersoon
onderwerp Consultatie concept-signalement
bijlagen -

Geachte heer H.,

Naar aanleiding van uw vragen op het concept-**signalement "Van meerzorg naar passende zorg" hierbij onze reactie.**

Allereerst zijn wij bijzonder verheugd dat u de problematiek rondom de verschillende regelingen aan de kaak stelt en hiervoor oplossingsrichtingen aandraagt. Uit de verschillende signalen die wij met name van cliënten ontvangen, is ons ook wel duidelijk geworden dat de huidige systematiek te complex is waardoor het risico bestaat dat cliënten toch geen passende zorg ontvangen. Dat kan niet de bedoeling zijn!

ZZP systematiek

Aan de basis van deze regelingen ligt een indicatiebesluit, uitgedrukt in een zgn. zorgprofiel. Deze zorgprofielen zijn opgesteld op basis van de cliëntgroepen die aan het begin van deze eeuw woonden in een instelling. Sindsdien hebben deze zorgprofielen geen substantiële aanpassingen meer ondergaan, ook zijn ze niet meer geactualiseerd. De populatie in de instellingen is echter wel veranderd: langer thuis, gewijzigde kwaliteitsstandaarden die hierop onder meer van invloed zijn geweest. En hoewel voor een grote groep aanvragers nog steeds **wel een "best passend" zorgprofiel** kan worden gevonden, worden wij inmiddels in toenemende mate geconfronteerd met situaties waarin dat niet meer het geval is.

Wij zijn dan ook van mening dat eerst begonnen moet worden met groot onderhoud van de ZZP systematiek waarna kan worden gekeken **voor welke cliëntgroepen nog iets extra's moet** worden georganiseerd. Wel moet daarbij worden aangetekend dat in een groot onderhoud alle **ZZP's meegenomen worden: aanpassing van één of enkele ZZP('s) heeft** namelijk invloed op de andere. Bij de actualisering zullen de ervaringen met groepen die momenteel niet goed **meer passen in de ZZP's meegenomen moeten worden. De door u** genoemde cliënten met multi-problematiek zien wij ook vaak terugkomen als we intern vragen naar voorbeelden. De sectorale schotten - ook terug te zien in de zorgprofielen - vormen juist vaak een belemmering in het meer op maat kunnen indiceren van een passend zorgprofiel.

Maatwerkindicatie en deskundigheid

Een oplossing voor cliënten waarvoor geen passend zorgprofiel kan worden gevonden, vormt het zgn. maatwerkprofiel. Destijds heeft het CIZ samen met Per Saldo bij de toenmalige staatssecretaris van VWS, de heer Van Rijn, aangedrongen op de introductie hiervan. Hij leek hieraan gevolg te willen geven, echter na de vorming van een nieuw kabinet is dit niet meer opgepakt. Desondanks zien wij het maatwerkprofiel nog steeds als een serieus te onderzoeken optie voor de door u geconstateerde problematiek.

Ten aanzien de rol van het CIZ hechten wij eraan te melden dat onze deskundigheid zit op het gebied van het vaststellen en objectiveren van de individuele zorgbehoefte, om deze vervolgens af te zetten tegen landelijke regels dienaangaande om te komen tot een oordeel over aard en omvang van zorg en ondersteuning. En dit zo uniform mogelijk. Binnen de indicatiestelling Wlz wordt daarbij momenteel geen rekening gehouden met de context van de zorgvrager.

Indicatiestellen is een vak en vereist grote deskundigheid, zeker als het gaat om complexe casuïstiek. Die deskundigheid moet dan ook regelmatig worden bijgehouden. Daarvan is het CIZ zich terdege bewust en investeert daar dan ook in. Veel vormen van extra bekostiging hebben niet te maken met de ziekte/aandoening van de cliënt, maar met de wijze waarop de zorg het best passend vormgegeven moet worden, deskundigheid van het personeel in de instelling of interactie met verzorgenden (zoals bij gedragsproblemen). Daar zit onze deskundigheid niet, noch bij een beoordeling op doelmatigheid van de zorg.

Uw vragen

Herkent u de knelpunten die we signaleren?

Deze zijn zeker herkenbaar, zij het dat we deze vooral van onze cliënten te horen krijgen: **“van horen zeggen” dus. Gezien onze positie in de keten zien cliënten zich veelal pas** geconfronteerd met deze problematiek nadat ze van ons een indicatiebesluit hebben ontvangen. Wij hebben daarom slechts een beperkt zicht op aard en omvang van de problematiek.

Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?

Nee, niet naast de hierboven al vermelde schottenproblematiek.

Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen en wat kunt u daarbij betekenen?

Uit het bovenstaande valt te concluderen dat wij van mening zijn dat er eerst gekeken moet worden naar aanpassing van de huidige ZZP systematiek om vervolgens de resterende problematiek aan te pakken. Tijdens ons laatste bestuurlijk overleg hebben we nog met elkaar gesproken over een eventuele bijdrage van het CIZ aan het onderwerp kennisinfrastructuur.

Wij wensen u veel succes met de verwerking van alle reacties en kijken uit naar het vervolg.

Met vriendelijke groet,

mevrouw C.C.P. Klijn
Voorzitter Raad van Bestuur

Notitie

VERGADERING
ZINL-consultatie

KENMERK

DATUM
16 april 2021

VGN-reactie op ZINL-signalement over de regelingen voor Extra Kosten Thuis en meerzorg in de Wlz

Dank voor de mogelijkheid om als VGN op het signalement te reageren. Een aantal uitgangspunten van de VGN die in relatie staan tot passende zorg is:

- Mensen met een beperking die 24-uurszorg nodig hebben vanuit de Wlz zijn de meest kwetsbare mensen in de gehandicaptenzorg. Ze zijn langdurig, vaak vanaf zeer jonge leeftijd, aangewezen op ondersteuning bij verschillende levensdomeinen (bijvoorbeeld wonen, werken en vrije tijdsbesteding).
- Goede zorg drijft op betrokken en bekwame medewerkers; hun relatie met de cliënt en hun naasten legt de basis voor kwaliteit. De invulling van zorg en ondersteuning, waarbij de mantelzorg (indien beschikbaar) een belangrijke rol speelt, berust op samenspraak met de individuele persoon.
- De middelen voor de gehandicaptenzorg moeten zoveel mogelijk worden besteed aan directe hulp voor cliënten. Daarom is het zaak dat medewerkers niet onnodig worden belast met allerlei registraties, terwijl de overhead van de instellingen bescheiden blijft. Kortom: een regelarme zorg.
- Succesvol werken aan kwaliteit is gebaat bij een systeem met eenvoudige regels; kernwaarden rond de cliënt moeten centraal staan.

Vanuit dit perspectief hebben we het signalement mede gelezen. We hebben de volgende opmerkingen:

1. De belangrijkste bevinding in het signalement is dat het Zorginstituut ziet dat *sterk stijgende kosten en een onduidelijke onderbouwing van de omvang van deze zorg voor iedereen problemen op leveren*. De VGN ziet ook dat meerzorg fors stijgt. We zien daar verschillende oorzaken voor, waaronder de stijgende zorgbehoefte. Die ontwikkeling ziet het Zorginstituut ook, zoals beschreven in het verkennend onderzoek intramurale gehandicaptenzorg 2015-2019. Daarnaast zien we, net als het zorginstituut, dat de zorgprofielen en bijbehorende tarieven niet meer aansluiten bij wat we als goede zorg beschouwen. Dit speelt met name op VG7 en VG8. Met als gevolg dat er druk staat op de bekostiging: de zorgvraag binnen profielen stijgt terwijl de bekostiging van de basis (het gemiddelde per profiel) niet daarop aansluit. De behoefte aan actualisatie van die zorgprofielen is bijzonder groot. Voor de **“uitschieters”**, die de laatste jaren in aantal oplopen, is meerzorg het enige instrument dat ervoor kan zorgen dat er een balans wordt gevonden in de inhoudelijk

vereiste zorg en de daarvoor beschikbare middelen. Actualisatie van de zorgprofielen kan eraan bijdragen dat meerzorg weer een instrument wordt voor de meer incidentele uitschieters.

2. De samenvatting is wat de VGN betreft te ongenueanceerd. De nuance die in de inhoudelijke hoofdstukken wel is geboden, ontbreekt in de samenvatting. Hierdoor is de terminologie niet kloppend en wordt een te boud beeld van de sector geschetst. Twee voorbeelden om dit te illustreren:
 - a. Voorbeeld: *Maar voor zorg thuis, of als er een bijzondere zorgvraag is, bijvoorbeeld omdat de cliënt een aantal aandoeningen tegelijk heeft, of een aandoening die niet goed in de ZZP-systematiek past, is die zorg niet genoeg.* Hier wordt heel stellig aangegeven dat de zorg niet genoeg is. Het knelt juist door het zorgprofiel en de daarbij behorende middelen. Doordat de intensiteit van de zorg en begeleiding die nodig is om een passend antwoord op de zorgvraag te formuleren niet uit het zzp-tarief kan worden bekostigd. De bekostiging is onvoldoende om te doen wat nodig is.
 - b. Voorbeeld: *De kennis over wat goede en passende zorg is voor Wlz-cliënten is gebrekkig.* Zonder toelichting in de samenvatting wat er gebrekkig is, zet dit een zeer negatief beeld neer. De context wat eraan mankeert en wat er ook wel goed gaat, mist. **Die nuance kan wel geboden worden door te spreken van "De kennis over wat goede en passende zorg is voor Wlz-cliënten behoeft versterking".**
3. Wat ons betreft gaat meerzorg niet om een bijzondere zorgvraag, maar om een bovengemiddelde zorgvraag. De zorg voor mensen met beperkingen kan enorm verschillen in intensiteit, ook binnen (het gemiddelde van) een profiel.
4. In het signalement gaat bovenmatig veel aandacht aan de samenloop van meerzorg en EKT in de thuissituatie. Terwijl in financiële zin de omvang van meerzorg bij zorgorganisaties beduidend groter is. Ons vermoeden is dat er meer aandacht gegeven wordt aan die samenloop in de thuissituatie, omdat de aanvraag vanuit deze situatie veel ingewikkelder wordt ervaren. Meerzorg in de intramurale zorg heeft meer impact in financiële zin.
5. Meerdere keren wordt in het signalement gesteld dat meerzorg wordt ingezet om de basiszorg op orde te brengen, oneigenlijk gebruik van de regeling. Het is niet onderbouwd in welke mate dat plaatsvindt, dan wel waarop dit gebaseerd is. Nu wordt het beeld opgeroepen dat dat een groot deel van de meerzorgtoekenningen betreft, zonder onderbouwing. De VGN herkent dit zo niet. Wij hebben het beeld dat het interne proces bij aanbieders er vaak toe leidt dat dergelijke aanvragen niet worden ingediend of dat zorgkantoren de aanvragen om die reden terecht niet honoreren. Om te komen tot verbeteringen/oplossingen is het helpend zicht te hebben in de mate waarin dit het geval is.

Overigens, de inzet van meerzorg wordt regelmatig getoetst door de materiele controles vanuit het zorgkantoor. Ook daar zou oneigenlijk gebruik uit naar boven komen. Ons beeld is dat die controles doorgaans goed doorlopen worden.

6. In paragraaf 2.2 staat dat het CIZ signaleert of een cliënt meer zorg nodig heeft dan beschikbaar is in het best passend zorgprofiel. En dat het CIZ dit dan meegeeft bij het indicatiebesluit dat aan het zorgkantoor wordt gestuurd. Dit is een route voor

cliënten die voor het eerst geïndiceerd worden (nieuwe aanvragen). Maar er zijn ook veel situaties waarin de zorgintensiteit verandert nadat een Wlz-indicatie is afgegeven door het CIZ. Er kan ook meerzorg worden aangevraagd zonder dat het CIZ daar een rol in heeft.

Wij zien overigens geen twee processen in de indicatiestelling voor EKT en meerzorg. Immers, het CIZ beoordeelt of er sprake is van toegang tot de Wlz en indiceert het best passende profiel. Het zorgkantoor indiceert niet, maar stelt vast of er extra budget nodig is voor de noodzakelijke zorg.

7. In paragraaf 2.8 wordt stilgestaan dat een bepaalde manier van zorg verlenen of benaderen van cliënten waarvan de meerwaarde vast staat, toch niet wordt toegepast. En dat het er vaak ook om gaat de zorg beter te organiseren, in plaats van te intensiveren.

De sector is relatief jong in kennisontwikkeling en is hier volop mee bezig. Een belangrijke notie bij deze bevindingen van het zorginstituut is dat de maakbaarheid en de snelheid daarvan grenzen kent. Dit vraagt om een langdurige investering in visie en zorgbeleid, is gekoppeld aan de organisatiecultuur en is niet zonder meer overdraagbaar. In het recente promotieonderzoek¹ van Vanessa Olivier-Pijper is uitgebreid beschreven dat de organisatorische context van invloed is op probleemgedrag en dat afbouwen daarvan complex is. Overigens, gezien de inzet op kennisontwikkeling in de sector is het beeld uit het onderzoek van het Zorginstituut uit december 2016 niet actueel meer. Een andere notie is dat kennis voor een groot deel nog niet is geëxpliciteerd, hetgeen de deelbaarheid bemoeilijkt.

Een aantal technische onjuistheden:

- Het kader in paragraaf 1.1.1 klopt niet. Het klopt dat de ZZP-systematiek is gebaseerd op de gemiddelde kosten van cliënten met een bepaald zorgprofiel. Maar niet dat dat binnen een instelling altijd uitmiddelt. Dat doet het alleen als zorgaanbieders een gemiddelde/voldoende diverse cliëntengroep hebben. Maar veelvuldig is er sprake van ongelijke spreiding, specialisatie en/of de expliciete bereidheid van aanbieders om de zwaarste cliënten binnen een profiel op te vangen, omdat andere aanbieders dat niet doen. En wat ook meespeelt: we zien dat verwanten vragen welk budget er voor hun familielid beschikbaar is voor zorg. De blik verengt daarmee tot individueel budget, waarmee geen ruimte is om op locatie- of organisatieniveau afwegingen te maken ten bate van passende zorg aan allen.
- De tekst boven het kader van paragraaf 1.1.2 en het kader zelf kloppen niet. Bij meerzorg geldt een drempel dat er pas recht op is als de zorgbehoefte 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt. Echter, eenmaal die drempel over, wordt het bedrag aan meerzorg berekend vanaf het gemiddelde² (zoals vastgelegd in het ZZP-tarief).
- **In paragraaf 2.3 staat "Voor het vaststellen van meerzorg geven de huidige zorgprofielen dus onvoldoende houvast. Zorgkantoren vallen daarom terug op de normering in uren per functie in de oude zorgzwaarteprofielen van de AWBZ, ofschoon zich dat uiteraard niet goed verhoudt met de uitdrukkelijke bedoeling**

¹ Organisational environment and challenging behaviours in residents with intellectual disabilities: an ecological perspective' (2020) en 'Bewegen bij probleemgedrag'.

² tot en met 2020 was in het meerzorgsjabloon van zorgkantoren een doelmatigheidsdrempel van 10% toegevoegd. In 2021 is die niet opgenomen in het sjabloon.



van de wetgever om die normering te **verlaten.**". **Zorgkantoren houden in het** meerzorgsjabloon niet vast aan uren, maar juist aan budgetten nu de NZa per 2019 niet meer bekend maakt wat het gemiddeld aantal uren aan wonen, dagbesteding en behandeling is dat per profiel wordt besteed.

Daarnaast **staat er "Anders dan bij de zorgzwaartepakketten, toeslagen en EKT, is er geen bovengrens voor meerzorg."** In de beleidsregel Meerzorg van de NZa is wel degelijk een bovengrens gesteld aan meerzorg; een maximum tarief.

Graag bespreken we de bevindingen van het Zorginstituut en onze reactie en duiding in een (digitaal) gesprek, samen met ook een aantal zorgorganisaties.

Bijlage:

- Het concept-signalement met concrete opmerkingen bij verschillende passages in de kantlijn.

Beste Fons,

Dank voor de gelegenheid om nog te kunnen reageren op het concept rapport "Van meerzorg naar passende zorg", *Bouwstenen voor een toekomstbestendige langdurige zorg.*

Het rapport geeft een heldere inkijk in de complexiteit van wet- en regelgeving, zorg en de bekostiging daarvan en het maatschappelijk draagvlak daarvoor.

Voor dit signalement volstaat het voor ons te onderstrepen dat wij de vier principes van passende zorg en de uitwerking daarvan in de bijlage kunnen onderschrijven:

- Passende zorg is waarde gedreven:
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand:
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek:
- Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte.

Wij kijken wel echt met spanning uit naar hoe cliënten uiteindelijk betrokken zullen worden in het bepalen van de inhoud van deze vier principes. Zoals je zelf al opmerkt in het rapport zal op individueel niveau en binnen de context van de cliënt bepaald moeten worden hoe passende zorg kan worden ingevuld. Je pleit daarbij voor het opstellen van een kwaliteitskader. Heel blij zijn we met het feit dat hierin eindelijk aandacht komt voor de **ethische dilemma's die vaak een rol spelen**. We hebben dit de afgelopen jaren bij de besprekingen over de uitvoering van de verschillende regelingen vaak onder de aandacht gebracht van ZN.

Wij willen graag nauwgezet volgen hoe dit in de praktijk allemaal vorm gaat krijgen en verwachten hierbij ook betrokken te worden.

Wat voor een deel onduidelijk blijft zijn de door het Zorginstituut gekozen speerpunten waaraan de komende jaren prioriteit gegeven zal worden. Wij begrijpen dat EKT en Meerzorg én de langdurige zorg daar onderdeel van zijn. Welke de andere twee zijn wordt echter niet duidelijk in dit rapport. Het zou naar ons idee duidelijker zijn deze ook te vermelden.

Op blz. 29 van het rapport werp je de vraag op of de verschillen tussen de doelgroepen zodanig zijn dat hun zorg op verschillende manieren moet worden geregeld. Deze vraag is belangrijk voor de ontwikkeling van de langdurige zorg in de toekomst. Voor de fysieke zorg zal dat misschien van toepassing zijn maar als het gaat om de inhoud van zorg die van toegevoegde waarde is voor de kwaliteit van leven zijn er volgens ons wel de nodige verschillen tussen de doelgroepen. Hierbij is de definiëring van het begrip zorg zeer van belang. We nemen echter aan dat dit nog uitgebreid aan de orde komt in het signalement dat gaat over de langdurige zorg.

In verband met de leesbaarheid heb ik wat problemen gehad met het vinden van de informatiebronnen in de voetnoten. Dit was op het gespannen tijdslot een tijdrovende bezigheid. Zo was ik benieuwd naar jullie reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst. De voetnoot verwees naar de reactie op de internet consultatie waarbij deze reactie één van de 289 was.

Voor nu laten we het even hierbij. We zullen er vast nog meer van horen en hopen dat je ons nu weer hebt opgenomen in de mailing list zodat we jullie informatie weer op tijd kunnen ontvangen.

Met vriendelijke groet,
Ina Vijzelman-Waarheid,

Beleidsmedewerker Ieder(in)

Zorginstituut Nederland
voorzitter
Postbus 320
1110 AH Diemen

T 033 460 89 00
info@denederlandseggz.nl
www.denederlandseggz.nl

NL 56INGB 0687 211808
BTW NL 8059.20.973.B01
KvK 40483580

Per E-mail

Datum	Telefoon	Ons kenmerk
7-4-2021		246280/2021

Contactpersoon	Bijlage(n)	Uw kenmerk
	-	-

Onderwerp
Reactie deNLggz op signalement Extra Kosten Thuis (EKT) en Meerzorg in de Wlz

Geachte heer W.,

In maart jl. hebben de Nederlandse ggz (hierna: deNLggz) en het Zorginstituut Nederland (hierna: ZiN) met elkaar gesproken over het signalement met betrekking tot de regeling Meerzorg. U schetste dat de complexiteit van de uitvoering van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), in de zes jaar tijd dat de wet nu bestaat, door allerlei ad-hoc maatregelen enorm is toegenomen. Niet alleen door Meerzorg, maar ook door zaken als Extra Kosten Thuis (EKT), diverse toeslagen en deeltijdverblijf. Behalve dat uitvoeringsorganen en zorgaanbieders hiermee problemen ervaren, is de weg naar passende zorg behoorlijk ingewikkeld geworden. U stelde vast dat passende zorg, 'niet meer zorg dan nodig, niet minder dan noodzakelijk', in de praktijk niet altijd gewaarborgd is. Een en ander afgezet tegen een wat bredere ontwikkeling, dat de kosten van de langdurige zorg gedurende de afgelopen jaren zijn gestegen zonder dat dit leidt tot betere zorg. U gaf aan dat er voor het oplossen van de problemen die nu spelen wellicht ook systeemwijzigingen nodig zijn, maar dat dit op korte termijn niet lukt.

Tijdens het gesprek in maart hebben we het gehad over de diverse knelpunten in de dagelijkse praktijk, waarbij deNLggz heeft geprobeerd om die knelpunten vanuit een wat breder perspectief te beoordelen, namelijk vanuit de opbouw van alle zorgprestaties binnen de Wlz als geheel, waar Meerzorg slechts een klein onderdeel van is. Tot onze spijt zien we onze mondelinge feedback in uw signalement (nog) niet goed terug. Daarom maken we deze gelegenheid gebruik om een aantal van deze knelpunten alsnog onder uw aandacht te brengen.

U heeft ons de volgende vragen gesteld:

1. Herkent u de knelpunten die we signaleren?
2. Ziet u knelpunten die we over het hoofd hebben gezien?
3. Welke van de genoemde actiepunten zouden volgens u prioriteit moeten krijgen, en wat kunt u daarbij betekenen?

de Nederlandse ggz

Knelpunten

Voor de leden van deNlggz is de door het ZiN geschetste problematiek in grote lijnen herkenbaar. Wat we nog onvoldoende goed uit de verf vinden komen zijn de volgende zaken:

Tijdens het gesprek in maart hebben we met het ZiN stilgestaan bij de opbouw en structuur van de huidige zorgprestaties in de Wlz. De zorgzwaartepakketten (zzp's) zijn sinds de invoering ervan in 2009 niet meer aangepast. Het zijn daarmee gedateerde zorgprestaties, die onvoldoende rekening houden met allerlei zorginnovaties in de ggz en beschermd wonen, die het afgelopen decennium zijn ingevoerd. De afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod in de langdurige ggz is vandaag de dag geheel anders dan tien, vijftien jaar geleden. Naast nieuwer en passender zorgaanbod is er ook sprake geweest van verregaande ambulantisering van lichtere psychische problematiek, en daardoor een verdichting van de complexere problematiek op de verblijfsafdelingen en in beschermd wonen in de ggz. Een en ander vereist een andere personele inzet, waar de bestaande zzp's (ggz-b en ggz-w) nu (nog) onvoldoende in voorzien. We zien een paar forse knelpunten:

1. De huidige zzp's voorzien in uren zorg, ligdagen en dagdelen, tamelijk grove indelingsprincipes, die nauwelijks stil staan bij de ernst van de problematiek op verschillende levensdomeinen en het vereiste behandel- en begeleidingsaanbod daarbij. Zorgstandaarden, generieke modules (zoals die voor ernstige psychische aandoeningen) en aanvullende veldnormen in de ggz schrijven het werkveld echter een hoge kwaliteit van veiligheid van zorg voor. Dat geldt niet alleen voor de inzet van deskundig personeel, maar ook voor het aantal (technologische) voorzieningen dat cliënten aangeboden wordt en voor de (her)inrichting van gebouwen. Hierdoor lukt het steeds minder zorgaanbieders in de langdurige ggz om kostendekkend te kunnen werken.
2. De bestaande zzp's zijn onvoldoende onderscheidend ten opzichte van elkaar met betrekking tot de kwalitatieve en kwantitatieve formatie. Zorgaanbieders in de ggz werken op de verblijfsafdelingen en in beschermd wonen echter met hele andere disciplines dan tien, vijftien jaar geleden. In de tussentijd is niet meer gekeken naar hoe de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod beter kan en wat er gedaan moet worden om de diverse zorgprestaties daar beter op aan te laten sluiten. In de ggz durven we de stelling aan dat waardegedreven zorg, uitgaande van gezondheid in plaats van ziekte (in de ggz 'herstel' en 'positieve gezondheid' als leidende uitgangspunten), die in overleg met de cliënt en diens naasten tot stand komt en op de juiste plek wordt aangeboden (de vier principes dit het ZiN voor passende zorg hanteert) veel verder gaat, dan wat er op basis van de huidige zzp's van de ggz aan kwaliteit en veiligheid verwacht wordt.
3. Mede hierdoor zijn er allerhande regelingen in het leven geroepen om deze onvolkomenheden in wet- en regelgeving te herstellen en/of op te lossen; de regeling Meerzorg is hier een goed voorbeeld van. Die is ontstaan door politieke consternatie over 'Brandon', een verstandelijk gehandicapte jongen, die bij gebrek aan gekwalificeerd personeel in de gehandicaptenzorg was vastgeketend aan de muur van een afzonderingsruimte. Zonder dat er toen goed gekeken is naar hoe dit zover heeft kunnen komen, was er ineens de regeling Meerzorg. Daarmee zouden alle complexe casuïstieken in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg adequaat bediend kunnen worden. Naar nu blijkt is niets minder waar.

Het ZiN zegt hierover: "We hebben gesignaleerd dat het aantal cliënten dat is aangewezen op Meerzorg toeneemt, en de kosten ook sterk stijgen. En bij de behandeling van Meerzorg geschillen¹ hebben we gemerkt hoe ingewikkeld de regelgeving is geworden. Het is dus niet duidelijk of cliënten met een bijzondere zorgvraag dan wel toegang hebben tot passende zorg.

¹ Als een zorgkantoor een aanvraag voor meerzorg geheel of gedeeltelijk wil afwijzen, moet het advies aan het Zorginstituut vragen over het voorgenomen besluit.

de Nederlandse ggz

Sterk stijgende kosten en een onduidelijke onderbouwing van de omvang van deze zorg leveren voor iedereen problemen op. En erger: kan leiden tot verlies aan solidariteit en draagvlak voor de zorg aan deze juist heel kwetsbare groepen cliënten.”

Vanuit de ggz wordt dit knelpunt dus volledig herkend. Echter, anders dan het ZiN denken de leden van de NLggz dat passende zorg (niet meer zorg dan nodig en niet minder zorg dan noodzakelijk) bereikt kan worden door de zorgprestaties in de Wlz an sich, met de bijbehorende bekostigingssystematiek, in zijn geheel te evalueren en aan te passen. Te denken valt aan een meer modulaire opbouw van de zorgprestaties, met een aantal vaste en variabele componenten. De vaste componenten hebben betrekking op het basis behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod per zorgprestatie (zpz-b of zpz-w), dat normatief, dus in de ggz op basis van zorgstandaarden, generieke modules en aanvullende veldnormen is bepaald. De ernst van de gezondheidsproblematiek (de CIZ-indicatie), uitgesplitst naar ‘ernstig psychische aandoeningen met gedragsproblematiek’ en ‘ernstige psychische aandoeningen met somatische problematiek’, varieert dan tussen ‘overweldigd door de aandoening’, ‘worstelen met de aandoening’ en ‘leven met de aandoening’. Bovenop het vaste behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod zijn, indien noodzakelijk, een x aantal variabele componenten in te zetten, zoals nu verdisconteerd in de regeling Meezorg, waardoor het voor het werkveld eenvoudiger wordt om de zorg op- en af te schalen, zonder al te veel bureaucratische rompslomp.

De huidige regeling Meezorg is naar de mening van de leden van de NLggz niet kosteneffectief en niet kostenefficiënt. Dat de ggz hier gedurende de afgelopen paar jaar successievelijk meer gebruik van is gaan maken, heeft vooral te maken met de hiervoor genoemde onvolkomenheden in de opbouw en structuur van de bestaande Wlz-zorgprestaties.

We beseffen dat zoiets niet van vandaag op morgen geregeld is, maar het is wel nodig. De leden van de NLggz zien hier voor het ZiN een belangrijke initiërende rol weggelegd. Zij zouden zelf graag deelnemen aan een nadere oriëntatie hierop met diverse stakeholders, wellicht geleid door het ministerie van VWS en het ZiN. Het idee hierachter is, dat hoe beter je de Wlz in de basis regelt, hoe minder aanvullende regelingen je nodig hebt om het dagelijks werk uitvoerbaar te houden. De tijd is er rijp voor.

Wat heeft het ZiN over het hoofd gezien?

We vinden het jammer dat ggz-cliënten niet benoemd worden in de afsluitende paragraaf met aandachtspunten. Wellicht is ook het ZiN minder goed bekend met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) dan met de ouderenzorg (vv) of gehandicaptenzorg (ghz). We benadrukken dat het om een groep cliënten gaat met ernstige psychische aandoeningen, bij wie de gezondheidsproblematiek vaak veel grilliger verloopt dan bij cliënten in de vv of ghz. Daarom bestaat er in het werkveld grote behoefte om flexibeler te kunnen anticiperen op acute crisissituaties, terugvalmomenten, extreem onveilige situaties op de werkvloer enzovoort.

In de notitie van het ZiN wordt veel nadruk gelegd op de verschillen in zorgbehoeften tussen cliënten met een Wlz-indicatie en cliënten met een Wmo-beschikking, terwijl dat verschil in de dagelijkse praktijk van de ggz helemaal niet zo groot is. Er is weliswaar sprake van een glijdende schaal qua ernst van de gezondheidsproblematiek en de mate van eigen regie tussen beide cliëntgroepen, maar het gaat in de aard om dezelfde problematiek. Het grote verschil zit hem erin, dat cliënten in de Wlz blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur, 7 dagen per week zorg nabij en cliënten in de Wmo niet. Beiden groepen hebben echter op nagenoeg alle levensdomeinen behandeling, begeleiding en ondersteuning nodig. We vermoeden dat het wetsvoorstel met betrekking tot domeinoverstijgende samenwerking vanuit de Wlz dat nu in voorbereiding is, gericht is op preventie-activiteiten ter voorkoming van instroom in de Wlz, wellicht soelaas kan bieden voor cliënten die qua zorgbehoeften de grenzen van beide wettelijke domeinen opzoeken.

de Nederlandse ggz

We missen in het signalement van het ZiN praktische oplossingen voor de knelpunten op de korte termijn. Het stelsel (op onderdelen) aanpassen kost immers veel tijd. Vanuit deNLggz zouden we graag kijken naar praktische aanpassingen van de bestaande regelingen, bijvoorbeeld door aanvraagprocedures of de verantwoording te vereenvoudigen. In de regeling Meerzorg zou een budget aan een bepaalde hoeveelheid uren kunnen worden toegekend, of zou de vereiste gemiddelde inzet kunnen worden losgelaten.

Prioriteit voor de ggz

De ggz heeft behoefte aan een Wlz-kwaliteitskader voor het verblijf op de verblijfsafdelingen en in beschermd wonen. Tijdens het gesprek in maart heeft deNLggz aan het ZiN uitgelegd met welke dilemma's haar leden in de dagelijkse praktijk worstelen ten aanzien van de vereiste kwaliteit en veiligheid van de Wlz-zorg; het lukt ons nu niet altijd om aan de professionele standaarden te voldoen, terwijl cliënten daar gegeven hun CIZ-indicatie wel recht op hebben en aanspraak op maken. Dat willen we graag een halt toe roepen. We zouden het ZiN willen vragen om ons hierbij te helpen, in het besef dat het ZiN een taak voor zichzelf ziet weggelegd om de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden te stimuleren. In de langdurige ggz hebben we overigens al veel materiaal voorhanden om een Wlz-kwaliteitskader in te vullen, het gaat er nu vooral om hier een start mee te maken en alle betrokken stakeholders hierin mee te krijgen.

Rest ons u te bedanken voor de mogelijkheid om op dit signalement van het ZiN te reageren. We kijken uit naar een passend vervolg.

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters
directeur