



Advies

Maatwerk in de Wlz

Scenario's voor zorg op maat, ook in de
thuissituatie

Gezamenlijk rapport van Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit



Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Vraagstelling	11
1.3 Aanpak	12
1.4 Leeswijzer	13
1.5 Dankwoord	13
2. Huidige mogelijkheden voor extra zorg	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Regelingen extra zorg	15
2.2.1 Meerzorg	15
2.2.2 Toeslagen	17
2.2.3 Extra kosten thuis	17
2.2.4 Persoonlijk assistentie budget	18
2.3 Omvang gebruik extra zorg	19
2.4 Knelpunten huidige regelingen extra zorg en indicatiestelling	20
2.4.1 Meerzorg	20
2.4.2 Toeslagen	21
2.4.3 Extra kosten thuis (ekt)	21
2.4.4 Persoonlijk assistentie budget (pab)	21
3. Uitgangspunten en reikwijdte	23
3.1 Maatwerk in de Wet langdurige zorg	23
3.2 Doelgroep	24
3.3 Zorg thuis en zorg in een instelling	25
3.4 De context en indicatiestelling	26
3.5 Doelmatigheid	28
3.6 Budgetneutraliteit	29
3.7 Afbakening permanente of tijdelijke behoefte extra zorg	29
3.8 Passend zorgaanbod in instellingen	30
3.9 Relatie met andere adviestrajecten & scope	31
4. Scenario's	35
4.1 Scenario 1: 'Verbeteren van het huidige systeem'	35
4.1.1 Aanleiding	35
4.1.2 Uitvoering scenario	35
4.1.3 Toetsing uitvoerbaarheid	38
4.1.4 Verwachte effecten	38
4.2 Scenario 2: Maatwerk door functies en klassen	39
4.2.1 Aanleiding	39
4.2.2 Uitvoering scenario	40
4.2.3 Toetsing uitvoerbaarheid	41
4.2.4 Verwachte effecten	42
4.3 Scenario 3: Maatwerkcomponent voor extra zorg thuis	44
4.3.1 Aanleiding	45
4.3.2 Uitvoering scenario	45
4.3.3 Toetsing uitvoerbaarheid	47
4.3.4 Verwachte effecten	48
4.4 Scenario 4: Herzien indicatiestelling	49
4.4.1 Aanleiding	49

4.4.2	Uitvoering scenario	50
4.4.3	Toetsing uitvoerbaarheid	51
4.4.4	Verwachte effecten	52
5.	Conclusies en aanbevelingen	55
5.1	Inleiding	55
5.2	Conclusies	55
5.3	Aanbevelingen	57
6.	Reacties van belanghebbende partijen	61
6.1	Consultatievragen	61
6.1.1	Reacties op hoofdstuk 2	61
6.1.2	Reacties op hoofdstuk 3	62
6.1.3	Reacties op hoofdstuk 4	63
6.1.4	Reacties op hoofdstuk 5	66
6.1.5	Reactie op de overige vragen	67
6.2	Reactie Adviescommissie NZa en ZIN	67
6.2.1	Reactie Adviescommissie Pakket ZIN	67
6.2.2	Reactie Adviescommissie NZa	68
Bijlage 1.	Wet- en regelgeving voor extra zorg	69
Bijlage 2.	Knelpunten buiten de reikwijdte van dit advies	73
Bijlage 3.	Consultatievragen bestuurlijke consultatie	77
Bijlage 4.	Verslag reactie Adviescommissie pakket Zorginstituut Nederland	79
Bijlage 5.	Brief VWS	81
Overige bijlagen bij advies		
– Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie		
– Reacties partijen op vragen bestuurlijke consultatie		
– Onderzoek HHM gebruik meer zorg		
– Factsheet extra zorg in de langdurige zorg		

Managementsamenvatting

Met ingang van 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Het doel van deze wet is het verbeteren en vernieuwen van de langdurige zorg zodat het welbevinden van mensen met een beperking centraal komt te staan. Eén van de doelen daarbij is dat de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen beter aansluit bij de persoonlijke situatie. Met dit advies willen we bijdragen aan dat doel. In nauwe samenwerking met vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren hebben we onderzocht welke mogelijkheden er zijn om meer maatwerk voor cliënten in de Wlz mogelijk te maken.

Regelingen voor extra zorg

Bij de invoering van de zorgzwaartepakketten (nu zorgprofielen) was het uitgangspunt dat 95% van alle intramurale cliënten voor de langdurige zorg binnen de zzp's zouden passen. De 5% intramurale cliënten die niet passen binnen een bestaand zorgprofiel kunnen gebruik maken van verschillende regelingen:

- Meerzorg bij een hoge zorgbehoefte (aangeduid als: meerzorg).
- Toeslagen bij specifieke aandoeningen (aangeduid als: toeslagen).
- Budgetverhoging bij extra kosten thuis (aangeduid als ekt).
- Het persoonlijk assistentiebudget (aangeduid als pab).

Omvang gebruik extra zorg

Van het totaal aantal cliënten dat geïndiceerd is voor Wlz-zorg maakt 1,4% (3.899 cliënten) gebruik van een van de regelingen voor extra zorg. De meeste cliënten uit deze groep (54%) maken gebruik van meerzorg in een intramurale instelling voor de gehandicaptenzorg. In de thuissituatie maakt ongeveer 0,1% (246 cliënten) van het totaal aantal cliënten gebruik van regelingen voor extra zorg.

Knelpunten in huidige regelingen extra zorg en indicatiestelling

Onderstaande samenvatting van knelpunten is gebaseerd op het onderzoek: 'Onderzoek gebruik meer zorg' en op ervaringen van partijen uit het adviestraject.

Meerzorg

De mogelijkheden voor meerzorg zijn niet goed bekend bij de cliënten en/of hun vertegenwoordigers. De aanvraagprocedure wordt als complex en tijdrovend ervaren. Daarnaast zijn de gebruikte methoden niet goed toepasbaar voor cliënten die thuis verblijven en is de geldigheidsduur van de indicatie beperkt. Hierdoor zijn dure (her)aanvraagprocedures nodig. Partijen ervaren het proces als bureaucratisch en gebaseerd op wantrouwen. Daarbij geeft men aan het vervelend te vinden dat partijen die bij de uitvoering betrokken zijn geen gelijke procedures hanteren.

Extra kosten thuis (ekt)

Over deze regeling zijn nog weinig knelpunten gesignaleerd. Dit komt mogelijk doordat cliënten pas sinds 2015 gebruik kunnen maken van de regeling en er relatief weinig mensen gebruik maken van de regeling. De knelpunten die wel worden genoemd gaan over de procedure en de geldigheidsduur.

Persoonlijk assistentie budget (pab)

Deze regeling is ook in 2015 ingevoerd en ook met deze regeling is nog weinig ervaring opgedaan. De betrokken partijen hebben twee

knelpunten genoemd, maar deze vallen buiten de scope van ons adviestraject.

Uitgangspunten en reikwijdte

We hanteren een aantal uitgangspunten bij de verschillende scenario's die in dit advies worden onderscheiden. De uitgangspunten zijn:

Maatwerk in de Wet langdurige zorg

Het zoveel als mogelijk verbeteren van maatwerk voor cliënten in de hele keten van indicatiestelling tot zorglevering. De indicatiestelling schept hierbij de randvoorwaarden om maatwerk in de zorglevering goed tot stand te kunnen laten komen. De centrale vraag is hoe meer maatwerk voor de individuele cliënt kan worden gecreëerd.

Doelgroep

De primaire doelgroep van dit rapport zijn cliënten die thuis wonen en een zorgvraag hebben waarvoor bestaande zorgprofielen onvoldoende passend zijn. Secundair besteden wij aandacht aan maatwerk in de Wlz voor alle cliënten die aanspraak maken op zorg uit de Wlz.

Zorg thuis en zorg in een instelling

In de Wlz bestaat geen inhoudelijk onderscheid tussen de aanspraken bij zorg thuis en zorg in een instelling. Het is moeilijk om een definitie te geven van wat zorg thuis en wat zorg in een instelling is, omdat het onderscheid tussen deze woonvormen aan het vervagen is. Ook bij woonvormen thuis is er steeds vaker mogelijkheid tot het middelen van zorgkosten zoals bij kleinschalige woonvormen met meerdere cliënten.

De context en indicatiestelling

Onder context verstaan we in dit rapport: of een cliënt thuis of in een instelling verblijft én de zorg van mantelzorgers. Met 'het meenemen van de context' verstaan we: de invloed van de context op bepaling van de zorgbehoefte en de zorgtoewijzing.

Doelmatigheid

Op grond van de Wlz mogen de zorgkosten thuis in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten in een instelling. Voor enkele groepen is de keuze gemaakt dat zij wél tegen hogere kosten thuis mogen wonen, met de regelingen ekt en pab. Welke groepen dat zijn en tegen welke kosten die uitzondering wordt gemaakt, is een politieke keuze.

Budgetneutraliteit

In dit advies wordt uitgegaan van budgetneutraliteit.

Afbakening permanente of tijdelijke behoefte extra zorg

Bij het vaststellen van de indicatie voor extra zorg dient het CIZ rekening te houden met de vermoedelijke duur van de behoefte aan extra zorg van de cliënt.

Passend zorgaanbod in instellingen

Voor het begrip 'passende zorg' bestaat geen eenduidige definitie. Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap schept wel een kader. Binnen de langdurige zorg is beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de zorg. Het is dan ook niet altijd mogelijk om te beoordelen welke behandelmethoden effectief zijn. Met de kwaliteitsagenda voor de gehandicaptenzorg wordt een stap gezet door specifiek aandacht te geven aan de doelgroep met ernstige meervoudige beperkingen.

Relatie met andere adviestrajecten & scope

Dit advies biedt zowel korte als lange termijn scenario's voor meer zorg op maat in de langdurige zorg. Deze scenario's moeten in samenhang gezien worden met andere lopende vernieuwingstrajecten zoals: Waardigheid & Trots, het kostprijsonderzoek in de Wlz, de doorontwikkeling van de zzp-structuur, het onderzoek naar de bekostiging van het mpt en de Proeftuinen Meerzorg 2.0.

Daarnaast zijn we in dit advies uitgegaan van de problemen die partijen ervaren bij het realiseren van extra zorg wanneer cliënten niet uitkomen met het best passende zorgprofiel. Het kan echter voorkomen dat het zorgprofiel meer zorg bevat dan een cliënt nodig heeft. De vraag of maatwerk ook in dergelijke gevallen gewenst is vereist nader onderzoek.

Scenario's

We beschrijven vier scenario's. Deze scenario's zijn clusters van gedachten waaruit we verschillende elementen gebruiken voor onze aanbevelingen.

Scenario 1: Verbeteren van het huidige systeem

Binnen dit scenario beschrijven we vijf mogelijkheden om de huidige knelpunten bij zorgaanvraag voor extra zorg te verminderen of op te lossen:

- bekendheid creëren met de meerzorg, pab en ekt;
- verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg en ekt;
- vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren;
- verlengen termijn beschikking regelingen extra zorg;
- aanbieden consultatiemogelijkheid door het CCE.

Scenario 2: Maatwerk door functies en klassen

Binnen dit scenario krijgt (een deel van) de cliënten die hun zorg thuis ontvangen een indicatie in functies en klassen. Deze indicatie omvat de totale zorgbehoefte van de cliënt in zijn context. Dit scenario geldt voor cliënten die hun zorg thuis afnemen én niet uitkomen met het voor hen best passende zorgprofiel, zoals kinderen met ernstig meervoudige handicap en/of cliënten met ernstige gedragsproblematiek.

Scenario 3: Maatwerkcomponent voor extra zorg thuis

In dit scenario is de basis van de zorg voor cliënten die thuis wonen en niet uitkomen met het best passende zorgprofiel, een zorgprofiel met daarbij een maatwerkcomponent. Deze maatwerkcomponent beschrijft de extra zorgbehoefte van de cliënt naast het zorgprofiel. In dit scenario geven we hier invulling aan door middel van functies en klassen.

Scenario 4: Herzien indicatiestelling

Binnen dit scenario analyseren we de mogelijkheden van een andere wijze van indicatiestelling voor alle cliënten in de Wlz. We onderscheiden de onderstaande vier activiteiten.

- *Loslaten dominante grondslag¹ bij bepalen best passend zorgprofiel.*
Het CIZ bepaalt bij de indicatiestelling het best passend zorgprofiel aan de hand van de objectieve zorgbehoefte. Dit is leidend voor de keuze van het best passende zorgprofiel. Het principe dat eerst gekeken moet worden naar de profielen passend bij de dominante grondslag wordt losgelaten. Voor het bepalen van toegang tot de Wlz blijven de grondslagen uiteraard wel in stand.

¹ Het CIZ hanteert de term 'dominante grondslag' niet meer, echter vanwege bekendheid met de term wordt het in dit advies nog wel gebruikt. Het CIZ gaat uit van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte.

- *Het CIZ toetst of cliënt in aanmerking komt voor regeling extra zorg.* Naast de reguliere indicatiestelling zal het CIZ ook toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor extra zorg.
- *Onderzoek naar herzien van de zorgprofielen en bekostiging.* Op korte termijn wordt onderzoek verricht naar de herziening van de zorgprofielen in combinatie met de bekostiging. Hierbij kan gekeken worden of er aparte zorgprofielen moeten komen voor verschillende leeftijdsgroepen en voor de Wlz-populatie, omdat de huidige zorgprofielen voor de AWBZ-populatie zijn opgesteld.
- *Pilot indicatiestelling waarbij CIZ ook indicatie voor extra zorg afgeeft.* Op korte termijn kan voor een beperkte doelgroep, bijvoorbeeld de primaire doelgroep van dit advies, een pilot starten waarbij het CIZ naast de reguliere indicatiestelling ook indiceert voor extra zorg. Naast het reguliere zorgprofiel betreft het CIZ in dit geval ook meerzorg, ekt en pab bij het indiceren van de totale zorg voor de cliënt. In de pilot krijgen zorgaanbieder en de cliënt(-vertegenwoordiger) de mogelijkheid om met partijen tot een passende indicatiestelling en bekostigingssystematiek te komen.

Conclusies

- We constateren dat de primaire doelgroep van ons advies op dit moment een relatief klein aantal Wlz-gerechtigden is, voornamelijk uit de gehandicaptenzorg.
- Er is niet één oorzaak voor de ervaren problemen met extra zorg, maar een samenloop van aandachtspunten over de gehele keten, van aanspraak tot en met bekostiging/verantwoording.
- De al ingezette vernieuwingstrajecten zullen op termijn een deel van de gewenste verbeteringen voor de extra zorg bewerkstelligen.
- Knelpunten die partijen ervaren als gevolg van de doelmatigheidsnorm worden met ons advies niet opgelost.

Aanbevelingen

We gaan uit van de problemen die partijen ervaren bij het realiseren van extra zorg op maat wanneer cliënten niet uitkomen met het best passende zorgprofiel. Veel van de ervaren knelpunten met de huidige uitvoering van indicatiestelling tot en met bekostiging van extra zorg worden aangepakt door uitvoering te geven aan de vernieuwingstrajecten. Daarnaast formuleren we de volgende aanbevelingen:

1. Meer aandacht voor passende zorg binnen de Wlz.

Zorg op maat voor cliënten is mogelijk als er kennis is over passende zorg voor deze cliënten. Binnen de langdurige zorg is echter beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies en methodes om doelen zoals het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag en het optimaal ontwikkelen van aanwezige capaciteiten te verwezenlijken. Het is daarom niet altijd mogelijk om de effectiviteit van behandelmethodes te beoordelen. Om zorg op maat voor cliënten te kunnen realiseren adviseren we de staatssecretaris dan ook om te sturen op thema's op het gebied van kwaliteit van zorg, richtlijnen, persoonsgerichte zorg en het ontwikkelen van deskundigheid. Met de kwaliteitsagenda voor de gehandicaptenzorg wordt hierin een stap gezet door specifiek aandacht te geven aan de doelgroep met ernstige meervoudige beperkingen.

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

De NZa neemt het initiatief om verbeteringen door te voeren in de uitvoering van huidige regelingen voor extra zorg. Deze aanbeveling volgt direct uit scenario 1, waar we constateren dat er belangrijke verbetermogelijkheden te realiseren zijn in het huidige systeem.



3. Verbeter stapsgewijs het indicatieproces.

Op grond van scenario 4 adviseren we de staatssecretaris om de volgende verbeteringen te realiseren in het huidige indicatieproces. Hierbij gaat het om het loslaten van de koppeling tussen dominante grondslag en het best passend zorgprofiel (1), om het toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor een regeling voor extra zorg (2), om een herziening van huidige zorgprofielen (3) en om het starten van een pilot voor de indicatiestelling (4).

4. Maatwerkcomponent voor een beperkte doelgroep.

Indien bovenstaande onvoldoende blijkt en een aanvullende oplossing nodig is, adviseren wij op basis van scenario 3 te kiezen voor een introductie van een maatwerkcomponent bovenop het best passende zorgprofiel.

5. Betrek de context alleen bij het indiceren van extra zorg.

Wij adviseren de staatssecretaris om bij de indicatiestelling in zorgprofielen uit te gaan van de huidige bepalingen in de Wlz. Dat betekent dat bij de toegang geen rekening wordt gehouden met de context. Echter, voor de indicatie van extra zorg, adviseren wij om de context wel te betrekken.

6. Houd doelmatigheidsnorm maar neem toeslagen mee bij pgb-budget.

In de uitvoering van de doelmatigheidsnorm wordt momenteel uitgegaan van het pgb. Bij de berekening van het pgb en daarmee ook het mpt-budget, wordt geen rekening gehouden met toeslagen. Wij adviseren om de toeslagen mee te nemen in de bepaling van het pgb en mpt-budget, uitgezonderd de instellingsgebonden toeslagen en de toeslagen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg. Daarnaast kan de politiek besluiten dat thuiswonen in meerdere situaties of onder andere condities mogelijk moet zijn. Dit kan bijvoorbeeld door ekt en/of pab open te stellen voor andere doelgroepen of de voorwaarden te verruimen. Wij achten het echter onwenselijk om de doelmatigheidsnorm los te laten, zolang er nog niet voldoende onderzoek is gedaan naar passende zorg in de Wlz.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Deze wet heeft belangrijke verbeteringen en vernieuwingen voor de langdurige zorg voor ogen, die onder andere zijn beschreven in de brief Waardig leven met zorg.² De brief gaat in op tien maatregelen die ertoe moeten leiden dat het welbevinden van de mens met zijn beperking centraal komt te staan. Mensen moeten zelf kunnen kiezen welke zorg zij nodig hebben en zeggenschap kunnen houden over hun eigen leven. De staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft aan dat voor het bereiken van deze doelen vernieuwing van de langdurige zorg voor wat betreft de toegang, de inkoop en de bekostiging van zorg noodzakelijk is.

Een van de genoemde maatregelen is – ter uitvoering van de motie Bergkamp³ – een adviesaanvraag aan het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende bekostigingssystematiek. Het doel van het maatwerkprofiel is om de Wlz-zorg die mensen thuis ontvangen beter te laten aansluiten bij hun persoonlijke situatie.

Deze adviesaanvraag is een verdieping en verbreding van een eerdere adviesaanvraag.⁴ Hierin werd gevraagd op welke wijze extra zorg kan worden vormgegeven, rekening houdend met de ontwikkelingen die zijn ingezet met de hervorming van de langdurige zorg. Dit verzoek heeft geleid tot een onderzoek naar huidige mogelijkheden en knelpunten bij de regelingen voor extra zorg waarin de ervaringen van cliënten centraal staan.⁵ Het rapport van dit onderzoek heeft de NZa in juni 2016 verstuurd aan de staatssecretaris.⁶

In dit advies presenteren we de mogelijkheden voor de vormgeving van een maatwerkprofiel.

1.2 Vraagstelling

In zijn adviesaanvraag verzoekt de staatssecretaris ons de onderstaande vragen te beantwoorden⁷:

- Hoe kan bij de vormgeving van zorg in de individuele thuissituatie meer rekening worden gehouden met specifieke cliëntkenmerken (zoals meervoudige beperkingen/grondslagen en leeftijd), de persoonlijke omstandigheden van de cliënt en de context waarin de zorg wordt ontvangen? Wat betekent dat voor het proces van indicatiestelling tot en met de opstelling van het zorgplan? Welke voor- en nadelen zijn hieraan verbonden en wat zijn de gevolgen voor de administratieve lasten?

² Brief VWS, Waardig leven met zorg, 26 februari 2016, kenmerk 930368-147878-LZ.

³ TK- 2014-2015, 33 891, nr. 169.

⁴ Brief VWS, meerzorg, maatwerk en daarmee samenhangende onderwerpen, 30 november 2015, kenmerk 874166-144231-LZ.

⁵ Onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM, mei 2016.

⁶ Brief NZa, Onderzoek gebruik meer zorg, 21 juni 2016, kenmerk 0188625/02584456.

⁷ Brief VWS, Gezamenlijke adviesaanvraag Zorginstituut Nederland/NZa, 6 juni 2016, kenmerk 149603-LZ.

- Hoe kan bij zorg die in een (kleinschalige) instelling wordt geleverd het beste worden voorzien in de behoefte aan maatwerk?
- Op welke wijze kunnen daarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, zoals vastgelegd in onder meer de Wlz, worden gewaarborgd?
- Welke stappen moeten in het proces van indicatiestelling tot en met de bekostiging en de verantwoording worden gezet om te komen tot de implementatie van een maatwerkprofiel? Welke mogelijkheden zijn er binnen de huidige wet- en regelgeving en op welke onderdelen is wijziging daar van noodzakelijk? Welk tijdspad is hierbij realistisch?

Bij de beantwoording van bovenstaande vragen moet aan de volgende randvoorwaarden worden voldaan. Allereerst moeten de toegangscriteria voor de Wlz als een gegeven worden beschouwd. Het aantal mensen dat toegang krijgt tot de Wlz verandert daarmee niet. Echter de wijze waarop cliënten binnen de Wlz worden geïndiceerd en de wijze waarop de zorg wordt bekostigd zou wel kunnen wijzigen. Een tweede randvoorwaarde is het uitgangspunt van budgetneutraliteit. De uitvoering van het maatwerkprofiel mag niet leiden tot een overschrijding van het budgettair kader voor de langdurige zorg.

1.3 Aanpak

Om tot dit advies te komen hebben wij onderstaande aanpak gehanteerd.

Technische Consultatie

Gedurende het adviestraject zijn twee consultatiebijeenkomsten georganiseerd. Tijdens de eerste consultatiebijeenkomst hebben partijen aangegeven welke problemen het maatwerkprofiel moet oplossen. Daarnaast gaven zij aan hoe zij de vormgeving van het maatwerkprofiel voor zich zien. Tijdens de tweede consultatiebijeenkomst hebben partijen gereageerd op de verschillende scenario's voor het maatwerkprofiel. Ook zijn er met diverse partijen meerdere verdiepende één-op-één gesprekken gevoerd.

Onderzoek gebruik meer zorg

Het eerdergenoemde onderzoek naar de gebruikerservaringen bij de regelingen voor extra zorg heeft als input gediend voor het adviestraject over het maatwerkprofiel.

Bestuurlijke consultatie

Het rapport is voor de bestuurlijke consultatie verzonden aan alle betrokken partijen. Wij hebben partijen daarbij een format gestuurd met consultatievragen. De antwoorden op de consultatievragen en eventuele overige opmerkingen zijn in de bijlage 'Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie' bij dit rapport gevoegd. Een samenvatting van de reacties is opgenomen in hoofdstuk 6

Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut

De Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut heeft het rapport op 25 november 2016 besproken. De reactie van de Adviescommissie Pakket vindt u in de bijlage 'Verslag reactie Adviescommissie pakket Zorginstituut Nederland'.

Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa

De Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa heeft het rapport op 10 november 2016 besproken. De reactie van de Adviescommissie vindt u in hoofdstuk 3, 5 en 6.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van ons rapport beschrijven we de bestaande regelingen voor extra zorg. Ook gaan we in op het gebruik van de regelingen en beschrijven we de knelpunten die gebruikers ervaren. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3 in op de verschillende uitgangspunten die we in dit rapport hanteren. We beschrijven onze uitgangspunten voor onder andere de vraagstukken rondom maatwerk, de doelgroep en de context. De uitgangspunten in hoofdstuk 3 stellen een kader voor de vier scenario's die we in hoofdstuk 4 beschrijven. Deze scenario's zijn clusters van gedachten waaruit we verschillende elementen gebruiken in het uiteindelijke advies. De (elementen van de) scenario's geven een antwoord op de knelpunten die cliënten ervaren bij het gebruik van extra zorg. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 onze conclusies en doen we een aantal aanbevelingen.

1.5 Dankwoord

Dit advies is gebaseerd op de input die betrokken partijen gedurende de consultatiebijeenkomsten én daarbuiten aan ons hebben geleverd. Wij danken hen zeer voor hun bijdrage en tijd die zij daarvoor hebben vrijgemaakt. Dankzij deze bijdragen was het mogelijk om scenario's voor het maatwerkprofiel te schetsen die nauw aansluiten bij de knelpunten die partijen hebben gesignaleerd.

2. Huidige mogelijkheden voor extra zorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de ‘regelingen’⁸ die extra zorg naast het geïndiceerde best passende zorgprofiel mogelijk maken. In paragraaf 2.2 geven we een toelichting op de inhoud en uitvoering van bestaande regelingen. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 2.3 de omvang en gebruik. In hoofdstuk 2.4 gaan we in op knelpunten die bij deze regelingen worden ervaren.

2.2 Regelingen extra zorg

Bij de invoering van de zorgzwaartepakketten (nu zorgprofielen) was het uitgangspunt dat 95% van alle intramurale cliënten voor de langdurige zorg binnen de zzp's zou passen. Voor 5% van de cliënten geldt dat het best passende bestaande profiel niet toereikend is voor hun zorgbehoefte. Ter aanvulling kunnen zij hiertoe een beroep doen op enkele regelingen voor extra zorg. Deze regelingen maken het mogelijk dat extra zorg naast het geïndiceerde zorgprofiel geleverd en bekostigd kan worden. Het gaat om⁹:

- de financiering van meerzorg bij een hoge zorgbehoefte (aangeduid als: meerzorg);
- de toeslagen bij specifieke aandoeningen (aangeduid als: toeslagen);
- de budgetverhoging bij extra kosten thuis (aangeduid als: ekt);
- het persoonlijk assistentiebudget (aangeduid als: pab).

In bijlage ‘Wet- en regelgeving voor extra zorg’ is de relevante wet- en regelgeving beschreven. De procedures van de diverse regelingen worden beschreven in het onderzoek gebruik meerzorg. Dit rapport is opgenomen in de bijlage ‘Onderzoek HHM gebruik meer zorg’.

2.2.1 Meerzorg

Wettelijke basis

De wettelijke basis voor meerzorg is artikel 2.2, eerste lid, onder a en b, tweede lid en derde lid van de Regeling langdurige zorg.

⁸ Wij zetten regeling hier tussen aanhalingstekens, omdat het feitelijk niet om afzonderlijke regelingen gaat, maar om deels artikelen in de Regeling langdurige zorg, en deels om bekostigingsregels. In het spraakgebruik wordt echter steeds de term regeling gehanteerd. Dat zullen wij in het vervolg van dit rapport ook doen.

⁹ Dat de ene vorm van extra zorg wordt aangeduid als ‘meerzorg regeling’ en de ander als ‘toeslagen’ is de gangbare maar wat ongelukkig woordkeuze. In beide gevallen gaat het namelijk om vormen van extra zorg die gebaseerd zijn op artikel 2.2 van de Regeling langdurige zorg (Rlz). De Rlz regelt de aanspraken van verzekerden. Voor beide vormen van meerzorg is een toeslag mogelijk. Deze maakt echter geen onderdeel uit van de aanspraken van de verzekerde; het gaat om bekostigingsregels die zijn neergelegd in de beleidsregels van de NZa. Wij volgen in dit rapport het inmiddels gangbare spraakgebruik.

Doel en doelgroep meerzorg

Meerzorg voorziet in extra zorg voor verzekerden met een bijzondere zorgvraag die uitgaat boven de in het best passend zorgprofiel beschreven zorg. Dit recht geldt alleen voor bepaalde zorgprofielen. Om hiervoor in aanmerking te komen moet de zorgbehoefte van de cliënt minimaal 25% hoger zijn dan het geïndiceerde zorgprofiel. Meerzorg was oorspronkelijk bedoeld voor de gehandicaptenzorg (ghz)¹⁰ maar met ingang van 2016 is meerzorg ook opengesteld voor sectoren verpleging en verzorging (v&v) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Om voor meerzorg in aanmerking te komen moet worden voldaan aan de eisen zoals beschreven in de uitvoeringsprotocollen van zorgkantoren. Meerzorg kan bij alle leeftijden en alle leveringsvormen worden ingezet.

Uitvoering meerzorg

De uitvoering van meerzorg is afhankelijk van de sector waarin meerzorg wordt aangevraagd, de duur van de indicatie, de leveringsvorm en of er sprake is van een eerste aanvraag of een heraanvraag. Bij de uitvoering spelen het zorgkantoor, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een belangrijke rol.

Zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering. Zij toetst of voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden. Als de meerzorg in verband met gedragsproblematiek wordt aangevraagd, vraagt het zorgkantoor advies aan het CCE. Indien de meerzorgaanvraag is gebaseerd op enkel somatische zorg wordt de inhoudelijke beoordeling voor deze aanvraag gedaan door het zorgkantoor. Hiervoor kan bij cliënten die thuis wonen een huisbezoek afgelegd worden. Als het zorgkantoor op grond van de eigen beoordeling en/of het advies van het CCE van mening is dat de cliënt in aanmerking komt voor meerzorg dan honoreert het zorgkantoor de aanvraag en volgt de beschikking. Deze beschikking wordt voor een periode van één tot drie jaar toegekend.

CCE

CCE voert een integrale beoordeling uit waarbij het uitgangspunt is 'deze cliënt in deze context'. Het CCE baseert zich daarbij hoofdzakelijk op drie informatiebronnen: het zorgplan, een bezoek aan de cliënt in zijn context en een gesprek met betrokken professionals. Hieruit volgt de analyse of er extra zorg nodig is

CIZ

Vanaf 2016 heeft het CIZ een taak in de vaststelling van de noodzaak tot meerzorg. Dit gebeurt alleen in de volgende gevallen:

- als de verzekerde aanspraak maakt op een zorgprofiel en;
- er een noodzaak is voor invasieve beademing; of
- er een noodzaak is voor non-invasieve beademing; of
- er aanspraak is op een zorgprofiel 'vg wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' en sprake is van een noodzaak voor permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek; of
- er aanspraak is op een zorgprofiel 'vg wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' en sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Als één van bovenstaande criteria van toepassing is, wordt het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' meegegeven aan het zorgkantoor.

¹⁰ Deze was toen bekend onder de benaming: "regeling extreme zorgzwaarte".

2.2.2 Toeslagen

Wettelijke basis

De wettelijke basis voor de toeslagen is artikel 2.2., eerste lid onder c van de Regeling langdurige zorg. De NZa heeft in een beleidsregel¹¹ de tarieven en de voorwaarden vastgelegd. Per toeslag is bekeken of er sprake is van extra zorg, bijvoorbeeld in verband met gespecialiseerde epilepsiezorg of beademingszorg. Als er sprake is van extra zorg dan is dit ook opgenomen in regeling langdurige zorg. Er zijn echter ook toeslagen op de zzp-bekostiging die geen betrekking hebben op extra zorg, maar op speciaal deskundig (duurder) personeel, specifieke geneesmiddelen, speciale voeding en dergelijke. Een voorbeeld is de toeslag Huntington. Voor een dergelijke toeslag is geen regeling in de Rlz getroffen omdat het geen extra zorg betreft.

Doel en doelgroep toeslagen

Het doel is om de verzekerde met een specifieke aandoening in meer (specialistische) zorg te voorzien dan op basis van het voor hem geïndiceerde best passende zorgprofiel beschikbaar is. De doelgroep zijn cliënten die zijn aangewezen op een toeslag voor onder andere: gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie. De toeslagen kunnen intramuraal geleverd worden en ook bij vpt, mpt en pgb als er voldaan wordt aan de specifieke voorwaarden per toeslag.

Uitvoering toeslagen

De zorgaanbieder stelt vast dat de cliënt is aangewezen op extra zorg en doet een verzoek voor de toeslag bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor beoordeelt of is voldaan aan de voorwaarden om voor de toeslag in aanmerking te komen. De zorgaanbieder en het zorgkantoor maken ieder jaar productieafspraken over de te leveren zorg en nemen de toeslagen hier ook in mee. Toeslagen worden aanvullend op het geïndiceerde zorgprofiel gedeclareerd.

2.2.3 Extra kosten thuis

Wettelijke basis

De wettelijke basis voor de regeling ekt is artikel 5.3 van de Regeling langdurige zorg.

Doel en doelgroep regeling ekt

De regeling is per 1 januari 2015 ingevoerd. Ekt maakt het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om zorg thuis te ontvangen, ook al zijn de kosten voor de zorg thuis hoger dan in een instelling. Zo wordt het mogelijk gemaakt dat kinderen, jongvolwassenen en mensen in andere specifieke situaties langer thuis kunnen blijven wonen. Cliënten met een mpt, een pgb, of een combinatie hiervan kunnen aanspraak maken op deze regeling. Met deze regeling kan maximaal 25% extra budget in de thuissituatie worden ingezet.

¹¹ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten (kenmerk CA-BR-1607c).

De volgende doelgroepen komen in aanmerking:

- de cliënt die jonger is dan 23 jaar en thuis wil opgroeien;
- de cliënt met één of meer kinderen jonger dan 18 jaar, waarbij de verzekerde deel uitmaakt van het thuis laten opgroeien van het kind;
- de cliënt met een somatische aandoening of beperking die op zorg is aangewezen en geen verstandelijke handicap, psychiatrische aandoening of psychogeriatrische beperking heeft, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om vanuit huis inkomen uit werk te verkrijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk;
- als de cliënt is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg, voor zover de ophoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om palliatief terminale zorg thuis te ontvangen;
- cliënten die gebruik maken van de regeling meerzorg of pab komen niet in aanmerking voor ekt. Indien er in een gezinssituatie sprake is van meerdere personen die aanspraak maken op ekt, dan is in redelijkheid te verwachten dat er enige doelmatigheid kan worden bereikt bij de inzet van zorg.

Uitvoering regeling ekt

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering. Wanneer de cliënt een bij pgb heeft dient hij/zij via een aanvraagformulier bij het zorgkantoor een verzoek in voor een ekt-budget. Bij zorg in natura doet de aanbieder dit. Samen bepalen zij voor welke zorgvormen het budget wordt ingezet.

2.2.4 Persoonlijk assistentie budget

Wettelijke basis

De wettelijke basis voor het pab is artikel 5.15a van de Regeling langdurige zorg.

Doel en doelgroep pab

Het pab is met ingang van 1 januari 2015 ingevoerd. Het pab maakt het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om thuis te wonen, ook al zijn de kosten voor de zorg thuis hoger dan in een instelling. Deze opslag op het pgb is bedoeld voor een kleine groep volwassen cliënten die volledig regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke beperking hebben en die vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Met de opslag kunnen deze cliënten zelfstandig wonen en participeren in de samenleving. De regeling maakt het mogelijk om het pgb-budget tot maximaal € 219.000,- op te hogen.

De volgende doelgroepen komen in aanmerking voor pab:

De cliënt heeft een indicatie voor LG5, LG6, LG7, VV7 of VV8¹², en:

- is vanuit medische noodzaak aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit om veiligheid in levensbedreigende situaties te waarborgen;
- is 18 jaar of ouder;
- heeft geen cognitieve beperkingen;

¹² LG5, LG6, LG7, VV7 en VV8 zijn de zorgprofielen: LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging,

- kan op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de aan een pgb-budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze volbrengen.

Gedacht kan worden aan rolstoel gebonden cliënten met chronische ademhalingsondersteuning zonder of met een slechte handfunctie. Deze cliënten hebben hulp nodig bij praktische handelingen en hebben continue (verpleegkundig) toezicht nodig.

Uitvoering regeling

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering. Om in aanmerking te komen meldt de cliënt zich bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor stuurt de cliënt het formulier 'Eigen Regie' toe. De cliënt retourneert dit formulier samen met een medisch oordeel van een behandelend arts. Vervolgens vindt er een gesprek plaats tussen de cliënt en het zorgkantoor om te toetsen of de cliënt aan bovengenoemde voorwaarden voldoet. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag op basis van het 'Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis'. Als het zorgkantoor akkoord gaat, verstuurt het zorgkantoor een beschikking en wordt het pgb-budget van de cliënt verhoogd.

2.3 Omvang gebruik extra zorg

Landelijk zijn circa 282.000 cliënten geïndiceerd voor Wlz-zorg. Van deze cliënten maken 3.899 cliënten gebruik van één van de regelingen voor extra zorg. Dit is circa 1,4% van alle Wlz-cliënten. De cliënten die gebruik maken van extra zorg zijn meestal geïndiceerd voor een zorgprofiel uit de sector ghz en verblijven vooral in een intramurale setting. Er zijn lage aantallen gebruikers van meerzorg in de v&v en de ggz én bij de regelingen ekt en pab. Dit is te verklaren doordat ekt en pab pas in 2015 ingevoerd zijn en doordat meerzorg voor de sectoren v&v en ggz pas in 2016 is opengesteld.

In onderstaande tabel wordt het totaal aantal gebruikers verbijzonderd naar sector, regeling en naar setting. Uit tabel 1 blijkt dat 246 cliënten thuis zorg ontvangen met één van de regelingen voor extra zorg. Dit is ongeveer 0,1% van de Wlz-populatie.

Tabel 1. Aantal cliënten met extra zorg verbijzonderd naar woonsetting en sector (per 1 januari 2016)

Regeling	Intramuraal			Thuiswonend			Totaal
	ghz	vv	ggz	ghz	vv	ggz	
Meerzorg	2.137	0	0	143	8		2.288
Toeslagen	1.172	324	20	32	1		1.549
ekt				47	2		49
pab				13			13
Totaal	3.309	324	20	235	11	0	3.899

Bron: Rapport Onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM, mei 2016

Tabel 2. Aantal cliënten en budgetten per regeling

Regeling	Cliënten	Totaal budget
Meerzorg	2.288	€ 141.389.511
Toeslagen	1.549	€ 33.680.937
ekt	49	€ 1.763.167
pab	13	€ 2.176.824
Totaal	3.809	€ 178.559.280

Bron: Rapport onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM, mei 2016

2.4 Knelpunten huidige regelingen extra zorg en indicatiestelling

Uit het onderzoek gebruik meer zorg blijkt dat men over het algemeen tevreden is over de regelingen voor extra zorg. Desondanks zijn er verschillende knelpunten geïdentificeerd. Deze beschrijven we in onderstaande paragrafen, samen met de knelpunten die bij de consultatiebijeenkomsten en de individuele gesprekken genoemd zijn. Sommige daarvan vallen buiten reikwijdte van dit advies. Deze knelpunten hebben we opgenomen in de bijlage 'Knelpunten buiten de reikwijdte van dit advies'. Als algemeen knelpunt is genoemd dat volgens diverse partijen het beschikbare budget onafhankelijk zou moeten zijn van de leveringsvorm. Daarnaast geeft men aan dat de tarieven voor de zorg überhaupt herijkt moeten worden.

2.4.1 Meerzorg

Bij meerzorg signaleren gebruikers voor alle sectoren en zowel thuis als in een instelling verschillende knelpunten. We gaan eerst in op de sectoren v&v en de ggz¹³, om vervolgens de knelpunten bij meerzorg thuis en in een instelling te benoemen.

Knelpunten bij meerzorg in de v&v en ggz

Men twijfelt of de investering in de aanvraagprocedure opweegt tegen de hoogte en de duur van de toegekende meerzorg. De duur van de beschikking is op dit moment in deze sectoren maximaal twaalf maanden.

Knelpunten bij meerzorg thuis

- De partijen zijn van mening dat de aanvraagprocedure met bijbehorend sjabloon voor meerzorg niet goed is afgestemd op de situatie van thuiswonenden. De formulieren die ingevuld moeten worden sluiten niet aan op zorg in de thuissituatie. Ook leidt het sjabloon tot verwarring omdat het niet geschikt is om het variabele gedrag van een cliënt vast te leggen.
- Het invullen van de formulieren kost veel tijd, vooral omdat de zorg op de minuut verantwoordt moet worden;
- De toekenning kent een beperkte geldigheidsduur. Hierdoor moeten de formulieren steeds opnieuw worden ingevuld. Naast extra werk levert dat ook stress op vanwege de angst dat de cliënt mogelijk toch naar een instelling moet wanneer de aanvraag niet wordt toegekend.

¹³ Meerzorg is voor de sectoren ggz en v&v in 2016 opengesteld. De geïdentificeerde knelpunten hebben dan ook vooral betrekking op de ghz.

- Men vindt de procedure voor meerzorg te bureaucratisch en gebaseerd op wantrouwen. Vooral omdat de aanvraag steeds opnieuw uitgevoerd moet worden terwijl er weinig tot niets in de situatie van de cliënt veranderd is.
- Ook blijken veel cliënten en hun vertegenwoordigers niet bekend te zijn met de mogelijkheden van meerzorg. Hierdoor hangt het gebruik vaak af van de beschikbare kennis, in plaats van de zorginhoudelijke behoefte aan meerzorg.

Knelpunten bij meerzorg in een instelling

- De partijen vinden de aanvraagprocedure langdurig en complex: er moet veel informatie worden aangeleverd en soms moet de aanvraag herhaaldelijk worden aangepast.
- Meerzorg wordt voor één, twee of drie jaar toegekend. Bij een beschikking voor één jaar betekent dit dat er na circa een half jaar weer een heraanvraag moet worden gedaan. Deze moet namelijk drie maanden voordat de datum van de vorige aanvraag afloopt ingediend zijn bij het zorgkantoor. Bij een heraanvraag moet worden aangetoond wat de resultaten zijn van de ingezette middelen. Die resultaten zijn na een half jaar vaak nog niet goed te meten.
- De structuur van het zorg-/ondersteuningsplan dat de zorgaanbieder gebruikt sluit niet altijd goed aan bij de structuur die wordt gehanteerd in het aanvraagformulier.
- De indicatieprocedures van het zorgkantoor en het indicatieorgaan zijn verschillend. Het CIZ beoordeelt zonder rekening te houden met de context, het zorgkantoor houdt hier wel rekening mee.

Onder andere naar aanleiding van het laatste punt pleiten partijen voor het meenemen van de context van de cliënt bij de indicatiestelling voor meerzorg.

2.4.2 Toeslagen

Er zijn weinig knelpunten gesignaleerd voor de toeslagen. Voor één knelpunt verwijzen we naar de bijlage 'Knelpunten buiten de reikwijdte van dit advies'. Zorgaanbieders maken jaarlijks met zorgkantoren op basis van voorgaande jaren productieafspraken over de toeslagen. De zorgaanbieders ervaren geen extra administratieve lasten om de toeslagen bekostigd te krijgen.

2.4.3 Extra kosten thuis (ekt)

Met de regeling 'extra kosten thuis' hebben partijen nog weinig ervaring opgedaan, omdat deze regeling pas in 2015 is ingevoerd. Enkele knelpunten die door betrokkenen wel worden genoemd zijn:

- er is nog veel onbekendheid met en onduidelijkheid over de procedure;
- de procedure wordt niet eenduidig uitgevoerd door de verschillende zorgkantoren;
- en de geldigheidsduur van één jaar is erg kort en leidt tot administratieve lasten voor de cliënt(vertegenwoordiger) of de zorgaanbieder.

2.4.4 Persoonlijk assistentie budget (pab)

Ook de regeling 'persoonlijk assistentie budget' is per 2015 ingevoerd en ook met deze regeling is nog weinig ervaring opgedaan. Er is een tweetal knelpunten genoemd. De oplossingen voor deze knelpunten vallen buiten dit adviestraject en zijn dan ook in de bijlage 'Knelpunten buiten de reikwijdte van dit advies' opgenomen.

3. Uitgangspunten en reikwijdte

In dit hoofdstuk beschrijven we de door ons gehanteerde uitgangspunten voor de vraagstukken rondom maatwerk, doelgroep, leveringsvorm, context, budgetneutraliteit en doelmatigheid. Deze vraagstukken zijn onderliggend aan de verschillende scenario's die in dit advies worden onderscheiden. Ook beschrijven we in dit hoofdstuk de scope van ons advies.

3.1 Maatwerk in de Wet langdurige zorg

Maatwerk binnen de Wlz

Met de brief 'Waardig leven met zorg' wordt invulling gegeven aan een aantal belangrijke verbeteringen en vernieuwingen die het ministerie van VWS met de Wlz voor ogen heeft. Zeggenschap en maatwerk zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

In de memorie van toelichting van de Wlz staat dat ruimte voor maatwerk in de Wlz wordt gecreëerd door 'te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen'. De bedoeling hiervan is dat cliënten en zorgaanbieders grotere vrijheid krijgen in de wijze waarop de zorg wordt geleverd en dat er minder nadruk ligt op de prestaties binnen de zorgprofielen.

In dit advies gaan we in op welke wijze meer maatwerk voor de cliënt kan worden bereikt in de keten van aanspraak tot verantwoording. We constateren dat de Wlz er vanuit gaat dat maatwerk bij uitstek tot stand komt bij de zorglevering, tussen de cliënt en zorgverlener. De uren zijn met de invoering van de Wlz uit de beschrijving van de zorgprofielen verwijderd, met als doel zorgaanbieders meer ruimte te geven bij het leveren van de zorg. Naarmate de indicatiestelling meer gedetailleerd en meer persoonsgericht wordt, leidt dit tot minder flexibiliteit in de uiteindelijke zorglevering. Het biedt zorgaanbieders namelijk minder mogelijkheden om flexibel in te spelen op de fluctuerende zorgvraag van de cliënt.¹⁴

We gaan in het advies uit van de problemen die partijen ervaren bij het realiseren van extra zorg wanneer cliënten niet uitkomen met het best passende zorgprofiel. Het kan echter ook zo zijn dat het zorgprofiel meer zorg bevat dan een cliënt nodig heeft. De vraag of maatwerk in dergelijke gevallen gewenst is vereist nader onderzoek.

Uitgangspunt maatwerk: het zoveel als mogelijk verbeteren van maatwerk voor cliënten in de hele keten van indicatiestelling tot zorglevering. De indicatiestelling schept hierbij de randvoorwaarden om maatwerk in de zorglevering goed tot stand te kunnen laten komen.

¹⁴ Waar we het hebben over cliënten, bedoelen we veelal ook de cliëntvertegenwoordigers die namens de cliënt de zorg organiseren.

Maatwerkprofiel

In de adviesaanvraag vraagt de staatssecretaris om in lijn met de motie-Bergkamp een 'maatwerkprofiel' te ontwikkelen, inclusief een passende bekostiging. Wij zien de term 'maatwerkprofiel' als een contradictio in terminis. De term 'maatwerk' duidt op een individuele beschrijving, daar waar de term 'profiel' een algemene beschrijving suggereert. In dit advies gaan we in op hoe meer maatwerk voor de individuele cliënt gerealiseerd kan worden. We spreken daarom verder in dit advies niet meer over het maatwerkprofiel.

Uitgangspunt maatwerk: centraal staat hoe meer maatwerk voor de individuele cliënt kan worden gecreëerd. We spreken daarom niet van een maatwerkprofiel.

3.2 Doelgroep

Primaire doelgroep: cliënten die problemen ervaren met extra zorg thuis

De primaire doelgroep is thuiswonende cliënten die niet in hun zorgbehoefte kunnen voorzien met de zorg die vanuit het geïndiceerde profiel geleverd kan worden. Uit het onderzoek "Gebruik meer zorg" blijkt dat er vooral problemen worden ervaren met de regeling meerzorg. De doelgroep kinderen met meervoudige handicaps is hier een voorbeeld van. Zoals beschreven in hoofdstuk 2, zijn er op dit moment ongeveer 246 cliënten die thuis een vorm van extra zorg ontvangen. Dit betreft 0,1% van alle Wlz-gerechtigden.

Secundair: maatwerk in de Wlz in den brede

De staatssecretaris vraagt tevens onderzoek te doen naar '...de huidige mogelijkheden om meerzorg en maatwerk te leveren in de Wlz en naar de ervaringen van cliënten daarbij'.

Dit betekent dat we ons binnen dit advies niet alleen richten op het creëren van maatwerk voor de cliënten die nu problemen ervaren met (extra) zorg thuis, maar ook op het creëren van meer maatwerk in de Wlz in den brede.

Uitgangspunt doelgroep: de primaire doelgroep van dit rapport is cliënten die thuis wonen en een zorgvraag hebben waarvoor bestaande zorgprofielen onvoldoende passend zijn. Secundair besteden wij aandacht aan maatwerk in de Wlz voor iedereen.

Voorbeelden van groepen

Tijdens de consultatie zijn twee belangrijke subgroepen onder onze aandacht gebracht. Dit zijn enerzijds cliënten met een ernstig meervoudige handicap (emg) en anderzijds cliënten met een verstandelijke beperking (vg) én ernstige gedragsproblematiek. Beide groepen maken gebruik van regelingen die extra zorg mogelijk maken.

Casus: volwassene met een verstandelijke handicap en ernstige gedragsproblematiek

Corine is 35 jaar, heeft een zorgprofiel VG-7, is volledig ADL-zorgafhankelijk, incontinent, eet niet zelf, extreme gedragsproblematiek, woont met twee andere vrouwen met een verstandelijke beperking in kleinschalige woonvorm gefinancierd met pgb. Zij heeft, als zij wakker is, continu één-op-één begeleiding nodig. Corine is in haar jonge jaren vaak gefixeerd en opgesloten in isoleercellen wat haar moeilijk verstaanbare gedrag verergerde. Zij woont sinds vijf jaar in een kleinschalige

woonvorm, met voorspelbare dagindeling, continue begeleiding en gaat overdag naar een dagopvang. Zowel de begeleiding in de woonvorm als bij de dagbesteding wordt deels betaald uit meerzorg. Door de inzet van meerzorg is de kwaliteit van leven voor Corine enorm toegenomen.

Bron: Rapport onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM

Casus: kind met een ernstige meervoudige handicap

Bas, een jongen van 12 jaar met een zorgprofiel VG-5, heeft een ontwikkelingsleeftijd die rond de 8 maanden wordt geschat. Hij heeft een aanlegstoornis van de hersenen, een visus probleem, kan niet zelfstandig eten of drinken en wordt met sondevoeding gevoed. Dit gaat niet heel makkelijk en geeft dagelijks complicaties. Bas heeft chronische obstipatie en epilepsie. Hij kan een paar stapjes zetten als hij ondersteund wordt. Dit maakt de verzorging iets simpeler, maar vraagt ook om veel aandacht om deze vaardigheid te kunnen behouden bij het groter worden van zijn lichaam. Als deze jongen niet wordt beziggehouden trekt hij zich in zichzelf terug en gaat zitten wiegen en hummen. Contact is dan niet mogelijk. Alles wat in groepsverband wordt gedaan gaat aan hem voorbij. Echter als hij individueel geactiveerd wordt in een rustige setting, maakt hij wel contact en kan hij duiden bij kleine vragen wat zijn voorkeur heeft. Op dat soort momenten geniet hij zichtbaar van het leven. Met veel moeite hebben zijn ouders voor hem de zorg geregeld, zodat hij zich ontwikkelt en gelukkig is. De zorgvraag van Bas is erg wisselend. De ene dag heeft hij meer verpleegkundige aandacht nodig en de andere dag vraagt hij om fors meer individuele begeleiding. Met de ekt hebben de ouders op dit moment wat extra armslag, maar dit is nog niet voldoende. Zowel op het kleinschalig initiatief waar hij dagbesteding krijgt en logeert, als op de inzet van hulp thuis hebben zij moeten minderen. De zorgvraag van Bas groeit en wordt steeds grilliger naarmate hij ouder wordt, maar zijn indicatie groeit niet met hem mee.

Bron: Ouders voor goede zorg (input 30 juni 2016)

3.3 Zorg thuis en zorg in een instelling

In de Wlz-aanspraken geen verschil tussen thuis en instelling

In de AWBZ bestond een inhoudelijk onderscheid tussen cliënten die thuis of in een instelling zorg ontvingen. De cliënten in een instelling waren in het bezit van een specifieke 'verblijfsindicatie'. In de Wlz is dit niet het geval en zijn de aanspraken gelijk, ongeacht waar de zorg wordt geleverd. Zoals hiervoor is beschreven doen knelpunten zich vooral in de thuissituatie voor.

Het grijze gebied tussen 'zorg thuis' en 'zorg in een instelling' groeit

In de praktijk ontstaan er allerlei tussenvormen in de zorg thuis en zorg in een instelling. Er zijn steeds meer mogelijkheden om de zorg individueel of gezamenlijk met anderen in een 'thuissituatie' te organiseren. Hiermee begint het onderscheid tussen woonvormen te vervagen.

In een intramurale setting zijn er mogelijkheden voor de zorgaanbieder om te middelen tussen cliënten met een relatief hoge zorgvraag en

cliënten met een relatief lage zorgvraag¹⁵. Voor cliënten die hun zorg in de individuele thuissituatie ontvangen is deze mogelijkheid er niet. Er ontstaan echter steeds meer woonvormen die worden aangemerkt als 'zorg thuis' waarbij er wel enige mogelijkheid is tot middelen van de zorgkosten. Daarnaast hebben instellingen meer mogelijkheden tot het behalen van efficiencywinsten in vergelijking tot 'zorg thuis'.

Kleinschalige wooninitiatieven

In de Wlz zijn kleinschalige initiatieven te beschouwen als een vorm van 'zorg thuis'. Cliënten huren zelf een woning of kamer en de zorg wordt vaak afgenomen in de vorm van een pgb. In de praktijk bestaat een grote variatie tussen (vormen van) deze wooninitiatieven. Het aantal cliënten dat er woont varieert tussen 3 en 26. In sommige varianten lijkt de zorglevering sterk op zorg zoals deze in een (kleinschalige) instelling geboden zou worden. Hier is dan middeling mogelijk tussen bewoners met een lichtere en zwaardere zorgvraag. In andere varianten gaat het om een aantal bewoners waarbij de mogelijkheid tot middeling van zorgkosten zeer beperkt is.

In ons advies gaan we hier als volgt mee om:

- Omdat zorgafname in kleinschalige wooninitiatieven een vorm is van 'zorg thuis' zouden zij toegang hebben tot een dergelijke individuele indicatiestelling zoals geschetst wordt in scenario 2 en 3.
- Vanwege het diffuse karakter van kleinschalige wooninitiatieven zal de mate waarin de zorgvraag gemiddeld kan worden en er efficiencywinsten behaald kunnen worden per wooninitiatief verschillen. Het is dan ook belangrijk dat de mate waarin dit mogelijk is mee te nemen in het overwegen van de context.

Uitgangspunt woonvormen:

We stellen ten eerste dat er in de Wlz geen inhoudelijk onderscheid meer is tussen de aanspraken bij zorg thuis en instelling. Ten tweede concluderen we dat het moeilijk is om een definitie te geven van wat zorg thuis en wat zorg in een instelling is, omdat het onderscheid tussen deze woonvormen aan het vervagen is. Ook bij woonvormen thuis is er steeds vaker mogelijkheid tot het middelen van zorgkosten.

3.4 De context en indicatiestelling

In deze paragraaf verduidelijken we wat wij in dit advies bedoelen met context waarin de cliënt de zorg ontvangt en hoe we daarmee omgaan.

Toegangscriteria van de Wlz blijven gelijk

Het uitgangspunt bij dit advies is dat de toegangscriteria van de Wlz onveranderd blijven. In de toegangscriteria van de Wlz is de context bewust niet meegenomen, en wordt alleen naar de kenmerken van de verzekerde zelf gekeken. De toegangscriteria¹⁶ zijn 'objectief' geformuleerd: de cliënt moet zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Of die zorg of dat toezicht ook (deels) geleverd wordt door een professionele zorgverlener, een partner of vrijwilliger, speelt in deze formulering geen rol. Ook andere contextfactoren spelen geen rol bij de vraag of er permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid nodig is. Hierop bestaat slechts één uitzondering: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat

¹⁵ Aan een zorgprofiel is een zvp gebonden met de gemiddelde zorgkosten van iemand met een dergelijk profiel. In een instelling kunnen de kosten van cliënten die dit bedrag over- en overschrijden met elkaar uitgemiddeld worden.

¹⁶ Artikel 3.2, eerste lid van de Wlz.

zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden, ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Pas als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de gebruikelijke zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd, kan er sprake zijn van toegang tot de Wlz. Bovengenoemde uitgangspunten zullen, conform de adviesaanvraag, niet ter discussie staan in dit advies.

Zorgprofielen worden objectief vastgesteld

Als vaststaat dat een verzekerde toegang heeft tot de Wlz moet het CIZ de globale omvang vaststellen van de zorg waarop verzekerde is aangewezen. Dat doet het CIZ door het best passende zorgprofiel voor verzekerde vast te stellen¹⁷. Deze zorgprofielen zijn 'objectief' vormgegeven en niet gerelateerd aan de context van de verzekerde. Het uitgangspunt in dit advies is dat de context niet meespeelt bij de vaststelling van het voor verzekerde best passende zorgprofiel. Ter discussie staat alleen de rol van de context bij de bepaling van de hoeveelheid zorg die iemand nodig heeft, bovenop de zorgprofielen, en de zorgtoewijzing.

Onderdeel van de context: Thuis/instelling

Bij de huidige indicatiestelling in de Wlz wordt alleen gekeken naar de objectieve zorgbehoefte van een cliënt. De context wordt in de Wlz wel meegenomen in de zorgtoewijzing, vooral bij het bepalen van de leveringsvorm, in de zorgplanbespreking en de uiteindelijke levering van de zorg. In de verschillende scenario's die wij in dit advies beschrijven gaan wij hier verder op in.

Onderdeel context: mogelijkheden en bereidheid mantelzorgers

Bij de huidige indicatiestelling worden de mogelijkheden van mantelzorgers niet meegenomen bij de beoordeling op welke zorg de verzekerde is aangewezen. In de zorgtoewijzing speelt de beschikbaarheid van mantelzorg wel een rol. Het gaat hierbij om de zorg die mantelzorgers kunnen bieden, en die zij bereid zijn te bieden.

Geen onderdeel van context: locatie waar iemand woont

De variabele woonplaats wordt niet meegenomen in de indicatiestelling of zorgtoewijzing.¹⁸ Het sluit niet aan bij het doel van de Wlz om extra kosten voor thuis wonen in afgelegen gebieden vanuit de Wlz te vergoeden. In dit advies nemen wij de woonlocatie dan ook niet mee als onderdeel van de context.

Uitgangspunten context:

Onder 'context' verstaan we: of iemand thuis of in een instelling woont én de zorg van mantelzorgers.

Met 'het meenemen van de context' verstaan we: de invloed van de context op bepaling van de zorgbehoefte en de zorgtoewijzing.

¹⁷ Artikel 3.1.1., eerste lid, van het Besluit Langdurige zorg.

¹⁸ Tijdens de consultatieronde is naar voren gekomen dat binnen de context ook de variabele 'woonplaats' zou moeten worden meegenomen in de indicatiestelling of zorgtoewijzing. Dat zou bijvoorbeeld betekenen dat iemand die in een afgelegen gebied woont, waar weinig zorgaanbod in de nabijheid beschikbaar is, een groter zorgbudget toegewezen krijgt dan iemand in een stad waar zorg wel nabij is.

De context en meerzorg

In de wet- en regelgeving is het recht op meer zorg vastgelegd.¹⁹ Het uitgangspunt is dat er recht is op meer zorg voor zover het nodig is om cliënten te voorzien in hun behoefte aan zorg. Bij de indicatiestelling van de meerzorg zou context betrokken kunnen worden. Dit geldt ook voor andere vormen van extra zorg (ekt en pab²⁰), omdat de vraag of extra zorg nodig is vaak samenhangt met contextfactoren. Bijvoorbeeld bij gedragsstoornissen. Tevens vinden wij, omdat voor vormen van extra zorg extra financiële middelen beschikbaar worden gesteld, dat een specifieke individuele beoordeling van de noodzaak ervan, mede op basis van de context van de cliënt, gerechtvaardigd is.

De context en kleinschalige wooninitiatieven

Hierboven gaven we aan dat kleinschalige wooninitiatieven in de Wlz als een vorm van thuiswonen wordt aangemerkt. Wanneer bij het bepalen van de extra zorg de context wordt meegenomen, betekent dit dat de indicatiesteller twee zaken moet meenemen. Hij moet kijken in hoeverre binnen een kleinschalige woonvorm kan worden gemiddeld in de zorg die de diverse bewoners nodig hebben en ten tweede moet hij beoordelen in welke mate efficiencywinsten behaald kunnen worden.

3.5 Doelmatigheid

Uitgangspunt in de Wlz: thuis wonen mag niet duurder zijn dan verblijf

Het uitgangspunt in de Wlz is dat zorg thuis niet duurder mag zijn dan in een instelling.²¹ Hoewel leveringsvormen voor zorg thuis dus wel wettelijk verankerd zijn, kan Wlz-zorg niet te allen tijde thuis worden gerealiseerd. Het financieel maximum voor de zorg thuis is gelijk gesteld aan het pgb-plafond voor een bepaald zorgprofiel.²² Deze grens noemen we de doelmatigheidsnorm. Dit geldt voor de leveringsvormen pgb en mpt. De hoogte van het pgb-plafond per zorgprofiel is vastgelegd in de Regeling langdurige zorg²³. De berekening van het plafond is gebaseerd op het vpt, exclusief behandeling en toeslagen, zoals de NZa die vaststelt. De NZa reguleert de prestaties en tarieven voor intramurale zorg en de toeslagen die van toepassing zijn bij de leveringsvormen zzp en vpt. Afhankelijk van het soort toeslag is deze al dan niet instellingsgebonden. Alleen in een instelling mag de betreffende toeslag dan in rekening worden gebracht. Met het uitgangspunt dat zorg thuis niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling ligt het voor de hand dat bij het vaststellen van de doelmatigheid in de thuissituatie ook eventuele toeslagen die niet gebonden zijn aan de intramurale setting van een instelling meegenomen worden in de berekening. Bij de berekening van het pgb en daarmee ook het mpt-budget, wordt echter geen rekening gehouden met toeslagen. Dat is logisch voor toeslagen gebonden aan verblijf (bijvoorbeeld toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg) in een instelling en voor gebruikelijke zorg (bijvoorbeeld toeslag woonzorg). Dit ligt echter niet voor de hand voor toeslagen die passende zorg in een instelling mogelijk maken zoals de toeslag dagbesteding gehandicaptenzorg vg5/vg8.

¹⁹ Artikel 3.1.1., tweede lid, van het Besluit Langdurige zorg.

²⁰ Bij deze vormen van extra zorg wordt de context nu niet meegewogen.

²¹ Artikel 3.3.2., derde lid, Wlz bepaalt dat de Wlz-uitvoerder een vpt verleent, tenzij de zorg volgens de Wlz-uitvoerder niet op verantwoorde of doelmatige wijze ten huize van de verzekerde kan worden verleend.

²² Artikel 3.3.2., vierde lid, onderdeel b Wlz. Zie ook Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis van Zorgverzekeraars Nederland. De toekenningstabel voor het pgb is te vinden op de websites van zorgkantoren.

²³ Artikel 5.13, van de Regeling langdurige zorg.

Extra kosten voor zorg in de thuissituatie is een politiek vraagstuk
Voor specifieke doelgroepen regelt de wetgever dat de kosten voor de zorg thuis hoger mogen zijn dan in een instelling. De regelingen ekt en pab zijn met dit doel vastgesteld. Of het is toegestaan dat de kosten voor zorg thuis hoger zijn dan de kosten voor zorg bij verblijf in een instellingen en welke kosten hiermee gepaard mogen gaan, is een politieke keuze.

Uitgangspunten doelmatigheid:

Op grond van de Wlz mogen de zorgkosten thuis in principe niet hoger zijn dan de zorgkosten in een instelling.

Voor enkele groepen is de keuze gemaakt dat zij wél tegen hogere kosten thuis mogen wonen, met de regelingen ekt en pab. Welke groepen dat zijn en tegen welke kosten die uitzondering wordt gemaakt, is een politieke keuze.

3.6 Budgetneutraliteit

Conform de adviesaanvraag is budgetneutraliteit een randvoorwaarde in dit advies. Er is één budgettair kader voor de Wlz. Dat betekent dat hogere kosten in een bepaald segment van de Wlz ten koste gaat van de beschikbaarheid van middelen voor andere doelgroepen.

Het oprekken van de doelmatigheidsnorm voor de zorg thuis betekent een verschuiving van de inzet van de beschikbare middelen in het budgettair kader langdurige zorg. Er zullen bijvoorbeeld meer middelen naar zorg thuis gaan en minder middelen beschikbaar zijn voor zorg in instellingen. Of: er zal meer geld beschikbaar zijn voor cliënten die behoren tot bijzondere groepen ten koste van 'normale' Wlz-cliënten thuis en in een instelling. Het is belangrijk dat de staatssecretaris deze consequentie meeneemt in de besluitvorming over de extra zorg.

Uitgangspunt budgetneutraliteit: In dit advies wordt uitgegaan van budgetneutraliteit.

3.7 Afbakening permanente of tijdelijke behoefte extra zorg

In het onderzoek 'gebruik meer zorg' wordt onderscheid gemaakt tussen een permanente en tijdelijke behoefte aan extra zorg.

Permanente behoefte aan extra zorg

Een deel van de cliëntgroep die gebruik maakt van extra zorg heeft permanent een hogere zorgvraag. De reden is vaak te vinden in cliëntfactoren. Voor deze cliënten geldt dat, zelfs wanneer de context optimaal is, er nog steeds extra zorg nodig is. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een degeneratief proces waarbij het niet meer te verwachten is dat de extra zorgbehoefte minder zal worden.

Tijdelijke behoefte aan extra zorg

Er is een categorie cliënten waarbij de behoefte aan extra zorg een tijdelijk karakter heeft. Bij deze categorie is vaak sprake van probleemgedrag. Tijdelijke inzet van extra zorg kan ervoor zorgen dat het probleemgedrag structureel afneemt of beter beheersbaar is. Een voorbeeld van een tijdelijk inzet: gedurende een bepaalde periode extra uren inzetten om het gedrag van de cliënt beter te leren kennen en te bestuderen, om vervolgens de cliënt beter te kunnen begeleiden.

Extra zorg versus indicatiebesluit

Een indicatiebesluit voor de Wlz is in principe voor onbepaalde duur, terwijl een cliënt tijdelijk extra zorg nodig kan hebben. In dit advies wordt in sommige scenario's de indicatie van extra zorg samengenomen met de indicatie van de gehele zorgvraag. Om te voorkomen dat dit bij beslissing voor extra zorg betekent dat de toegang tot de Wlz opnieuw bepaald moet worden, wordt in scenario 4 een oplossing gegeven.

Uitgangspunt tijdelijk en permanent extra zorg: Bij het vaststellen van de indicatie voor extra zorg dient het CIZ rekening te houden met de vermoedelijke duur van behoefte aan extra zorg van de cliënt.

3.8 Passend zorgaanbod in instellingen

Cliëntenorganisaties en cliëntvertegenwoordigers geven aan dat het aanbod van zorg in een instelling voor een specifieke doelgroep niet passend is. Het betreft onder andere cliënten, veelal kinderen, met ernstig meervoudige beperkingen, ernstige gedragsproblemen of specifieke syndromen. Hierdoor voelen sommige ouders zich gedwongen om de zorg thuis te leveren.

Het begrip 'passende zorg' is echter een diffuus begrip. Er bestaat geen éénduidige door alle partijen gedragen definitie van wat dit begrip inhoudt. Het onlangs (op 14 juni 2016) geratificeerde VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap²⁴ scheidt wel een kader. Doel van dit verdrag is het volledige genot door alle personen met een handicap van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op voet van gelijkheid te bevorderen, beschermen en waarborgen, en ook de eerbiediging van hun inherente waardigheid te bevorderen. Een aantal grondbeginselen van dit verdrag zijn²⁵:

- respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen;
- volledige en daadwerkelijke participatie in, en opname in de samenleving;
- respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit;
- respect voor de zich ontwikkelende capaciteiten van kinderen met een handicap en eerbiediging van het recht van kinderen met een handicap op het behoud van hun eigen identiteit.

Passende zorg bevat volgens dit verdrag onder andere:

- voldoende hulp bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals de persoonlijke verzorging en verzorging van eten en drinken en hulp bij de toediening daarvan;
- het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag teneinde de gevolgen van de handicap zoveel mogelijk te beperken;
- en het (leren) gebruiken van hulpmiddelen of het aanpassen van de omgeving om de (gevolgen van de) beperkingen zoveel mogelijk te compenseren.

Personen met een handicap hebben daarnaast recht op optimale ontwikkeling van hun persoonlijkheid, talenten en creativiteit, alsmede hun mentale en fysieke mogelijkheden, naar staat van vermogen.

²⁴ VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, New York, 13-12-2006.

²⁵ Artikel 3, VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

Tenslotte hebben personen met een handicap het recht op een zinvolle dagbesteding en om met anderen deel te nemen aan recreatie, vrijetijdsbesteding en sportactiviteiten. Passende zorg zou dus moeten voorzien in deze elementen.

De Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut benadrukte bij behandeling van het rapport op 25 november 2016 (zie verslag in de bijlage 'Verslag reactie Adviescommissie pakket Zorginstituut Nederland') het belang van het onderzoek naar passende zorg voor het realiseren van zorg op maat binnen de Wlz. Ook in de Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa is op 10 november 2016 aandacht gevraagd voor kwaliteit in relatie tot doelmatigheid. Passende zorg zou ook het uitgangspunt moeten zijn bij het realiseren van zorg op maat voor iedere cliënt binnen de langdurige zorg. Een probleem binnen de langdurige zorg is echter dat er nog beperkt onderzoek is uitgevoerd naar wat passende zorg is voor de verschillende cliënten. Er zijn in vergelijking met enkele jaren geleden wel stappen gezet, maar het zal nog lang duren voordat dit inzicht in passende zorg er is.

3.9 Relatie met andere adviestrajecten & scope

De volgende trajecten zijn gerelateerd aan dit onderzoek.

Waardigheid en Trots

Begin 2015 heeft de staatssecretaris het plan 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' gepresenteerd. Aan de uitvoering van het plan werken de NPCF, LOC, v&vN, Verenso, ActiZ, BTN, IGZ, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut samen in de Taskforce Verpleeghuizen. Binnen Waardigheid en Trots hebben verpleeghuizen voorstellen gedaan om de kwaliteit van zorg aan de cliënt te verbeteren. De voorstellen betreffen onder andere het meten en verantwoorden van kwaliteit, toegang tot zorg (indicatiestelling) en het meer persoonsgericht maken van de bekostiging.

Een van de thema's waarop binnen het programma Waardigheid en Trots wordt geëxperimenteerd is indicatiestelling. In dit experiment doen zorgaanbieders, in plaats van het CIZ, ervaring op met het bepalen van de zorgbehoefte van een cliënt.

Samenvatting experiment indicatiestelling

Met de Wlz wordt de omslag gemaakt van financieringswet naar zorgwet, daarbij staat de cliënt centraal en is de professional in positie om de cliënt daarbij te ondersteunen en de benodigde zorg te bieden. In toenemende mate wordt verpleeghuiszorg thuis geboden. Zorgaanbieders ondersteunen de cliënt om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als de cliënt is aangewezen op Wlz-zorg.

Om zorgaanbieders daartoe beter in staat te stellen is het zaak dat zij hun potentiële cliënten goed kennen en met hen de mogelijkheden van Wlz-zorg bespreken. De zorgaanbieders kunnen de indicatie zo voorbereiden en een advies geven aan het CIZ. Zorgaanbieders bereiden daarmee het besluit voor, dat formeel door het CIZ genomen wordt.

De uitkomsten van dit experiment kunnen door de staatssecretaris meegenomen worden bij de besluitvorming over dit advies. Een belangrijk aandachtspunt daarin zijn de budgettaire consequenties, wanneer de zorgprofessional in overleg met de cliënt de zorgbehoefte in kaart brengt, zonder dat daar restricties gelden.

Kostprijsonderzoek

De NZa start dit najaar met een kostprijsonderzoek in de langdurige zorg om de daadwerkelijke kosten van zorg in kaart te brengen. De ontwikkelingen in kwaliteitsnormen en de stand van de wetenschap zijn van invloed op de zorglevering en daarmee op de kostprijs van de zorglevering. Deze invloeden kunnen leiden tot wijzigingen van de intramurale tarieven en daarmee op het beschikbare budget voor zorg thuis. Vanuit partijen is opgemerkt dat er knelpunten zijn bij de bekostiging van zorg voor kinderen met meervoudige beperkingen die thuiswonen. De problemen worden veroorzaakt door de vertaaltabel vanuit functies en klassen naar zorgprofielen. Het gaat hierbij om de tarieven die voor behandeling/begeleiding gehanteerd worden. Dit knelpunt wordt niet meegenomen in het onderliggende advies maar in het NZa-kostprijsonderzoek.

Doorontwikkeling van de zzp-structuur

Naast het kostprijsonderzoek start de NZa ook de doorontwikkeling van de zzp-systematiek. In overleg met betrokken partijen wordt onderzoek gedaan naar de passendheid van de zorgprofielen. Het onderzoek richt zich op de effecten die kunnen optreden bij een clustering van de zorgprofielen en dus ook de zzp's en het aantal zzp's per sector. Hierbij kijkt de NZa hoe een eventuele clustering zich verhoudt tot een meer persoonsvolgende bekostiging. De NZa onderzoekt ook de hervormingen van de toeslagensystematiek. Hierbij worden de bevindingen van dit advies over zorg op maat ook meegenomen.

Onderzoek naar de bekostiging van het mpt

De NZa voert momenteel ook onderzoek uit naar passende bekostigingsmethoden voor het mpt. De uitkomsten van dit onderzoek zijn ook van invloed op de totstandkoming van zorg op maat voor cliënten en de trajecten zullen dan ook op elkaar worden afgestemd.

Rapport 'Passend Onderzoek effectiviteit Langdurige Zorg'

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft in december 2016 besloten om het rapport 'Passend Onderzoek Effectiviteit Langdurige Zorg' vast te stellen.

Met ingang van 2012 geldt het vereiste 'de stand van wetenschap en praktijk' ook voor de Wlz (voorheen de AWBZ). Er is echter nog weinig onderzoek naar de effectiviteit van de langdurige zorg gedaan. De langdurige zorg is dan ook anders dan de curatieve zorg. Het is veelal gericht op kwaliteit van leven in plaats van genezing en herstel en het betreft vaak complexere zorg voor heterogene doelgroepen. Het Zorginstituut vindt het belangrijk om aan het wettelijk criterium 'Stand van Wetenschap en praktijk' vorm te geven. Met het rapport geeft het Zorginstituut hier invulling aan.

Proeftuinen Meerzorg 2.0

Eind 2014 zijn tien proeftuinen gestart op het gebied van meerzorg, de proeftuinen meerzorg 2.0. De initiators van de proeftuinen zijn het CCE, VGN en ZN. Het doel van de proeftuinen is het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven en het leveren van meer doelmatige zorg door het breder inzetten van meerzorg-gelden. In de proeftuinen meerzorg 2.0 werken zorgaanbieder, zorgkantoor, cliënt(vertegenwoordiger) en het CCE met elkaar samen en zoeken ze gezamenlijk naar andere manieren om met minder (of gelijke) inzet van middelen meer resultaten te kunnen bereiken binnen de Wlz, met als doel kwalitatief betere zorg voor de cliënt. Het gaat hierbij om de extra middelen meerzorg die een zorgaanbieder ontvangt. In de proeftuinen worden de meerzorg gelden breder ingezet dan alleen voor één op één



zorg aan de cliënt, namelijk op groepsniveau en voor specifieke opleiding en deskundigheidstraining van betrokken medewerkers. De resultaten van dit experiment worden apart beoordeeld en niet meegenomen in dit advies.

In de Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa op 10 november 2016 hebben partijen aangegeven meer inzicht te wensen in de samenhang tussen de verschillende trajecten die nu lopen in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz. De meeste van deze trajecten hebben consequenties voor de lange termijn, terwijl het advies maatwerk zich vooral richt op het verbeteren van het systeem op de korte termijn. In het vervolgtraject en eventuele inrichting van pilots wordt de samenhang bewaakt met de overige onderdelen van de vernieuwingsagenda Wlz.

4. Scenario's

4.1 Scenario 1: 'Verbeteren van het huidige systeem'

Dit scenario geeft concrete verbeteringen in het huidige systeem. We beschrijven oplossingen voor een groot aantal van de knelpunten die betrokken partijen ervaren met de huidige regelingen voor extra zorg. Met ZN, zorgkantoren en VGN heeft de NZa de eerste gesprekken gevoerd om de mogelijkheden ter verbetering van meerzorg te inventariseren.²⁶

4.1.1 Aanleiding

Met dit scenario willen we het volgende bereiken:

- We bieden een antwoord op de knelpunten die betrokken partijen ervaren met de huidige regelingen voor extra zorg. Dit geldt vooral voor meerzorg.
- De aangedragen oplossingen verbeteren de uitvoering van de huidige regelingen op relatief korte termijn (quick wins).

Scope

Dit scenario biedt een oplossing voor cliënten die in aanmerking komen en gebruik maken van de huidige regelingen. Naast de 'quick wins' die beschreven worden in dit scenario, start de NZa een kostenonderzoek en een advies voor de doorontwikkeling van de zorgprofielen. De uitkomsten faciliteren mogelijk meer maatwerk in de langdurige zorg. Omdat de resultaten nog niet bekend zijn, gaan we daar in dit scenario niet verder op in.

4.1.2 Uitvoering scenario

Deze paragraaf beschrijft de gevolgen van dit scenario voor de uitvoering van de zorg in de keten van zorgaanvraag tot en met declaratie en verantwoording.

– Zorgaanvraag

Hieronder worden vijf mogelijkheden beschreven voor het oplossen van knelpunten bij de zorgaanvraag voor de verschillende regelingen voor extra zorg:

1. Bekendheid creëren met de meerzorg, pab en ekt.
2. Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg (Excel formulier) en ekt.
3. Vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren.
4. Verlengen termijn beschikking regelingen extra zorg.
5. Aanbieden consultatiemogelijkheid door het CCE.

²⁶ ZN, Zorgkantoren, CCE hebben op basis van het experiment bij VGZ een verkenning gedaan naar stappen ter verbetering van de meerzorg. De NZa is sinds september 2016 betrokken. Afsproken is om – waar mogelijk – verbeteringen per 2018 te realiseren.

Ad 1. Bekendheid creëren met de regelingen meerzorg, pab en ekt

Het blijkt dat cliënten (vertegenwoordigers) vaak niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor extra zorg thuis. Bij het organiseren van de zorg voor de cliënt is de zorgaanbieder veelal het eerste aanspreekpunt. De cliënt kan hierbij hulp krijgen van een onafhankelijke cliëntondersteuner. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het aanbieden van deze ondersteuning. De cliëntondersteuner moet aan kunnen geven op welke manier de cliënt zorg kan ontvangen en welke (financiële) mogelijkheden daarvoor zijn.

Zorgkantoren moeten de rol van een cliëntondersteuner actief uitdragen. Dit betekent dat het zorgkantoor de kennis over de verschillende regelingen moet vergroten. Daarnaast moeten zij richting de cliënt deze rol actief uitdragen door elke cliënt die een Wlz-indicatie ontvangt te informeren over de rol van de cliëntondersteuner. Op deze manier maken cliënten bewuster een keuze voor het ontvangen van zorg in de thuissituatie of in een andere context.

Ad 2. Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg en ekt

Voor het aanvragen van meerzorg dient een formulier te worden ingevuld. Gebruikers ervaren het invullen van dit Excel formulier als belastend. Het 'minutensysteem' dat in het aanvraagformulier voor meerzorg wordt gehanteerd, brengt voor gebruikers hoge administratieve lasten mee.

De NZa onderzoekt momenteel samen met de zorgkantoren, ZN, VGN en betrokken cliëntorganisaties of het mogelijk is om meerzorg op een andere manier vorm te geven. De NZa kijkt onder andere naar de registratieverplichtingen in haar regelgeving en of deze verplichtingen nog passend zijn. Daarnaast wordt onderzocht welke wijzigingen noodzakelijk zijn om de procedure voor meerzorg efficiënter in te richten.

Over de regeling ekt ontvangen we signalen dat deze regeling niet eenduidig wordt uitgevoerd door zorgkantoren. Wij adviseren het ministerie van VWS om samen met ZN, zorgkantoren en betrokken cliëntorganisaties de procedure rondom de regeling ekt te verbeteren. Daarnaast is het is een taak van de NZa om toe te zien op de wijze waarop het zorgkantoor invulling geeft aan de regeling ekt.

Ad 3. Vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren

Met ZN, zorgkantoren, VGN en betrokken cliëntorganisaties onderzoekt de NZa de mogelijkheden om de heraanvraagprocedure voor de regelingen voor extra zorg te vereenvoudigen. Belangrijk onderdeel is het gebruik van al beschikbare informatie van de cliënt door zorgkantoren. Bij de (her-)aanvraagprocedures voor alle vormen van extra zorg kunnen zorgkantoren gebruik maken van gegevens over cliënten waar de zorgkantoren over beschikken. Dit vermindert administratieve lasten voor cliënten en hun vertegenwoordigers.

Ad 4. Verlengen termijn beschikking regelingen voor extra zorg

De maximale termijn van de beschikking voor extra zorg is absoluut. Ekt wordt bijvoorbeeld voor maximaal één jaar toegekend door het zorgkantoor. Om heraanvraagprocedures en bijkomende administratieve lasten te beperken, zouden de termijnen verlengd moeten worden als bij de toekenning van de extra zorg al duidelijk is dat de cliënt voor lange tijd aangewezen is op de extra zorg.

Ad 5. Aanbieden consultatiemogelijkheid van het CCE

Zorgaanbieders geven aan dat het aanvragen van meerzorg veel kosten met zich meebrengt (kostprijs € 1.170 , prijspeil 2016). Dit bedrag is niet afhankelijk van de uitkomst van de toetsing of de hoogte van het aangevraagde bedrag en wordt als een drempel ervaren voor het aanvragen van meerzorg. Wij stellen voor om te onderzoeken of het mogelijk is het CCE te consulteren voordat zorgaanbieders een volledige aanvraag voor meerzorg indienen. Gedurende dit moment van consultatie kan het CCE een inschatting geven of het passend is om een aanvraag voor meerzorg in te dienen.

Het protocol 'Uitvoering Regeling meerzorg 2016' (ZN, 2016), beschrijft dat het CCE geconsulteerd moet worden wanneer er sprake is van gedragsproblematiek. Zorgaanbieders dragen de kosten voor de consultatie van het CCE. Deze financiële prikkel zorgt ervoor dat een aantal zorgaanbieders geen aanvraag voor meerzorg doet. Het Zorginstituut en de NZa adviseren om bij daadwerkelijke toekenning van meerzorg, de kosten door zorgkantoren te laten terugbetalen.

– Wlz-toegang en indicatie

Tijdens de consultatiebijeenkomst met partijen op 30 juni 2016 hebben we vernomen dat uit het indicatiebesluit van het CIZ voor de aanvrager vaak onvoldoende duidelijk is wat de relatie is tussen de aard en ernst van de stoornissen en beperkingen en de uiteindelijke indicatie die daaruit voortvloeit. Cliëntorganisaties hebben de ervaring dat onvoldoende rekening wordt gehouden met overige problematiek, naast de dominante grondslag. Op basis van dit signaal stellen we voor om met het CIZ en cliëntorganisaties de mogelijkheden te bespreken om de beslissing en het proces van indicatiestelling beter inzichtelijk te maken.

– Zorgtoewijzing

Wanneer er veranderingen optreden in de situatie van de cliënt, bijvoorbeeld in de leveringsvorm waarbij zorg niet meer thuis wordt geleverd maar in een instelling, moet meerzorg opnieuw worden aangevraagd. Het kan voorkomen dat – als gevolg van de veranderende context – er nieuwe doelen worden opgesteld waarbij rekening wordt gehouden met de nieuwe leveringsvorm en de omgeving van de cliënt. Mogelijk dat hierbij net als bij de reguliere heraanvraagprocedure al beschikbare informatie geraadpleegd kan worden.

– Zorgrealisatie

Er vinden geen veranderingen plaats in de zorgrealisatie.

Bekostiging, declaratie & verantwoording

Er vinden mogelijk wijzigingen plaats in de bekostiging van meerzorg, afhankelijk van de uitkomst van het overleg met betrokken partijen. Dit heeft consequenties voor de declaratie en verantwoording.

4.1.3 Toetsing uitvoerbaarheid

Aspect	Toelichting
Effect op betrokken partijen	Partijen houden hun huidige rol en verantwoordelijkheden.
Wijziging van wet- en regelgeving	Aanpassing en verduidelijking van NZa regelgeving in het kader van de registratieregels. Er is geen wijziging van wet- en regelgeving.
Gevolgen huidige vier regelingen	De uitvoering van de regelingen wordt verbeterd en klantvriendelijker.
Tijdpad van invoering	In overleg met partijen kunnen veel wijzigingen op korte termijn worden doorgevoerd.
Administratieve lasten	De administratieve lasten zullen minder worden, aangezien de aanvraagprocedure wordt vereenvoudigd.

4.1.4 Verwachte effecten

Dit scenario gaat uit van verbeteringen in de bestaande regelgeving en procedures voor meerzorg, ekt en pab.

Het voordeel van dit scenario is:

De voorstellen in het scenario gaan in op de ervaren knelpunten van gebruikers bij de verschillende regelingen. Voorstellen leiden tot een significante verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Cliënten zullen makkelijker de zorg krijgen waar ze aanspraak op hebben. Hierdoor is het mogelijk dat ook cliënten die nu, als gevolg van de administratieve lasten, geen gebruik maken van de regeling, in de toekomst deze zorg wel ontvangen. Het voordeel van dit scenario is dan ook dat problemen zonder aanpassing van wet- en regelgeving voor een belangrijk deel kunnen worden opgelost.

Nadelen van dit scenario zijn:

Een financieel gevolg van het vereenvoudigen van de (her)aanvraagprocedure voor meerzorg is dat het mogelijk leidt tot een toenemend beroep op de regeling. Hierdoor moet rekening worden gehouden met een eventueel tekort in de regionale contracteerruimte.

Dit scenario biedt alleen een oplossing voor cliënten die gebruik maken van de huidige regelingen. Zo blijft er een groep bestaan die geen maatwerk kan ontvangen. Dit is de groep die momenteel niet uitkomt met een zorgprofiel, maar ook geen aanspraak kan maken op extra zorg.

Omdat dit scenario ingaat op de 'quick wins' kan het scenario niet gezien worden als de oplossing voor het leveren van maatwerk. Naast dit scenario zal er voor de lange termijn naar een oplossing gezocht moeten worden.

*Effecten voor een kind met een ernstige meervoudige handicap (Bas)
Zie vervolg casus Bas, paragraaf 3.2*

Bekendheid creëren met meerzorg, pab en ekt

Omdat de zorgvraag van Bas zwaar is en steeds grilliger wordt, is het belangrijk dat zijn ouders goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden om de zorg te kunnen regelen. In dit scenario zal het zorgkantoor de ouders van Bas zelf benaderen en hen actief over de mogelijkheden informeren. Het zorgkantoor weet welke regelingen beschikbaar zijn en voor welke Bas in aanmerking kan komen.

Als de ouders van Bas gebruik willen maken van één van de regelingen, ondersteunt het zorgkantoor met de aanvraagprocedure

Verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg (Excel formulier) en ekt

Wanneer blijkt dat Bas in aanmerking komt voor meerzorg kunnen zijn ouders in dit scenario deze zorg makkelijker aanvragen. Het Excel formulier dat voorheen gebruikt werd is vervangen of aangepast zodat de aanvraag makkelijker is en minder tijd kost. Daarnaast volgen zorgkantoren een gelijke uitvoering van de regeling ekt. Hierdoor zullen zijn ouders minder verschillen ervaren tussen de toekenning van ekt van hun eigen zorgkantoor en het zorgkantoor uit andere regio's.

Effecten voor een volwassene met een verstandelijke handicap en met ernstige gedragsproblematiek (Corine)

Zie vervolg casus Corine, paragraaf 3.2

Vereenvoudigen heraanvraagprocedures en hergebruik informatie door zorgkantoren

Corine maakt gebruik van meerzorg. Haar zorgaanbieder doet voor deze zorg regelmatig een heraanvraag. In dit scenario is deze heraanvraag een stuk minder belastend, onder andere doordat het zorgkantoor zoveel mogelijk gebruik maakt van informatie die reeds beschikbaar is.

Verlengen termijn beschikking regelingen extra zorg

Daarnaast is bij invoering van scenario 1 de duur van de beschikking voor meerzorg verlengd bij cliënten die voorspelbaar langer meerzorg nodig hebben. Door deze verlenging heeft Corine langer zekerheid over de zorg die ze ontvangt.

Aanbieden consultatiemogelijkheid door het CCE.

Tot slot zorgt de consultatiemogelijkheid bij het CCE ervoor dat zorgaanbieders eerder de mogelijkheden van meerzorg zullen onderzoeken. Hierdoor zullen cliënten zoals Corine waarschijnlijk beter geïndiceerd worden voor de best passende zorg en gemakkelijker passende zorg ontvangen.

4.2 Scenario 2: Maatwerk door functies en klassen

De kern van dit scenario is dat (een deel van) de cliënten die hun zorg thuis ontvangen een unieke indicatie krijgen in functies en klassen. Deze indicatie omvat de totale zorgbehoefte van de cliënt in zijn context. Dit scenario geldt voor cliënten die hun zorg thuis afnemen én niet uitkomen met het voor hen geïndiceerde zorgprofiel, zoals kinderen met ernstig meervoudige handicap en/of cliënten met ernstige gedragsproblematiek.

4.2.1 Aanleiding

Met dit scenario bieden we onderstaande oplossingen voor het beantwoorden van enkele knelpunten die door partijen naar voren zijn gebracht:

- Met dit scenario wordt bij de indicatiestelling de totale omvang van de zorgbehoefte van de individuele cliënt vastgesteld. De cliënt weet dus na de indicatiestelling waar hij recht op heeft. Bij wijzigingen in de zorgvraag of de context moet een herindicatie worden aangevraagd.
- Met dit scenario gaan meerzorg, ekt en pab op in de indicatiestelling die in functies en klassen plaatsvindt. Dit scenario gaat uit van de individuele zorgbehoefte, waardoor de geïndiceerde omvang van de zorg beter is afgestemd op de behoefte van de cliënt. Hierdoor herkennen cliënten zich in de indicatie.

Scope

Specifiek gaat dit scenario niet in op het volgende:

- We zien af van een variant waarbij alle indicaties (thuis en intramuraal) worden omgezet in functies en klassen. Dit betekent namelijk een grootschalige hervorming van de hele uitvoeringsketen.
- Cliënten die in een instelling (extra) zorg ontvangen conform de huidige regelingen.
- Cliënten die hun zorg thuis afnemen en wel uitkomen met het geïndiceerde zorgprofiel.

4.2.2 Uitvoering scenario

Deze paragraaf beschrijft de gevolgen van dit scenario voor de uitvoering van de zorg in de keten van zorgaanvraag tot en met declaratie en verantwoording.

– Zorgaanvraag

Cliënten geven bij de zorgaanvraag aan in welke context zij naar verwachting de zorg willen afnemen. Dit doen zij door de verwachte locatie aan te geven waar zij de zorg willen ontvangen (thuis of in een instelling). Dit is relevant voor het vaststellen van de omvang van de zorg.

– Wlz-toegang en indicatiestelling

Wlz toegang

Het CIZ stelt conform de huidige werkwijze vast of iemand voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Hierbij wordt de context niet meegewogen.

Indicatiestelling

Het CIZ bepaalt naast functies en klassen voor cliënten die thuis willen wonen ook het best passend zorgprofiel. Het CIZ gebruikt het zorgprofiel om een vergelijking te maken met de werkelijke zorgvraag van de cliënt. Hierdoor wordt duidelijk in hoeverre het zorgprofiel passend is. Het CIZ betreft bij de indicatiestelling ook de context van de cliënt. In hoofdstuk 3 beschrijven wij op welke wijze het CIZ de context betreft bij het indiceren voor extra zorg. In dit scenario bestaat deze extra zorg uit functies en klassen. De wijze waarop het CIZ dat uitvoert, zal nader onderzocht moeten worden.

Doelmatigheid

Het huidige uitgangspunt binnen de Wlz is dat de totale zorg voor een cliënt thuis niet meer kost dan de totale zorg voor die cliënt in een instelling. Bij het vaststellen van de totale zorg aan een cliënt gaan we dan ook uit van de totale zorg die een cliënt nodig heeft in een instelling. Als de cliënt in de thuissituatie extra zorg nodig heeft dan beoordeelt het CIZ of de cliënt aan de criteria voldoet om in aanmerking te komen voor meerzorg, ekt of pab. Als de cliënt aan de criteria voldoet, dan worden de extra kosten voor de thuissituatie vergoed door het zorgkantoor. Hierbij gelden de maximum budgetten zoals beschreven in hoofdstuk 2.

– Zorgtoewijzing

Wanneer een cliënt verhuist van de thuissituatie naar een instelling, is het niet nodig om een nieuwe indicatie bij het CIZ aan te vragen.²⁷ Het best passende zorgprofiel is immers al door het CIZ vastgesteld. Wanneer de instelling met dit zorgprofiel niet uitkomt, kan het een beroep doen op meerzorg en/of de toeslagen.

²⁷ Hierbij gaan we ervan uit dat de zorgvraag bij verhuizing niet is gewijzigd.

– Zorgrealisatie

Functies en klassen in de indicatiestelling leiden tot een beperkte flexibiliteit in de zorgverlening. Er zullen vaker herindicaties aangevraagd moeten worden. In welke mate dit het geval is hangt af van onderstaande factoren:

- Bandbreedte: binnen de klassen die een cliënt krijgt kan gewerkt worden met een bandbreedte. Dit leidt tot meer of minder flexibiliteit in de gegeven indicaties.
- Substitutie: dit is in beperkte mate mogelijk. Het CIZ concretiseert de aanspraak door aan te geven op welke zorg iemand aangewezen is. Het druist tegen deze rol in om vervolgens een grote flexibiliteit mogelijk te maken tussen zorgfuncties. Hoe dan ook moet bekeken worden welke functies er tegen welke voorwaarden gesubstitueerd kunnen worden. Het is aannemelijk dat hier bij de leveringsvorm pgb flexibeler mee omgegaan kan worden.
- Kleine fluctuaties: functies en klassen worden altijd uitgemiddeld over een bepaalde tijdsduur. De kleine tijdelijke wijzigingen in zorgbehoefte kunnen hierdoor worden opgevangen.

Het herindicatieproces zal de cliënt zoveel mogelijk moeten ontlasten. Bijvoorbeeld door het, waar mogelijk, opnieuw te gebruiken van al beschikbare cliëntgegevens.

– Bekostiging, declaratie & verantwoording

- Bij zorg in natura in functies en klassen is de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg van de NZa van toepassing. Bij pgb blijven de reguliere eisen gehandhaafd. De bekostiging blijft hetzelfde.
- Aangezien alle zorg voor de cliënt al in functies en klassen is geïndiceerd, komt de mogelijkheid om meerzorg in de thuissituatie te declareren te vervallen. Voor intramurale zorg blijven de huidige regels van toepassing.
- De doelgroep wordt gemonitord door de NZa bij het zzp-onderhoud. Wanneer blijkt dat er een eenduidige groep(en) te definiëren is met een passend tarief kan er een nieuw zorgprofiel(en) ontwikkeld worden.

4.2.3 Toetsing uitvoerbaarheid

Aspect	Toelichting
Effect op betrokken partijen	<p><i>Er zijn wezenlijke veranderingen nodig om dit scenario te realiseren bij het CCE, het CIZ en de zorgaanbieder</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Het CIZ wordt de enige partij die indicaties stelt. Zij zullen hiervoor de benodigde kennis en expertise in huis moeten hebben en hun processen aan moeten passen.– De rol van het CCE verandert bij meerzorg afhankelijk van hoe het CIZ haar taak en de procedure bij de indicatiestelling invult.– Het zorgkantoor blijft een doelmatigheidstoets uitvoeren en toetst of de zorgverlening thuis verantwoord is.

<p>Wijziging van wet- en regelgeving</p>	<p><i>Vereist aanpassing wet- en regelgeving</i> De Regeling langdurige zorg aanpassen en waarschijnlijk het Besluit langdurige zorg.</p> <p>Dit scenario richt zich op de thuiswonende cliënt. Het kan dus voorkomen dat er een splitsing ontstaat in de taakverdeling bij de indicatiestelling van extra zorg. Het CIZ indiceert zowel het best passend zorgprofiel als de extra zorg voor de thuiswonende cliënt. Voor de intramurale cliënt indiceert het CIZ alleen het best passend zorgprofiel, de indicatiestelling voor extra zorg blijft een taak van het zorgkantoor.</p>
<p>Gevolgen huidige vier regelingen</p>	<p><i>Aanzienlijke wijziging in huidige regelingen</i> Door de wijziging in de indicatiestelling komen de huidige procedures voor meerzorg, ekt en pab in de thuissituatie te vervallen. De totale zorgbehoefte wordt door het CIZ in kaart gebracht. Voor de zorg in een instelling verandert er niets.</p>
<p>Tijdpad van invoering</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na uitbrengen van dit advies moet VWS hier een besluit over nemen. - Als alles bekend is moeten partijen dit aanpassen in hun systemen. Er zijn minimaal zes maanden nodig voor het verwerken van de wijzigingen in het berichtenverkeer. Dat maakt het niet aannemelijk dat dit scenario snel ingevoerd kan worden.
<p>Administratieve lasten</p>	<p><i>Het effect op administratieve lasten is niet eenduidig.</i> De administratieve lasten kunnen minder worden omdat er één procedure voor extra zorg in plaats van de huidige drie regelingen (meerzorg, ekt en pab) komt en het CIZ alles uitvoert.</p> <p>De administratieve lasten blijven hetzelfde/kunnen meer worden door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beslissingen over enerzijds doelmatigheid en zorgbehoefte blijven noodzakelijk, ondanks het samenvoegen van de regelingen; - verschillende procedures intramuraal en extramuraal; - meer herindicaties door het CIZ.

4.2.4 Verwachte effecten

In het verleden is ervaring opgedaan met het indiceren en bekostigen via functies en klassen. Onderstaande box geeft een korte schets hiervan weer.

Box – Historisch perspectief over indicatiestelling en bekostiging in functies en klassen

De gedachte om binnen de langdurige zorg te indiceren op basis van functies en klassen is niet nieuw. Met de modernisering van de AWBZ in 2003 werd beoogd om van instellingsgerichte zorg te komen tot maatwerk. De aanspraken werden functiegericht geformuleerd, en ook de indicatiestelling werd functiegericht: op grond van het unieke individueel bepaalde beperkingenpatroon van een cliënt kreeg hij een unieke combinatie van functies en klassen (omvang) geïndiceerd. De gedachte was dat de cliënt daarmee een eigen, op maat gesneden zorgarrangement kon samenstellen, dat hij bij een of meer zorgaanbieders zou kunnen betrekken. Een belangrijk knelpunt bleek hierbij dat elke wijziging in de zorgvraag een herindicatie nodig maakte. Dat bracht veel bureaucratie met zich mee, en leidde tot lange wachttijden bij het CIZ.

De zorginkoop en bekostiging van de intramurale zorg bleef aanvankelijk ongewijzigd, dus op grond van de instellingsgerichte prestaties. In 2005 bleek echter dat de in functies en klassen geïndiceerde verblijfszorg 130% was van wat feitelijk geleverd werd. Het bekostigen op basis van functies en klassen zou dan ook een leiden tot een toename van kosten voor langdurige zorg. Het voornemen om in functies en klassen te bekostigen werd daarmee verlaten en de zorgzwaartepakketten (zpz's) werden ontwikkeld.

De ervaringen met een systeem dat is gebaseerd op functies en klassen zijn dus niet onverdeeld positief. Daarbij is het een feit dat de zpz's inmiddels de taal in het hele systeem zijn geworden, waar partijen over het algemeen tevreden over zijn.

Op basis van het beschreven scenario en het bovenstaande historisch perspectief komen wij tot de volgende voor- en nadelen:

Voordelen maatwerk via functies en klassen:

- Met dit scenario wordt bij de indicatiestelling de totale omvang van de zorgbehoefte van de individuele cliënt vastgesteld. De cliënt weet dus na de indicatiestelling waar hij aanspraak op heeft. Bij wijzigingen in de zorgvraag of de context moet een herindicatie worden aangevraagd.
- Met dit scenario gaan de meerzorg, ekt, pab op in de indicatiestelling die in functies en klassen plaatsvindt. Dit betekent een vereenvoudiging van regelgeving.
- Door individuele indicatiestelling herkennen cliënten zich in de indicatie.
- De voorgestelde wijzigingen staan in verhouding tot de grootte van de doelgroep. Dit scenario heeft alleen betrekking op de kleine maar complexe doelgroep die niet uitkomt met het geïndiceerde zorgprofiel.

Nadelen maatwerk via functies en klassen:

- Vanwege de kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij substitutie is aannemelijk dat dit tot minder flexibiliteit in de praktijk van zorgverlening leidt.
- Bij een strakkere indicatiestelling zullen naar verwachting meer herindicaties nodig zijn.
- Het indiceren in functies en klassen past niet bij de gedachte van de Wlz, om de aanspraken globaler vorm te geven waardoor er ruimte wordt gegeven voor maatwerk in de zorglevering tussen de cliënt en de zorgprofessional.
- Ervaringen uit het verleden hebben uitgewezen dat het indiceren in functies en klassen in de uitvoering veel administratieve lasten met zich meebrengt.

Nadeel onderscheid tussen indicatiestelling thuis en in een instelling

In de Wlz is er in theorie geen inhoudelijk onderscheid meer tussen cliënten die thuis wonen en die in een instelling wonen. In de AWBZ maakte men alleen in de intramurale setting aanspraak op verblijf. Nu maken alle Wlz-gerechtigden aanspraak op verblijf. Hierdoor is een aparte indicatiestelling in de Wlz voor zorg thuis minder logisch.

Nadelen budgettaire kader en doelmatigheid, risico van afwenteling op andere groepen:

- Met de huidige doelmatigheidsnorm als uitgangspunt, is het risico op het niet budgetneutraal kunnen uitvoeren van dit scenario beperkt. In dit scenario brengen we de zorgbehoefte aan de voorkant bij de indicatiestelling in kaart, en is het zorgkantoor verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering 'aan de achterkant';

- Naarmate er meer ruimte wordt gegeven voor uitschieters naar boven en de doelgroep daarvoor groter is, zal dit, bij gelijkblijvend budgettair kader zorg, ten koste gaan van het beschikbare budget voor andere cliënten in de Wlz.

*Effecten voor een kind met een ernstige meervoudige handicap (Bas)
Zie vervolg casus Bas, paragraaf 3.2*

Het CIZ stelt in dit scenario een indicatie in functies en klassen vast voor Bas, omdat Bas thuis woont en niet uitkomt met het best passend zorgprofiel. Dit betekent dat bij de indicatiestelling meteen duidelijk is hoeveel en voor welke zorg Bas geïndiceerd is. Wel zal hij bij een wijziging van de zorgvraag geherïndiceerd moeten worden door het CIZ. Met een dergelijke grillige zorgvraag is het in dit scenario de vraag of een indicatie in functies en klassen voldoende flexibiliteit biedt voor zorg op maat.

4.3 Scenario 3: Maatwerkcomponent voor extra zorg thuis

In dit scenario is de basis van de zorg voor cliënten die thuis wonen en niet uitkomen met het best passende zorgprofiel, een zorgprofiel met daarbij een maatwerkcomponent. Deze maatwerkcomponent beschrijft de extra zorgbehoefte van de cliënt naast het zorgprofiel. In dit scenario geven we hier invulling aan door middel van functies en klassen.²⁸

Alle cliënten ontvangen van het CIZ een indicatiebesluit in de vorm van een zorgprofiel. Thuiswonende cliënten met een grotere zorgbehoefte dan het best passende zorgprofiel én die voldoen aan een aantal voorwaarden krijgen extra zorg toegewezen door het CIZ. De maatwerkcomponent beschrijft de totale zorgbehoefte van de cliënt en zijn context.²⁹ De regelingen ekt, meerzorg en pab vervallen dan voor de thuissituatie. Voor de intramurale zorg blijft de regeling meerzorg bestaan.

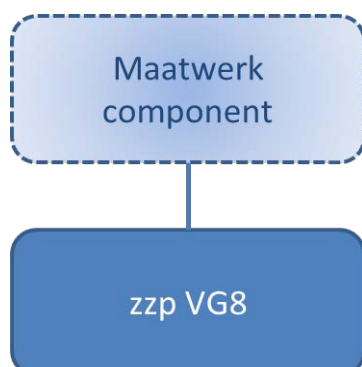
Hoewel de regelingen meerzorg, ekt en pab vervallen voor cliënten in de thuissituatie, stellen wij als kader dat deze voorwaarden bepalend zijn voor de toegang tot de maatwerkcomponent. Deze voorwaarden zijn momenteel in wet- en regelgeving vastgelegd. Welke toegangsvoorwaarden uiteindelijk gehanteerd worden, moet onderzocht worden bij het uitwerken van dit scenario.

²⁸ De NZa, ZN, zorgkantoren en het CCE hebben op basis van het experiment bij zorgkantoor VGZ een verkenning gedaan naar stappen ter verbetering van de regeling Meerzorg. Gezamenlijk wordt onder andere gekeken hoe vorm gegeven kan worden aan het – op een eenvoudige wijze - inzichtelijk maken van de extra zorgbehoefte van de cliënt, op basis waarvan het zorgkantoor het budget kan bepalen.

²⁹ We verwijzen naar hoofdstuk 3 voor de uitleg over het meenemen van de context in de indicatiestelling.

Figuur 1 geeft het idee van de maatwerkcomponent op een eenvoudige wijze weer, met als voorbeeld een cliënt met zorgprofiel vg8.

Figuur 1: Schematische weergave van de maatwerkcomponent



4.3.1 Aanleiding

Met dit scenario bieden we onderstaande oplossingen voor het beantwoorden van enkele knelpunten die door partijen naar voren zijn gebracht:

- Met dit scenario gaan meerzorg, ekt en pab op in een 'maatwerkcomponent'. Cliënten krijgen zo inzicht in hun zorgbehoefte en zorgaanspraak bij het indicatiebesluit van het CIZ en herkennen zich in het indicatiebesluit.
- Dit scenario geeft antwoord op de grote onbekendheid van het bestaan van de verschillende regelingen voor extra zorg bij cliënten en hun vertegenwoordigers.
- Door het CIZ een rol te geven in het toekennen van de extra zorg die nodig is, wordt geregeld dat het zorgkantoor alleen financieel verantwoordelijk is.

4.3.2 Uitvoering scenario

- **Zorgaanvraag**

Cliënten geven bij de zorgaanvraag aan in welke context zij naar verwachting de zorg willen afnemen. Dit doen zij door de verwachte locatie aan te geven (thuis of in een instelling) waar zij de zorg gaan ontvangen. Als zij aangeven dat ze de zorg thuis willen afnemen, komen zij in aanmerking voor de indicatiestelling in de vorm van een maatwerkcomponent.

- **Wlz-toegang en indicatie**

Wlz-toegang

Het CIZ stelt conform de huidige werkwijze vast of iemand voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz.

Indicatiestelling

- Het CIZ stelt op reguliere wijze het best passend zorgprofiel vast.
- Als de zorgbehoefte van de cliënt groter is dan het best passend zorgprofiel en de cliënt voldoet aan bepaalde voorwaarden, indiceert het CIZ de zorg die extra nodig is. In dit scenario indiceert het CIZ deze extra zorg bijvoorbeeld op basis van functies en klassen. Het fundamentele verschil met scenario 2 is dat niet de functies en klassen maar het zorgprofiel het uitgangspunt blijft voor de indicatie van de cliënt.
- Cliënten kunnen tijdelijk of permanent een grotere zorgbehoefte hebben aan extra zorg. Voor het onderscheid tussen permanent en tijdelijk extra zorg, verwijzen we naar scenario 4.

- Bij het indiceren van de maatwerkcomponent betreft het CIZ de context van de cliënt. De maatwerkcomponent betreft immers een vorm van extra zorg.
- Voor dit scenario geldt ook dat cliënten die verblijven in een kleinschalig wooninitiatief in aanmerkingen kunnen komen voor een maatwerkcomponent wanneer de cliënt voldoet aan de gestelde criteria. Een kleinschalig wooninitiatief is immers een vorm van 'thuis wonen'. Zie voor een toelichting op kleinschalige wooninitiatieven hoofdstuk 3.

De manier waarop het CIZ de indicatiestelling uitvoert, en in het indicatiebesluit meeneemt zal het CIZ samen met betrokken partijen uit moeten werken. Hierin kunnen diverse vormen van samenwerking/integratie met het CCE worden betrokken. Zo kan het CCE bijvoorbeeld aangeven of en op welke manier de zorg thuis op een goede wijze verantwoord geleverd kan worden. Bij deze beoordeling wordt de context in grote mate ook meegenomen.

- Zorgtoewijzing: keuze leveringsvorm

Het zorgkantoor voert in deze fase de doelmatigheidstoets uit. Hierbij geldt ook dat onder de voorwaarden zoals bij het ekt en pab zijn vastgesteld, de cliënt 'op ondoelmatige wijze' thuis kan wonen met de benodigde zorg.

Zoals eerder aangegeven beoordeelt het CIZ of de cliënt voldoet aan bepaalde voorwaarden voor extra zorg. Als dit het geval is maakt het CIZ dat kenbaar in het indicatiebesluit. Op basis hiervan verhoogt het zorgkantoor indien nodig het budget. Voor het uitvoeren van de doelmatigheidstoets, baseert het zorgkantoor zich op de voorwaarden zoals vastgelegd in wet- en regelgeving. Deze voorwaarden kunnen, net als in de huidige situatie, betrekking hebben op mogelijkheden om 'op ondoelmatige wijze' thuis te wonen (conform bijvoorbeeld ekt), of juist meer inhoudelijk van aard zijn (conform bijvoorbeeld meerzorg).

Indien de cliënt besluit te verhuizen naar een instelling vervalt de maatwerkcomponent. Een cliënt die kiest voor zorg in een instelling kan gebruik maken van de meerzorg of toeslagen.

- Zorgrealisatie

Ten opzichte van een indicatie in functies en klassen geeft een zorgprofiel meer ruimte in de zorglevering. De mate van flexibiliteit die de maatwerkcomponent biedt hangt af van de wijze waarop deze ingericht zal worden. Hierbij gelden dezelfde factoren als genoemd in scenario 2.

- Bekostiging, declaratie en verantwoording

Het maatwerkcomponent is een individueel bepaald bedrag dat wordt toegevoegd aan het budget van een cliënt. Deze vorm wordt bepaald door de wijze waarop aan de aanspraak vorm wordt gegeven. Uitgangspunt hierbij zijn de voorwaarden die passen bij de huidige regelingen.

4.3.3 Toetsing uitvoerbaarheid

In deze paragraaf beschrijven we op hoofdlijnen de belangrijkste stappen om het scenario uit te voeren.

Aspect	Toelichting
Effect op betrokken partijen	<p><i>Er zijn wezenlijke veranderingen nodig om dit scenario te realiseren bij CCE en CIZ</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Het CIZ wordt de enige partij die indicaties stelt. Zij zullen hiervoor de benodigde kennis en expertise in huis moeten hebben en hun processen aan moeten passen.– Het CCE zal niet meer vanuit het zorgkantoor benaderd worden, maar heeft een zorginhoudelijke rol in de fase van indicatiestelling. De wijze waarop is afhankelijk van de manier waarop het CIZ en het CCE de samenwerking vormgeven.– Het zorgkantoor blijft een doelmatigheidstoets uitvoeren en blijft toetsen of de zorgverlening thuis verantwoord is.
Wijziging van wet- en regelgeving	<p><i>Vereist aanpassing wet- en regelgeving</i></p> <p>De Regeling langdurige zorg aanpassen en waarschijnlijk het Besluit langdurige zorg.</p> <p>Dit scenario richt zich op de thuiswonende cliënt. Het kan dus voorkomen dat er een splitsing ontstaat in de taakverdeling bij de indicatiestelling van extra zorg. Het CIZ indiceert zowel het best passend zorgprofiel als de extra zorg voor de thuiswonende cliënt. Voor de intramurale cliënt indiceert het CIZ alleen het best passend zorgprofiel, de indicatiestelling voor extra zorg blijft een taak van het zorgkantoor.</p>
Gevolgen huidige vier regelingen	<p><i>Aanzienlijke wijziging in huidige regelingen</i></p> <p>Door de wijziging in de indicatiestelling komen de huidige procedures voor meerzorg, ekt en pab in de thuissituatie te vervallen. De totale zorg wordt door één orgaan geïndiceerd. Voor de zorg in een instelling zijn er geen veranderingen voor wat betreft de regelgeving.</p>
Tijdpad van invoering	<ul style="list-style-type: none">– Na uitbrengen van dit advies moet VWS hier een besluit over nemen.– Als alles bekend is moeten partijen dit aanpassen in hun systemen. Er zijn minimaal zes maanden nodig voor het verwerken van de wijzigingen in het berichtenverkeer. Dit maakt invoering van dit scenario op korte termijn van dit scenario niet mogelijk. <p>Er kan echter wel op kortere termijn gestart worden met een pilot om de samenwerking van het CIZ en het CCE bijvoorbeeld te onderzoeken voor een beperkte doelgroep.</p>
Administratieve lasten	<p><i>Het effect op administratieve lasten is niet bekend.</i></p> <p>De administratieve lasten worden mogelijk minder omdat er één regeling komt voor meerzorg, ekt en pab. De administratieve lasten kunnen ook hetzelfde blijven of meer worden doordat beslissingen over enerzijds doelmatigheid en zorgbehoefte noodzakelijk blijven, ondanks het samenvoegen van de regelingen.</p>

4.3.4 Verwachte effecten

Voordelen van een maatwerkcomponent:

- Met de maatwerkcomponent is het mogelijk om voor een specifieke groep cliënten de zorgbehoefte en zorgaanspraak in een vroegtijdig stadium inzichtelijk te maken.
- In vergelijking met het voorstel voor het indiceren in functies en klassen biedt een indicatie in een zorgprofiel met eventueel een maatwerkcomponent meer ruimte en flexibiliteit in de zorglevering.
- Doordat het zorgprofiel het uitgangspunt blijft voor de indicatiestelling, blijft dit goed vergelijkbaar met zorg in een instelling. Het CIZ wordt verantwoordelijk voor het indiceren van de maatwerkcomponent. Dit neemt een deel van de verantwoordelijkheid die het zorgkantoor momenteel heeft bij de toewijzing van zorg weg.
- Dit scenario voorkomt de complexiteit van de verschillende regelingen voor extra zorg waardoor cliënten en hun vertegenwoordigers beter in staat zijn om de benodigde zorg in de thuissituatie te organiseren.
- De voorgestelde wijzingen staan in verhouding tot de grootte van de doelgroep. Dit scenario heeft alleen betrekking op de kleine maar complexe doelgroep die niet uitkomt met het geïndiceerde zorgprofiel.

Nadeel van een maatwerkcomponent

Het CIZ heeft aangegeven dat een maatwerkcomponent in functies en klassen niet op een zorgprofiel 'gestapeld' kan worden. De invulling van de maatwerkcomponent door middel van functies en klassen moet dan ook gezien worden als een suggestie, zoals ook wordt aangegeven in een voetnoot bij de eerste paragraaf. Als gekozen wordt voor dit scenario moet er in afstemming met partijen gekomen worden tot een manier om de maatwerkcomponent inhoudelijk vorm te geven.

Nadeel onderscheid tussen indicatiestelling thuis en in een instelling

Zoals ook benoemd in scenario 2, geldt voor de maatwerkcomponent ook dat in de Wlz in theorie geen inhoudelijk onderscheid meer is tussen cliënten die thuis wonen en die in een instelling wonen. In de AWBZ maakte men alleen in de intramurale setting aanspraak op verblijf. Nu maken alle Wlz-gerechtigden aanspraak op verblijf. Hierdoor is een aparte indicatiestelling voor zorg thuis minder logisch.

Nadelen budgettair kader en doelmatigheid: risico op afwenteling op andere groepen

Voor dit scenario gelden dezelfde risico's voor het budgettair kader en doelmatigheid, zoals beschreven in scenario 3.

Effecten voor een volwassene met een verstandelijke handicap en met ernstige gedragsproblematiek (Corine)

Zie vervolg casus Corine, paragraaf 3.2

In scenario 3 krijgt Corine naast haar VG-7 profiel ook een maatwerkcomponent geïndiceerd. Corine woont immers in een thuissituatie en komt niet uit met het best passende zorgprofiel. Haar zorgprofiel en maatwerkcomponent beschrijft de totale zorgbehoefte van Corine. Een aparte indicatie voor extra zorg is dus niet meer nodig. Zowel haar zorgaanbieders als het zorgkantoor (h)erkennen door deze component haar zware zorgbehoefte. Corine kan in dit scenario in haar thuissituatie zorg op maat ontvangen als zij bijvoorbeeld van een bepaalde functie (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) meer wil ontvangen en van een andere functie (bijvoorbeeld begeleiding) minder. Als Corine verhuist naar een instelling, vervalt de maatwerkcomponent. In de instelling verblijft zij op basis van het voor haar best passende zorgprofiel, waar nodig vermeerderd met toeslagen of meerzorg.

4.4 Scenario 4: Herzien indicatiestelling

Binnen dit scenario onderzoeken we de mogelijkheden om de indicatiestelling voor alle cliënten in de Wlz te verbeteren. We geven mogelijkheden die stapsgewijs kunnen worden ingevoerd. Per direct kan het gebruik van de dominante grondslag voor de keuze van het best passende zorgprofiel worden losgelaten. Ook kan het CIZ per direct toetsen of cliënten in aanmerking komen voor één van de regelingen voor extra zorg. Tegelijkertijd kan een onderzoek starten naar de herziening van de zorgprofielen in combinatie met de bekostiging. Hierbij kan onder andere gekeken worden naar de mogelijkheden voor aparte zorgprofielen voor verschillende leeftijdsgroepen. Op korte termijn kan een pilot starten waarbij het CIZ in samenwerking met het CCE voor een beperkte doelgroep een complete indicatie gaat afgeven, voor zowel het zorgprofiel als de extra zorg. Onderdeel van deze pilot is tevens om te onderzoeken welke contextfactoren van belang zijn op de indicatie van extra zorg en om samen met zorgkantoren te kijken hoe de bekostiging van deze extra zorg het beste kan worden vormgegeven.

4.4.1 Aanleiding

Met dit scenario bieden we een oplossing voor de volgende benoemde knelpunten:

Loslaten dominante grondslag bij bepalen best passend zorgprofiel

Grondslagen hebben in de praktijk een andere functie gekregen dan waarvoor ze oorspronkelijk bedoeld waren. In beginsel waren ze bedoeld als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ en om het AWBZ domein af te bakenen van andere domeinen. Ook in de nieuwe Wlz is er een grondslag nodig om toegang te krijgen tot de Wlz. In de praktijk is de dominante grondslag echter vaak ook doorslaggevend voor de keuze voor het best passende zorgprofiel. Hierdoor kunnen er situaties ontstaan waarbij niet het best passend zorgprofiel wordt geïndiceerd, omdat dit zorgprofiel een andere grondslag heeft dan de dominante grondslag. Partijen geven dan ook aan dat het vasthouden aan alleen zorgprofielen van de dominante grondslag keuzebeperkend is. Een dergelijk zorgprofiel doet niet altijd recht aan de ernst van de overige beperkingen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoeften. Het loslaten van het principe dat de (dominante) grondslag bepalend moet zijn voor het te indiceren zorgprofiel, zou dus voor meer maatwerk kunnen zorgen.

Het CIZ toetst of cliënt in aanmerking komt voor extra zorg

We hebben signalen ontvangen dat cliënten die aangewezen zijn op extra zorg in onzekerheid zitten over hun budget. Dit komt onder andere doordat de indicatiestelling en toetsing voor deze regelingen niet bij het CIZ plaatsvindt, maar later in het proces, bij de zorgtoewijzing of de zorglevering.

Onderzoek naar herziening van de zorgprofielen en bekostiging

Kinderen kunnen nu al op jonge leeftijd toegang krijgen tot de Wlz, terwijl de zorgprofielen van oudsher meer gebaseerd zijn op de zorgbehoefte van volwassenen. Dit betekent dat jonge kinderen niet altijd een passende indicatie krijgen (vaak te ruim) terwijl zij op latere leeftijd juist meer zorg nodig hebben, door bijvoorbeeld opvoedkundige aspecten waar aandacht aan besteed moet worden.

Pilot indicatiestelling waarbij CIZ indiceert voor extra zorg

In aanvulling op bovenstaande signalen is genoemd dat de indicatie en toetsing voor extra zorg administratief belastend is. Daarnaast geven

partijen aan dat het zorgkantoor niet kan handelen als een objectieve indicatiesteller van meerzorg omdat het ook de financier is van deze zorg.

4.4.2 Uitvoering scenario

1. Loslaten dominante grondslag bij bepalen best passend zorgprofiel

Het CIZ bepaalt bij de indicatiestelling het best passend zorgprofiel aan de hand van de objectieve zorgbehoefte van een cliënt. Dit is leidend voor de keuze van het best passende zorgprofiel. Het principe dat eerst gekeken moet worden in de reeks van de profielen passend bij de dominante grondslag wordt losgelaten. Voor het bepalen van toegang tot de Wlz blijven de grondslagen uiteraard wel in stand. Deze veranderingen hebben geen wijziging in de regelgeving nodig en kunnen daarom meteen uitgevoerd worden. De indicatiestelling, zorglevering, bekostiging en iWlz verkeer zal wel aangepast moeten worden. Wanneer het CIZ een best passend zorgprofiel heeft geïndiceerd, dan zal het zorgkantoor ook passende zorg moeten inkopen. Passende zorg is niet altijd gekoppeld aan de locatie waar de zorg geleverd wordt. Dit betekent dat als vastgesteld is dat een zorgprofiel uit de LG-sector het best passend is voor de cliënt, maar de zorg geleverd wordt in een v&v instelling, alsnog wel LG-zorg geleverd én bekostigd moet worden.

2. Het CIZ toetst of cliënt in aanmerking komt voor extra zorg

Naast de reguliere indicatiestelling zal het CIZ ook toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor extra zorg. Het CIZ geeft op dit moment al een 'vinkje' bij enkele doelgroepen die in aanmerking komen voor extra zorg. Het gaat dus om uitbreiding met de regelingen ekt en pab.

3. Onderzoek naar herziening van de zorgprofielen en bekostiging

Op korte termijn kan een onderzoek worden verricht naar de herziening van de zorgprofielen in combinatie met de bekostiging. Hierbij kan gekeken worden of er aparte zorgprofielen moeten komen voor verschillende leeftijdsgroepen en voor de Wlz populatie voor zover deze verschilt van de AWBZ populatie. De NZa heeft al een adviesaanvraag ontvangen voor een onderzoek naar de herstructurering van de bekostiging (zie hiervoor ook hoofdstuk 1). Dit onderzoek kan gecombineerd worden met het onderzoek naar de herziening van de zorgprofielen. De resultaten van een dergelijk onderzoek kunnen gebruikt worden om zowel de indicatiestelling als de bekostiging in de Wlz aan te passen aan de huidige praktijk. Het uitvoeren van een dergelijk onderzoek kost tijd en zal dus niet op korte termijn in een oplossing voorzien voor het genoemde knelpunt.

4. Pilot indicatiestelling waarbij CIZ ook een indicatie voor extra zorg afgeeft

Op korte termijn kan voor een beperkte doelgroep, bijvoorbeeld de primaire doelgroep van dit advies, een pilot starten waarbij het CIZ naast de reguliere indicatiestelling ook indiceert voor extra zorg. Naast het reguliere zorgprofiel betreft het CIZ in dit geval ook meerzorg, ekt en pab bij het indiceren van de totale zorg voor de cliënt. Dit doet het CIZ door bij het vaststellen van de indicatie van de cliënt eerst te bepalen of de zorgprofielen tegemoet komen aan de zorgbehoefte van de cliënt. Als blijkt dat de cliënt met het best passend zorgprofiel niet uitkomt dan onderzoekt het CIZ of de cliënt voldoet aan de voorwaarden voor extra zorg en bepaalt hierbij de omvang van de extra zorg. Hierbij is bij gedragsproblematiek specifieke kennis en expertise vereist, zoals deze nu bij het CCE aanwezig is. Samenwerking met het CCE ligt dan ook voor de hand. Het is daarbij van belang ook te kijken naar de rollen die deze

partijen in andere domeinen hebben bij het toekennen van extra zorg, zodat het proces zo uniform mogelijk ingericht kan worden. In de pilot wordt ook onderzocht welke contextfactoren van belang zijn bij het indiceren van extra zorg. Daarnaast kan samen met zorgkantoren en de NZa gekeken worden hoe de bekostiging van deze extra zorg het beste vorm gegeven kan worden. Hierbij blijft het zorgkantoor controleren of de zorg verantwoord en doelmatig geleverd kan worden. De scenario's 2 en 3 geven inzicht hoe een dergelijke vorm van indicatiestelling en bekostiging eruit kan zien en wat de voor- en nadelen zijn.

Het doel van de pilot is tweeledig: enerzijds voor de cliënten die problemen ervaren met de zorglevering snel duidelijkheid geven over hun indicatie en voor hen daarbij ook een passende bekostiging regelen. Anderzijds om samen met partijen een passende en permanente oplossing te vinden voor de indicatie en bekostiging van extra zorg.

5. Duur van het indicatiebesluit

Voor de duur van de indicatie maken we binnen dit scenario onderscheid tussen de duur van de indicatie voor wat betreft de toegang tot Wlz-zorg en de duur van de indicatie voor wat betreft de inhoud/omvang van de zorg. Voorwaarde voor een Wlz-indicatie is, dat er een blijvende behoefte is aan Wlz-zorg, dus de toegang tot de Wlz zou niet bij elke wijziging van de zorgbehoefte in twijfel getrokken moeten worden. Het bovenstaande komt dus op het volgende neer:

- Er komt een permanent toegangsbewijs tot de Wlz op grond van de toegangscriteria voor de Wlz. Dit is een besluit waaruit blijkt dat de cliënt blijvend is aangewezen op Wlz-zorg.
- Het zorgprofiel met de indicatie voor de extra zorg kan voor een bepaalde tijd worden geïndiceerd, er vanuit gaande dat de zorgbehoefte van de cliënt kan wijzigen.

4.4.3 Toetsing uitvoerbaarheid

Aspect	Toelichting
Loslaten dominante grondslag bij bepalen best passend zorgprofiel	Dit kan per direct gebeuren. Er is geen wijziging in de wet- en regelgeving nodig en er hoeven geen administratieve processen aangepast te worden.
Het CIZ toetst of cliënt in aanmerking komt voor extra zorg	Hier is nader onderzoek nodig en er zullen administratieve processen moeten worden aangepast om dit mogelijk te maken.
Onderzoek naar herziening van de zorgprofielen en bekostiging	Het onderzoek kan vrij snel starten. Een formele adviesaanvraag is hierbij vereist. De resultaten zullen echter niet snel beschikbaar zijn.
Wijziging van wet- en regelgeving	<i>Vereist aanpassing wet- en regelgeving</i> De Regeling langdurige zorg aanpassen en waarschijnlijk het Besluit langdurige zorg. Dit scenario richt zich op de thuiswonende cliënt. Het kan dus voorkomen dat er een splitsing ontstaat in de taakverdeling bij de indicatiestelling van extra zorg. Het CIZ indiceert zowel het best passend zorgprofiel als de extra zorg voor de thuiswonende cliënt. Voor de intramurale cliënt indiceert het CIZ alleen het best passend zorgprofiel, de indicatiestelling voor extra zorg blijft een taak van het zorgkantoor.
Pilot indicatiestelling waarbij het CIZ ook een indicatie voor extra zorg afgeeft.	Een pilot kan mogelijk binnen enkele maanden starten Als aan een aantal voorwaarden (opdracht van VWS en middelen voor CIZ) is voldaan.

4.4.4 Verwachte effecten

De voordelen van dit scenario zijn:

- Het loslaten van het principe dat de (dominante) grondslag bepalend moet zijn voor het uiteindelijk te kiezen zorgprofiel kan tot meer maatwerk leiden voor alle Wlz-cliënten.
- Door het CIZ te laten toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor extra zorg, is er meer zekerheid over het budget aan het begin van het proces.
- De herziening van de zorgprofielen en de tarieven biedt voordelen voor alle Wlz-cliënten.
- Met een pilot kan op korte termijn met een verbetering van de indicatiestelling voor extra zorg worden begonnen.
- Als het CIZ ook extra zorg indiceert dan is er voor de cliënt één orgaan voor de totale indicatiestelling van de door hem benodigde zorg. Ook heeft het CCE geen tegenstrijdige rollen meer.
- Dit scenario geeft op zowel korte als lange termijn handvatten voor verbetering.
- De ervaringen die in de pilot worden opgedaan, kunnen eventueel ook worden toegepast op cliënten met een extra zorgbehoefte (bovenop het best passend zorgprofiel) in een instelling.

Een nadeel van dit scenario is:

Door de rol van het CIZ bij het vaststellen van extra zorg kan de bekendheid en daarmee het beroep op extra zorg toenemen. Dit kan leiden tot een toenemende druk op het budgettaire kader voor de langdurige zorg.

Effecten bij een kind met een ernstige meervoudige handicap (Bas)

Zie vervolg casus Bas, paragraaf 3.2

Loslaten dominante grondslag bij bepalen best passend zorgprofiel

Bas krijgt een zorgprofiel dat het beste past bij zijn zorgbehoefte. Hoewel zijn verstandelijke handicap de grondslag is waarop hij toegang kreeg tot de Wlz, kan het zijn dat zijn profiel uiteindelijk uit de zintuigelijke (ZG)- of lichamelijke (LG)-profielen komt. Hierdoor sluit zijn profiel het beste aan bij zijn zorgvragen.

Het CIZ toetst of cliënt in aanmerking komt voor extra zorg

Ook kijkt het CIZ of Bas in aanmerking komt voor extra zorg. Als dit zo is, dan krijgt Bas een 'vinkje' in het indicatiebesluit. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder weten zo dat ze voor Bas in overleg met de ouders extra zorg moeten aanvragen.

Onderzoek naar herziening van de zorgprofielen en bekostiging

Als het proces van herziening van de zorgprofielen afgerond is, krijgt Bas mogelijk een andere indicatie. De herziening kan bijvoorbeeld het gevolg hebben dat Bas vanwege zijn leeftijd in aanmerking komt voor een zorgprofiel speciaal voor minderjarigen.

Pilot indicatiestelling waarbij CIZ ook een indicatie voor extra zorg afgeeft

Als Bas deelneemt aan de pilot zal het CIZ zijn hele indicatie herzien. Het CIZ stelt in overleg met het zorgkantoor en de ouders de best passende zorg vast. Hierbij houdt het CIZ ook rekening met de context waarin Bas de zorg ontvangt.



Tot slot blijft Bas levenslang aanspraak houden op Wlz-zorg maar kan de duur en omvang van zijn indicatie aangepast worden aan de verwachte veranderingen in zijn zorgvraag.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

De staatssecretaris van VWS heeft het Zorginstituut en de NZa gevraagd om een maatwerkprofiel te ontwerpen, inclusief een passende bekostigingssystematiek. Het doel van een maatwerkprofiel is om de Wlz-zorg die cliënten thuis ontvangen beter aan te laten sluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. In zijn verzoek stelt de staatssecretaris enkele specifieke vragen, zoals beschreven in hoofdstuk 1 van dit advies. Voor het beantwoorden van deze vragen hebben wij betrokken partijen verzocht om informatie te geven over de knelpunten die het maatwerkprofiel moet oplossen. We hebben hen ook gevraagd hoe zij zelf het maatwerkprofiel vorm willen geven. De scenario's hebben we op grond van deze informatie van partijen opgesteld.

In dit advies geven we aan dat we een aantal uitgangspunten hanteren. Belangrijk uitgangspunt is dat we niet spreken van een 'Maatwerkprofiel', want dat is wat ons betreft een *contradictio in terminis*. We spreken in ons rapport van 'maatwerk voor de individuele cliënt'. In het voorliggende rapport hebben we vier scenario's uitgewerkt. Dit zijn clusters van gedachten, in reactie op problemen die partijen ervaren. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst onze conclusies op basis van de verschillende aspecten van de scenario's. Op grond van de conclusies volgen onze aanbevelingen.

5.2 Conclusies

Conclusie 1: Omvang doelgroep is relatief klein

We constateren dat de primaire doelgroep van ons advies op dit moment een relatief klein aantal Wlz-gerechtigden is, voornamelijk uit de gehandicaptenzorg. Er zijn circa 250 mensen (0,1% van de Wlz-populatie) die extra zorg thuis ontvangen en maar een klein deel van deze mensen ervaart problemen bij het ontvangen van passende zorg in de thuissituatie.³⁰ Daarnaast is er voor Wlz-indiceerbaren tot 2019 een vangnet constructie gecreëerd in afwachting van besluitvorming over maatwerk in de Wlz. Hoe groot de groep cliënten is die voor extra zorg in aanmerking komt is niet bekend.³¹

Conclusie 2: Knelpunten door bestaande uitvoering in de keten

Een terugkerend signaal van cliënten met een complexe zorgvraag die zorg thuis ontvangen, is dat zij zich niet erkend voelen: zij herkennen zich niet in de aanspraak, en ook vinden zij de bekostiging niet passend. We stellen vast dat er niet één oorzaak is voor de ervaren problemen, maar dat dit een samenloop is van aandachtspunten over de gehele keten, van aanspraak tot en met bekostiging/verantwoording.

Conclusie 3: Verbeteringen van de bestaande uitvoering in de keten door vernieuwingstrajecten

Met de al lopende vernieuwingstrajecten op het gebied van indicatiestelling, zorginkoop, bekostiging en verantwoording wordt beoogd om de wensen en behoeften van de cliënt daadwerkelijk centraal te stellen. Enkele relevante vernieuwingstrajecten zijn:

³⁰ Bron: onderzoek gebruik meer zorg, bureau HHM, mei 2016.

³¹ Brief VWS, Afronding herindicatietraject 'Wlz-indiceerbaren', 7 juli 2016, kenmerk: 987146-152803-LZ.

- Onder verantwoordelijkheid van het Zorginstituut wordt op landelijk niveau momenteel bekeken of het mogelijk is om bij de overgang tussen domeinen bestaande gegevens te hergebruiken. Het doel hiervan is om onnodige (meervoudige) uitvragen in de informatievoorziening te voorkomen.
- De NZa start een onderzoek naar de doorontwikkeling van de zzp-systematiek. De NZa zal in overleg met de betrokken partijen onderzoek doen naar de passendheid van de zorgprofielen.
- De NZa start een kostenonderzoek ten behoeve van de herijking van de tarieven voor de leveringsvormen instelling, vpt en mpt. Daarnaast voert de NZa momenteel onderzoek uit naar passende bekostigingsmethoden voor het mpt.

De huidige indicatiestelling en bekostiging van de langdurige zorg zijn gebaseerd op de situatie ten tijde van de AWBZ. Een deel van de geconstateerde knelpunten voor wat betreft de extra zorg hangt hiermee samen. We willen dan ook benadrukken dat de al ingezette vernieuwingstrajecten op termijn een deel van de gewenste verbeteringen voor de extra zorg zullen bewerkstelligen. De aanbevelingen die wij in dit hoofdstuk doen, moeten dan ook in relatie tot deze trajecten worden gezien.

In de Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa op 10 november 2016 hebben partijen aangegeven meer inzicht te wensen in de samenhang tussen de verschillende trajecten die nu lopen in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz. De verschillende trajecten staan beschreven in paragraaf 3.9 van dit advies. De meeste van deze trajecten hebben consequenties voor de lange termijn, terwijl het advies maatwerk zich vooral richt op het verbeteren van het systeem op de korte termijn. In het vervoltraject en eventuele inrichting van pilots wordt de samenhang bewaakt met de overige onderdelen van de vernieuwingsagenda.

Conclusie 4: Geen zorg thuis door de doelmatigheidsnorm en budgetneutraliteit

In het advies gaan we uit van een doelmatigheidsnorm en van budgetneutraliteit. De doelmatigheidsnorm is een financiële grens waarvoor de zorg in de thuissituatie mag worden geleverd. Knelpunten die partijen ervaren als gevolg van deze doelmatigheidsnorm worden met ons advies niet opgelost. Zoals gesteld in hoofdstuk 3 is het een politieke keuze welke groepen tegen welke kosten thuis zorg mogen ontvangen. Welke keuze hierbij wordt gemaakt, heeft direct gevolgen voor het uitgangspunt budgetneutraliteit. Een uitbreiding van de groep cliënten die tegen hogere kosten dan in een instelling zorg thuis ontvangt, leidt tot een verschuiving van de inzet van de middelen binnen het budgettair kader voor de langdurige zorg. Het Zorginstituut vindt, vanuit het perspectief van pakketbeheer (noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit), een verschuiving van middelen om zorg thuis mogelijk te maken voor een kleine groep onwenselijk.

5.3 Aanbevelingen

Veel van de ervaren knelpunten met de huidige uitvoering van indicatiestelling tot en met bekostiging van extra zorg worden opgelost door uitvoering te geven aan de vernieuwingstrajecten zoals genoemd bij conclusie 2. Aanvullend verwachten we dat een belangrijk deel van de gesignaleerde knelpunten wordt opgelost door een combinatie van het verbeteren van de huidige regelingen voor extra zorg (scenario 1) en het stapsgewijs verbeteren van het indicatieproces (scenario 4). De voorstellen maken op korte termijn belangrijke verbeteringen mogelijk.

Als bovenstaande voorstellen worden overgenomen, constateren wij dat de noodzaak tot een nieuw vorm te geven 'maatwerkprofiel' aanzienlijk kleiner wordt. De staatssecretaris heeft ons echter gevraagd om een advies over het ontwerpen van een maatwerkprofiel. Scenario 3, de maatwerkcomponent, biedt de mogelijkheid om op goede wijze voor een kleine groep cliënten extra zorg bovenop het zorgprofiel mogelijk te maken.

Aanbeveling 1: Meer aandacht voor passende zorg binnen de Wlz

In paragraaf 3.8 van het rapport geven wij aan dat het begrip 'passende zorg' een diffuus begrip is. Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap geeft hier echter wel enigszins een kader voor. Grondbeginselen van dit verdrag zijn bijvoorbeeld: volledige participatie, gelijke kansen en non discriminatie voor mensen met een handicap. Passende zorg zou aan deze rechten tegemoet moeten komen.

De Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut benadrukte bij behandeling van het rapport op 25 november 2016 (zie verslag in de bijlage 'Verslag reactie Adviescommissie pakket Zorginstituut Nederland') het belang van het onderzoek naar passende zorg voor het realiseren van zorg op maat binnen de Wlz. Dit zou ook het uitgangspunt moeten zijn bij het realiseren van zorg op maat voor iedere cliënt binnen de langdurige zorg. Een probleem binnen de langdurige zorg is echter dat er nog beperkt onderzoek is uitgevoerd naar wat passende zorg is voor de verschillende cliënten. Er zijn in vergelijking met enkele jaren geleden wel stappen gezet, maar het zal nog lang duren voordat dit inzicht in passende zorg er is.

In de Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa op 10 november 2016 hebben partijen meer aandacht gevraagd voor kwaliteit in relatie tot doelmatigheid.

We adviseren de staatssecretaris dan ook om te sturen op thema's op het gebied van kwaliteit van zorg, richtlijnen, persoonsgerichte zorg en het ontwikkelen van deskundigheid. Met de kwaliteitsagenda voor de gehandicaptenzorg wordt hierin een stap gezet door specifiek aandacht te geven aan de doelgroep met ernstige meervoudige beperkingen.

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

De NZa neemt het initiatief om verbeteringen door te voeren in de uitvoering van huidige regelingen voor extra zorg. Deze aanbeveling volgt direct uit scenario 1, waar we constateren dat er belangrijke verbetermogelijkheden te realiseren zijn in het huidige systeem.

Aanbeveling 3: Stapsgewijs verbeteren van het indicatieproces

Op grond van scenario 4 adviseren we de staatssecretaris om de volgende verbeteringen te realiseren in het huidige indicatieproces:

1. Laat de koppeling tussen dominante grondslag en het best passend zorgprofiel los.

2. Laat het CIZ toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor een regeling voor extra zorg.
3. Herzien de huidige zorgprofielen.
4. Voer een pilot 'indicatiestelling' uit.

Ad 1. Laat de koppeling tussen dominante grondslag en het best passend zorgprofiel los

Wij adviseren om in overleg met het CIZ in de indicatiestelling de dominante grondslag voor het bepalen van het best passend zorgprofiel los te laten. Deze wijziging kan op relatief korte termijn leiden tot meer maatwerk en herkenning van de cliënt in de indicatie.

Ad 2. Laat het CIZ toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor een regeling voor extra zorg

Het CIZ geeft nu al een 'vinkje' bij enkele doelgroepen die in aanmerking komen voor extra zorg. Wij adviseren deze beoordeling in overleg met het CIZ uit te breiden met de regelingen ekt en pab.

Ad 3. Herzien de huidige zorgprofielen

We adviseren om op korte termijn een onderzoek uit te voeren naar de huidige zorgprofielen. Deze herziening is nodig om de zorgprofielen beter te laten aansluiten bij de huidige Wlz-populatie. Een dergelijk onderzoek met het eventueel aanpassen van zorgprofielen heeft waarschijnlijk een lange doorlooptijd.

Ad 4. Voer een pilot 'indicatiestelling' uit

In het verlengde van de vorige aanbeveling adviseren we een pilot te starten waarin ervaring kan worden opgedaan met een gewijzigde vorm van indicatiestelling. In deze pilot kan het CIZ ervaring opdoen met het indiceren van de totale zorgbehoefte. We adviseren om de pilot toe te passen op een kleine groep cliënten. In deze pilot kunnen de volgende vragen nader worden onderzocht:

- Kan het CIZ een indicatie afgeven voor de totale zorgbehoefte, inclusief de extra zorg (meerzorg, ekt en pab)?
- Hoe kan de samenwerking tussen het CIZ en het CCE moeten worden vormgegeven?
- Welke contextfactoren zijn belangrijk bij het indiceren van extra zorg?

Aanbeveling 4: Indien nodig: maatwerkcomponent voor een beperkte doelgroep

Indien bovenstaande onvoldoende blijkt en een aanvullende oplossing nodig is, adviseren wij op basis van scenario 3 de staatssecretaris om te kiezen voor een introductie van een maatwerkcomponent bovenop het best passende zorgprofiel. Voor de implementatie hiervan is nader onderzoek vereist. Hierdoor kan dit scenario op korte termijn niet worden ingevoerd.

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

Wij adviseren de staatssecretaris om bij de indicatiestelling in zorgprofielen uit te gaan van de huidige bepalingen in de Wlz. Dat betekent dat er geen rekening wordt gehouden met de context. Echter, voor de indicatie van extra zorg, adviseren wij om de context wel te betrekken. Een deel van de extra zorg is immers nodig vanwege gedragsproblemen, die in grote mate verbonden zijn met de context. Ook is het vanwege de toekenning van extra middelen gerechtvaardigd om te bezien welke zorg redelijkerwijs nodig is, als rekening wordt gehouden met mantelzorg.

*Aanbeveling 6: Doelmatigheid*

Bij de uitvoering van de doelmatigheidsnorm wordt momenteel uitgegaan van het pgb. Bij de berekening van het pgb budget wordt geen rekening gehouden met toeslagen. Wij adviseren om de toeslagen mee te nemen in de bepaling van het pgb en mpt-budget, uitgezonderd instellingsgebonden toeslagen en toeslagen die te maken hebben met het leveren van gebruikelijke zorg. Mogelijkerwijs alleen in zorg in natura, zoals momenteel ook geldt voor de zorgvorm behandeling. Op die manier benadert de totstandkoming van het beschikbare pgb en mpt-budget (meer) de passende zorg die anders in een instelling wordt geboden.

Daarnaast kan de staatssecretaris besluiten dat thuiswonen in meerdere situaties of onder andere condities mogelijk moet zijn. Dit kan bijvoorbeeld door ekt en/of pab open te stellen voor andere doelgroepen of de voorwaarden te verruimen. Wij achten het echter aanvaardbaar om de doelmatigheidsnorm te hanteren zolang er onvoldoende zicht is op de passendheid van zorg voor cliëntgroepen binnen de langdurige zorg. Ook zullen hogere kosten voor het mogelijk maken van zorg in de thuissituatie voor bepaalde groepen, bij budgetneutraliteit, ten koste gaan van andere Wlz-gerechtigden. Wij maken daarbij de afweging dat het gaat om het leveren van goede passende zorg. Thuiswonen is geen doel op zich.

6. Reacties van belanghebbende partijen

Het conceptrapport is via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan belanghebbenden. De volgende partijen hebben de consultatievragen beantwoord:

Actiz	Ieder(in)
Branchebelang Thuiszorg (BTN)	Patiëntenfederatie
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Naar Keuze
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Ouders voor goede zorg (#OVGZ)
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Per Saldo	Federatie Opvang
Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)	

In deze paragraaf geven we bij elke consultatievraag een korte samenvatting van de reacties van de geconsulteerde partijen. Deze samenvatting is niet uitputtend. Voor een gedetailleerd overzicht verwijzen we naar de bijlage 'Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie'. In deze bijlage hebben we op alle vragen van iedere partij gereageerd. De integrale reacties van de partijen hebben we in de bijlage 'Reacties partijen op vragen bestuurlijke consultatie' bij dit rapport gevoegd.

Gezien de diversiteit in standpunten en inbreng van partijen was het niet mogelijk alle punten in het rapport te verwerken. We verwijzen de staatssecretaris van VWS daarom graag naar de reactietabel in bijlage 'Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie' voor een uitgebreide weergave van de standpunten van partijen en het antwoord van de NZa en het Zorginstituut hierop. De staatssecretaris kan deze punten meenemen in haar overwegingen bij de besluitvorming over maatwerk in de Wlz.

6.1 Consultatievragen

6.1.1 Reacties op hoofdstuk 2

Vraag 2.1

Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?

Over het algemeen vinden de partijen de regelingen voor extra zorg duidelijk omschreven. Men geeft daarbij ook aan dat uit deze omschrijving weer blijkt dat de uitvoering van de verschillende regelingen zeer complex is en daarmee de toegang tot de extra zorg beperkt wordt.

Vraag 2.2

Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2?
Mist u belangrijke knelpunten?

De partijen herkennen de genoemde knelpunten. Wel geven met name de partijen die betrokken zijn bij de sectoren ggz en de v&v aan, dat zij niet voldoende ervaring hebben met de regelingen voor extra zorg om een duidelijk overzicht van alle knelpunten te kunnen geven.

Vooraf de lange doorlooptijd en de ingewikkelde procedures van de regelingen zijn knelpunten die alle partijen herkennen.

Partijen signaleren nog een aantal aanvullende knelpunten die buiten de onderzoeksvraag vallen en niet zijn opgenomen in ons rapport. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- Het ontbreken van passende zorgprofielen voor specifieke cliëntgroepen. Met passende zorgprofielen voor deze groepen kan alle permanente zorg gedekt worden door het zorgprofiel. Wanneer sprake is van een tijdelijke behoefte aan extra zorg naast het zorgprofiel, kunnen de regelingen voor extra zorg ingezet worden.
- De regeling meerzorg biedt geen oplossing voor cliënten die niet uitkomen met het zorgprofiel maar ook niet in aanmerking komen voor deze regeling. Hierbij gaat het bijvoorbeeld voor cliënten met zzp VV5 of VV6.
- De bekostiging van zorgprofielen voor kinderen met emg of verstandelijke en ernstige gedragsproblematiek is onvoldoende. Dit ligt niet zozeer aan de omvang van de zorg in het zorgprofiel. Het knelpunt in de bekostiging komt voort uit het feit dat deze gebaseerd is op uren dagbesteding in plaats van dagbehandeling. Deze doelgroep heeft vaak dagbehandeling in plaats van dagbesteding, en deze is veel duurder.

Tot slot geven partijen aan dat de doelgroep Wlz-indiceerbaren ontbreekt en dat sommige knelpunten inmiddels achterhaald zijn, omdat deze al zijn meegenomen in het door ZN opgesteld protocol voor meerzorg 2017.

6.1.2 Reacties op hoofdstuk 3

Vraag 3.1

Zijn de uitgangspunten duidelijk en bent u het met deze uitgangspunten eens? Zo nee, kunt u aangeven met welk uitgangspunt u het oneens bent en waarom?

Partijen zijn het niet altijd eens met onze uitgangspunten en geven verschillende aanvullende opmerkingen bij de uitgangspunten die zijn beschreven. Enkele voorbeelden van deze opmerkingen zijn:

Zorg thuis en zorg in een instelling

Partijen zetten kanttekeningen bij het uitgangspunt dat het binnen intramurale instellingen en woonvormen met meerdere cliënten mogelijk is om de kosten voor extra zorg te middelen. Ten eerste is het voor cliënten met een pgb alleen toegestaan om zorg voor de cliënt zelf te declareren. Wanneer zorg dan toch wordt gemiddeld dan leidt dat tot een onjuiste declaratie. Ten tweede is het erg afhankelijk van de opbouw van de groep. Steeds vaker hebben alle cliënten in een groep een zware zorgvraag en blijkt het niet mogelijk om te middelen.

Doelmatigheid

- Een aantal partijen geeft aan het niet eens te zijn met het hanteren van de doelmatigheidsnorm binnen de Wlz. Deze partijen geven aan dat het niet altijd mogelijk is om passende zorg in een instelling te

- krijgen. Er kan dus niet vergeleken worden met de situatie in de instelling, met als gevolg dat doelmatigheid van de zorg in de thuissituatie voor deze cliënten niet vastgesteld kan worden en daarom moet komen te vervallen.
- Ook vindt een aantal partijen dat de doelmatigheidsnorm binnen de Wlz haaks staat op de uitspraak van de staatssecretaris dat cliënten zo lang mogelijk thuis moeten kunnen wonen én dat zorg thuis in principe volgens de Wlz niet duurder mag zijn dan zorg in een instelling.
 - een aantal partijen vindt dat het hanteren van de doelmatigheidsnorm belangrijk is, omdat bij budgetneutraliteit gekeken moet worden naar het collectieve belang van alle Wlz-clieënten en niet alleen naar het individuele belang van een specifieke groep Wlz-clieënten.

Doelgroep

Partijen geven aan dat er doelgroepen ontbreken, waaronder Wlz-indiceerbaren en cliënten met chronische somatische problematiek.

Afbakening permanente of tijdelijke behoefte aan extra zorg

Bij dit uitgangspunt vragen partijen om een toelichting. Eén partij doet het voorstel om bij een permanente behoefte aan extra zorg, deze extra zorg ook op te nemen in het zorgprofiel en niet met opslagen op het zorgprofiel te werken.

Vraag 3.2

Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?

Een aantal partijen geeft bij deze vraag aanvullingen op de in het rapport opgenomen uitgangspunten. Deze aanvullingen hebben wij opgenomen bij de reacties bij vraag 3.1. Daarnaast worden er nog andere knelpunten benoemd. Een voorbeeld is dat de extra zorg niet goed toegankelijk en uitvoerbaar is.

6.1.3 Reacties op hoofdstuk 4

Scenario 1

Vraag 4.1

Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?

In scenario 4 worden vijf maatregelen genoemd. Van deze maatregelen geven partijen aan dat met name het verbeteren van de aanvraagprocedure voor meerzorg, het vereenvoudigen van de heraanvraag procedure, het hergebruik van informatie én het verlengen van de beschikkingstermijn voor extra zorg voordelen voor cliënten opleveren. Ook het creëren van meer bekendheid met extra zorg wordt door een aantal partijen genoemd.

Er wordt opgemerkt dat de maatregelen niet voor de cliënt, maar voor de zorgaanbieder voordelen oplevert.

Vraag 4.2

Weet u nog andere concrete verbeteringen, die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?

De partijen geven verschillende voorbeelden die volgens hen tot verbetering zullen leiden in de uitvoering van de extra zorg. Een aantal van deze voorbeelden zijn:

- Naast de technische maatregelen die worden genoemd bij scenario 1, is volgens een partij ook het investeren in de toewijding van personeel

- bij het leveren van extra zorg een belangrijke verbetering voor de extra zorg. Ook zal de zorg dan effectiever worden verleend.
- Een indicatievrije toegang tot tijdelijke extra zorg met een verklaring van een zorgverlener.
 - De proeftuinen meerzorg (zie paragraaf 3.9 voor een nadere toelichting) uitbreiden naar de andere sectoren (v&v en ggz).
 - Centraliseren van de indicatiestelling voor cliënten met een complexe zorgvraag waar zorgprofielen niet voldoende tegemoet komen aan de zorgvraag.
 - herziening van alle zorgprofielen en daarbij afstappen van de sectorale indeling van profielen.
 - Maak naast 'meer' zorg ook 'minder' zorg mogelijk als de zorgvraag van de cliënt lager is dan de in het geïndiceerde zorgprofiel opgenomen zorg.

Reacties scenario 2

Vraag 4.3

Bent u het ermee eens dat de voordelen van meer maatwerk in de indicatiestelling niet opwegen tegen de nadelen, zoals bijvoorbeeld meer administratieve lasten en minder flexibiliteit in de zorglevering?

- Verschillende partijen geven aan dat zij vinden dat een indicatie in functies en klassen voor de genoemde groep cliënten inderdaad meer nadelen dan voordelen heeft. Er zijn echter ook partijen die van mening zijn dat een indicatie in functies en klassen voor bepaalde groepen juist tegemoet komt aan zorg op maat.
- Een aantal partijen verwacht dat er meer zorg zal worden geïndiceerd als de indicatie in functies en klassen is opgebouwd, met een toename van kosten tot gevolg.
- Er zijn ook partijen die juist wel voorstander zijn van een indicatie in functies en klassen. Zij geven aan dat dit weliswaar niet bij de ontwikkelingen in de Wlz past, maar dat de globale zorgprofielen ook geen oplossing zijn. Voor bepaalde groepen cliënten is er immers geen passend zorgprofiel. Zij geven daarbij wel aan dat zij niet willen dat een indicatie in functies en klassen ten koste gaat van de flexibiliteit in de zorgverlening.
- Het uitvoeren van de doelmatigheidstoets door de zorgkantoren, na het stellen van de indicatie door het indicatieorgaan vinden verschillende partijen niet logisch. Het indicatieorgaan stelt de benodigde zorg vast, maar het zorgkantoor kan volgens deze partijen de indicatie weer teniet doen. Zij stellen de vraag wat dan nog de waarde is van het indicatiebesluit.

Vraag 4.4

Bent u het ermee eens dat scenario 2 en scenario 3 alleen van toepassing zijn op cliënten die thuis wonen en voor wie het best passend zorgprofiel onvoldoende is?

Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?

- Een aantal partijen geeft aan het met ons eens te zijn dat de scenario's 2 en 3 alleen van toepassing moeten zijn op cliënten die thuis wonen en met de zorgprofielen niet uitkomen. Daarbij merkt een partij op dat de omvang van zorg in het zorgprofiel wel passend is, maar dat de bijbehorende middelen onvoldoende zijn.
- Er zijn daarnaast partijen die van mening zijn dat ook cliënten die in een instelling verblijven en niet uitkomen met het best passend zorgprofiel voor de in de scenario's genoemde mogelijkheden in



- aanmerking moeten komen. Dat er dus geen onderscheid gemaakt mag worden op grond van leveringsvorm.
- Een aantal partijen pleit voor een indicatie in functies en klassen voor alle cliënten in de Wlz. Een indicatie in functies en klassen maakt immers voor alle cliënten zorg op maat mogelijk.

Scenario 3

Vraag 4.5

Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel+ maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen?)

Veel partijen zijn het eens met onze conclusie dat de maatwerkcomponent voordelen (o.a. meer flexibiliteit en minder administratieve lasten) biedt ten opzichte van scenario 2. Zij vinden echter niet dat het maatwerkcomponent in functies en klassen moet worden uitgedrukt, omdat dit tot verwarring kan leiden. Daarentegen geven een aantal partijen aan dat zij niet begrijpen waarom een indicatie in functies en klassen tot minder flexibiliteit zal leiden. Een aantal partijen benadrukt dat het zij het van groot belang vinden dat het CIZ in de indicatie de kaders van de zorgverlening aan de cliënt weergeeft en dat de zorgverleners en cliënten in de zorgverlening samen komen tot zorg op maat voor de specifieke cliënt.

Scenario 4

Vraag 4.6

Bent u het ermee eens dat onderzoek gedaan moet worden naar de zorgprofielen? Hebt u aandachtspunten die u wilt meegeven voor herziening van de zorgprofielen op langere termijn?

De meeste partijen vinden het noodzakelijk dat de zorgprofielen worden herzien vanwege alle wijzigingen binnen de langdurige zorg. Een aantal partijen vindt echter dat het wijzigen van de huidige zorgprofielen een te grote wijziging is voor een relatief kleine groep cliënten. Bij een herziening geven partijen aan dat er ook gekeken moet worden naar de bekostiging van de zorgprofielen. Daarnaast is ook de beschrijving van de zorgprofielen van belang, waarbij rekening wordt gehouden met bijzondere doelgroepen. Partijen die niet voor een herziening van de zorgprofielen zijn, vrezen dat het herzien van de zorgprofielen zal leiden tot discussies zonder duidelijke uitkomst. Ook wordt aangegeven dat het voor de langere termijn herzien van zorgprofielen maatregelen voor de korte termijn niet in de weg mogen staan.

Vraag 4.7

Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat wilt u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?

Partijen geven verschillende suggesties voor de inhoud van de pilot. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- Uitgangspunt moet zijn dat de cliënten er mee geholpen zijn. Dat betekent onder andere dat zij weten wat de relatie is tussen de zorgvraag, de indicatie en het budget. Maar ook dat de doorlooptijden kort zijn, dat de administratieve lasten beperkt zijn en dat de zorg toegankelijk is.

- Neem in de pilot mee dat het CIZ ook de doelmatigheidstoets uitvoert, zodat de cliënt maar met één in plaats van twee partijen te maken heeft.
- Betrek de verschillende sectoren bij de pilot, zodat vastgesteld kan worden of er tussen de sectoren onderling verschillen zijn.
- Richt de pilot in eerste instantie op de cliënten met ernstige meervoudige beperkingen en cliënten met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek.
- Een aantal partijen geeft aan bereid te zijn om deel te nemen aan de pilot.

6.1.4 Reacties op hoofdstuk 5

Vraag 5.1

Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?

De meeste partijen kunnen zich vinden in onze conclusies en de aanbevelingen aan de staatssecretaris. Er zijn echter ook partijen die aangeven dat zij (een aantal van) de conclusies en adviezen niet onderschrijven. In het onderstaande een aantal voorbeelden.

- Men is het niet eens met conclusie 1: omvang doelgroep is relatief klein.
- In het rapport hebben wij bijvoorbeeld de Wlz-indiceerbaren niet mee kunnen nemen. De partijen adviseren dan ook om nader onderzoek te doen naar de Wlz-indiceerbaren die nu aanspraak kunnen maken op een vangnetregeling, maar in de toekomst mogelijk gebruik zullen maken van extra zorg.
- Ook mist men aandacht voor cliënten die niet uitkomen met het best passend zorgprofiel, maar ook niet in aanmerking komen voor extra zorg. Een voorbeeld hiervan zijn de cliënten met een indicatie voor zzp VV5 en ZP VV6.
- Een aantal partijen zijn het niet eens met ons advies in aanbeveling 6: doelmatigheid. Zij vinden dat de zorgkantoren de doelmatigheidsnorm niet kunnen hanteren, omdat zij van mening zijn dat in een instelling niet altijd passende zorg geleverd kan worden. Een vergelijking tussen verschillende leveringsvormen is dan niet mogelijk.

Vraag 5.2

Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?

De antwoorden van de partijen op deze vraag lopen erg uiteen. Voor een overzicht van de reacties per partij verwijzen wij u dan ook naar de bijlage 'Reactietabel vragen bestuurlijke consultatie'.

Vraag 5.3

Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?

Een aantal onderdelen en onderwerpen die de partijen noemen zijn:

- Er wordt niet voldoende benadrukt dat de regeling meerzorg voor de meeste cliënten nu al tot maatwerk leidt. Deze cliënten ervaren geen problemen met de huidige mogelijkheden voor extra zorg.
- Een van de partijen geeft aan dat er in het rapport te weinig aandacht is voor kleinschalige woonvormen.
- Een andere partij waarschuwt voor de gevolgen van een gebrek aan eenduidigheid over de definitie van kleinschalige woonvormen. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde kleinschalige woonvormen eigenlijk te vergelijken zijn met zorg in een instelling, maar dat zij worden

- benaderd als vormen van wonen thuis. Met het gevolg dat voordelen van maatwerk thuis wel van toepassing zijn op kleinschalige woonvormen, maar niet op de intramurale zorg.
- Men geeft aan dat het rapport teveel uitgaat van de cliëntvertegenwoordigers en niet van de cliënten zelf en dat er in het rapport onvoldoende onderscheid is gemaakt tussen de verschillende sectoren.
 - Eén partij mist een tijdpad voor de aanbevelingen.
 - Tot slot geeft men aan dat het uitgangspunt voor budgetneutraliteit nader moet worden onderzocht en besproken. Men is van mening dat de wens van de politiek om mensen langer thuis te laten wonen, niet mogelijk is bij een gelijk budget.

6.1.5 Reactie op de overige vragen

Vraag 1

Hebt u opmerkingen over de wijze waarop uw huidige rol is beschreven in dit rapport? Welke rol voorziet u voor uzelf in de uitvoering van dit advies?

Over het algemeen herkennen de partijen zich in de beschrijving van hun rol in het rapport. Zij willen graag betrokken worden en actief meedenken bij de uitwerking van de aanbevelingen. Een aantal partijen geeft aan graag deel te nemen aan de pilot (zie aanbeveling 2).

Vraag 2

Hebt u nog andere opmerkingen over het advies aanvullend op uw reactie op bovenstaande consultatievragen? Of hebt u opmerkingen over de wijze waarop wij u hebben betrokken bij de totstandkoming van dit advies?

De meeste partijen geven aan dat zij voldoende zijn betrokken bij de totstandkoming van het advies. Partijen zijn wel verdeeld over verwerking van de eigen inbreng in het rapport.

6.2 Reactie Adviescommissie NZa en ZIN

6.2.1 Reactie Adviescommissie Pakket ZIN

Advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over een maatwerkprofiel (systeemadvies)

De ACP adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over het domein waar bepaalde zorg moet worden ondergebracht. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 25 november 2016 gesproken over een mogelijk maatwerkprofiel om de Wlz-zorg die cliënten thuis ontvangen beter aan te laten sluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt.

De commissie is zich er van bewust dat op dit moment niet duidelijk is

wat passende en effectieve zorg in de langdurige zorg is. Hoewel er in vergelijking met enkele jaren geleden wel stappen in de richting van verheldering zijn gezet, zal het nog een tijd duren voordat duidelijk is wat passende en effectieve zorg is. Dit wetende, is het echter wel van belang problemen die deze cliëntengroep nu ondervindt bij de levering van Wlz-zorg, aan te pakken.

De commissie kan zich vinden in de voorstellen van het Zorginstituut om in eerste instantie de huidige uitvoering en indicatiestelling te verbeteren. Voor de groep cliënten die dan nog resteert, ondersteunt zij ook het voorstel om een maatwerkprofiel te ontwerpen dat enkele bestaande regelingen vervangt.

De commissie dringt wel aan op een zekere waakzaamheid bij het maken van nieuwe regels omtrent uitvoering en indicatiestelling vanwege het risico van het ontstaan van weer nieuwe problemen in de levering van Wlz-zorg die te maken hebben met (onvermijdelijke onvolkomenheden in) de verbeterde regels voor uitvoering en indicatiestelling.

Wat betreft de kosten vindt de commissie dat, zolang wij niet weten wat goede en effectieve zorg is, er geen reden is om de doelmatigheidsnorm (dat wil zeggen een maximale prijs) los te laten. Pas wanneer daar meer inzicht in is, kan gedacht worden aan een meer flexibele prijs.

Advies van de Adviescommissie Langdurige Zorg aan de NZa over het advies maatwerkprofiel

6.2.2 Reactie Adviescommissie NZa

In de Adviescommissie Langdurige zorg van de NZa op 10 november 2016 hebben partijen meer aandacht gevraagd voor kwaliteit in relatie tot doelmatigheid. Daarnaast wensen partijen meer inzicht in de samenhang tussen de verschillende trajecten die nu lopen in het kader van de vernieuwingsagenda Wlz.

Bijlage 1. Wet- en regelgeving voor extra zorg

In deze bijlage geven we een overzicht van de relevante wet- en regelgeving wat de basis vormt voor de regelingen die extra zorg mogelijk maken.

Meerzorg

- artikel 3.1.1, eerste lid, van het Besluit langdurige zorg (Blz).
- artikel 2.2, eerste lid, onderdeel a en onderdeel b, tweede en derde lid van de Regeling langdurige zorg (Rlz).

Regeling langdurige zorg, artikel 2.2

1. Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:

a. de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel:

- VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding,
 - VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging,
 - VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging,
 - VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering,
 - VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging,
 - LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
 - LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
 - LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum,
 - LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging,
 - LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging,
 - LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging,
 - ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging,
 - ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging,
 - GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging,
 - GGZ-B Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding, of
- b. de verzekerde op 31 december 2014 recht had op zorgzwaartepakket 7 VV, 8 VV, 5 VG, 7 VG, 8 VG, 4 LVG, 5 LVG, 1 SGLVG, 5 LG, 6 LG, 7 LG, 3 ZGaud, 5 ZGvis, 6b GGZ of 7b GGZ.*

2 Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft indien:

a. de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op het zorgprofiel:

- VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek,

– VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek, of

3 Een verzekerde als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of tweede lid, onder a, kan slechts recht op de in die leden bedoelde zorg krijgen indien zijn behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel.

(NB: de toelichting op dat artikel geeft aan dat het gaat om een in uren gemeten zorgbehoefte van 25% bovenop het midden van de bandbreedte van het zzp dat in 2015 voor de bekostiging wordt gehanteerd)

Toeslagen

In hoofdstuk 2, paragraaf 2.2 geven we aan dat wij in het rapport spreken van 'toeslagen', omdat dit de gangbare woordkeuze is. De toeslagen zijn echter een vorm van meerzorg.

De wettelijke basis voor deze meerzorg ligt in:

- artikel 3.1.1, tweede lid en vierde lid, van het Blz.
- artikel 2.2, eerste lid, onderdeel c en d, van de Rlz.

Regeling langdurige zorg, artikel 2.2

1. Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:

- c. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington, observatie, of*
- d. de verzekerde jonger is dan 23 jaar en verblijft in een instelling.*

2. Een verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het hem geïndiceerde zorgprofiel of zorgzwaartepakket recht heeft indien:

- b. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing.*

Extra kosten thuis (ekt)

De wettelijke basis voor ekt ligt in:

- artikel 3.5.2 en artikel 3.6.3, van het Blz.
- artikel 5.3, van de Rlz.

Regeling langdurige zorg, artikel 5.3

1. Alvorens de levering van een modulair pakket thuis te weigeren op de grond dat het niet op doelmatige wijze ten huize van de verzekerde kan worden geleverd, en nadat daarover overleg is gevoerd met de verzekerde, beoordeelt de Wlz-uitvoerder of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door toepassing van enige verhoging van de voor het pakket ten hoogste toelaatbare kosten met ten hoogste 25%.

2. Alvorens de verlening van een persoonsgebonden budget te weigeren op de grond dat daarmee niet op doelmatige wijze zal worden voorzien in toereikende zorg, en nadat daarover overleg is gevoerd met de

verzekerde, beoordeelt het zorgkantoor of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door toepassing van enige verhoging van het persoonsgebonden budget met ten hoogste 25%.

3. Een verhoging, bedoeld in het eerste of tweede lid, is uitsluitend van toepassing:

- a. op een verzekerde die de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt, met het oog op diens mogelijkheid om thuis op te groeien,
- b. op de verzekerde die een of meer kinderen heeft die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om deel uit te maken van het thuis opgroeien van dat kind, of
- c. op verzekerden die op zorg zijn aangewezen vanwege een somatische aandoening of beperking of een lichamelijke of zintuiglijke handicap, zonder dat sprake is van een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening of psychogeriatrisch beperking, met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om vanuit huis inkomen uit werk te verkrijgen of om een studie of opleiding te volgen met het oog op het verwerven van inkomen uit werk.

4. De Wlz-uitvoerder kan de voor het modulair pakket thuis ten hoogste toelaatbare kosten verhogen in geval van een verzekerde die krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg, voor zover die verhoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om palliatief terminale zorg thuis te ontvangen.

5 Het zorgkantoor kan het persoonsgebonden budget verhogen in geval van een verzekerde die krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg, voor zover die verhoging nodig is met het oog op diens mogelijkheid om palliatief terminale zorg thuis te ontvangen.

Persoonlijk assistentie budget (pab)

De wettelijke basis voor pab ligt in:

- artikel 3.6.3, van het Blz.
- artikel 5.15, aanhef en onderdeel a, van de Rlz.

Regeling langdurige zorg, artikel 5.15a

1. In geval de verzekerde geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding, VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging, dan wel voor het zorgzwaartepakket 5 LG, 6 LG of 7 LG, 7 VV of 8 VV, hoort het zorgkantoor op aanvraag van de verzekerde zijn persoonsgebonden budget op tot ten hoogste € 219.000 indien de verzekerde:

- a. vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen,
- b. 18 jaar of ouder is,
- c. geen cognitieve beperkingen heeft, en
- d. op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.

2 De aanvraag van verzekerde bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de verzekerde in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid.

Bijlage 2. Knelpunten buiten de reikwijdte van dit advies

In deze bijlage staan de knelpunten die tijdens dit adviestraject zijn gesignaleerd door betrokken partijen, maar die buiten de scope van dit advies vallen.

	Knelpunt	Oplossingsrichting
Toeslagen	Toeslagen kennen beperkende voorwaarden waaronder ze gedeclareerd mogen worden.	De voorwaarden bij de toeslagen hebben een zorginhoudelijke onderbouwing en deze vallen buiten de scope dit advies.
Ekt	Cliënt(vertegenwoordigers) zijn van mening dat de toegangscriteria voor ekt te strikt worden gehanteerd, waardoor betrekkelijk weinig cliënten in aanmerking komen voor ekt.	De voorwaarden om gebruik te mogen maken van de regeling ekt zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg en zijn daarmee een politieke keuze die niet in dit rapport aan de orde worden gesteld.
	Het is een probleem dat de budgethouder gedurende de termijn (acht weken), dat de aanvraag in behandeling is, de uitgaven moet voorschieten.	Betrokken partijen kunnen met ZN en zorgkantoren in overleg om te onderzoeken of bevoorschotting mogelijk is.
Pab	Wanneer er sprake is van mantelzorg, wordt er acht uur van de extra zorguren afgetrokken. Indien de mantelzorger ook verplichtingen heeft in werk en gezin dan wordt deze acht uur als te belastend ervaren.	Deze voorwaarde is een politieke keuze die niet in dit rapport aan de orde wordt gesteld.
	Het is een probleem dat de budgethouder gedurende de termijn (acht weken), dat de aanvraag in behandeling is, de uitgaven moet voorschieten.	Betrokken partijen kunnen met ZN en zorgkantoren in overleg om te onderzoeken of bevoorschotting mogelijk is.
Meerzorg	De afstemming tussen het zorgkantoor en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) over het toegekende bedrag verloopt niet goed.	Betrokken partijen kunnen met VWS, ZN en zorgkantoren in overleg om te onderzoeken of er mogelijkheden zijn ter verbetering van de afstemming tussen de SVB en zorgkantoren.
	De toekenning van het budget voor meerzorg wordt per cliënt bepaald en mag niet worden ingezet op een hele groep. Hierdoor is bijvoorbeeld inzet van een gedragswetenschapper of de hele groep niet mogelijk.	Met dit punt wordt geëxperimenteerd in de proeftuinen meerzorg 2.0. De uitkomsten worden separaat van dit advies geëvalueerd. Daarmee valt dit onderwerp buiten de scope van dit advies.
	De openstelling van meerzorg in de sectoren V&V en ggz wordt door de sectoren ervaren als een bezuinigingsmaatregel in plaats van een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit wordt vooral veroorzaakt door een budgetneutrale invoering.	VWS heeft ervoor gekozen om meerzorg in de sectoren V&V en ggz open te stellen en de invoering budgetneutraal uit te voeren.

	<p>Meerzorg wordt per cliënt bepaald en geleverd en kan niet ingezet worden voor een hele groep. Vaak verblijven meerdere cliënten die aanspraak kunnen maken op meerzorg in één groep. Een aanvraag voor meerzorg wordt vervolgens niet voor iedere cliënt gedaan, maar vaak voor enkele cliënten om de aanvullende inzet mogelijk te maken. Dit is een pragmatische oplossing, maar het zou mooi zijn als het mogelijk is om meerzorg voor een groep in te kunnen zetten (en vervolgens de verantwoording ook op groepsniveau te geven). Dat kan wellicht ook kosten besparen.</p>	<p>Met dit punt wordt geëxperimenteerd in de proeftuinen meerzorg 2.0. De uitkomsten worden separaat van dit advies geëvalueerd. Daarmee valt dit onderwerp buiten de scope van dit advies.</p>
	<p>Juist omdat meerzorg veelal in groepsverband wordt geboden, vinden zorgaanbieders het moeilijk om voor een individuele cliënt meerzorg op cliëntniveau te registreren en te verantwoorden.</p>	<p>Met dit punt wordt geëxperimenteerd in de proeftuinen meerzorg 2.0. De uitkomsten worden separaat van dit advies geëvalueerd. Daarmee valt dit onderwerp buiten de scope van dit advies.</p>
	<p>Aanbieders in de sectoren V&V en ggz hebben moeite met de externe beoordeling door het CCE wanneer er sprake is van gedragsproblemen. Het geeft aanbieders het gevoel dat iemand op hun vingers kijkt.</p>	<p>Het CCE adviseert momenteel de zorgkantoren over de aanvraag van meerzorg. In deze rol moeten zij de aanvraag beoordelen. In scenario 4 geven we aan dat de beoordeling van de totale zorgbehoefte tijdens de indicatiestelling zou kunnen plaatsvinden. In dat geval is het mogelijk dat het CCE een andere rol krijgt.</p>
	<p>Met name de zorgaanbieders ervaren het gesprek met het CCE als een beoordeling die bepalend is of er wel of geen meerzorg wordt toegekend. Immers, het zorgkantoor dat formeel over de toekenning van meerzorg beslist wijkt zelden af van het advies van het CCE. Hierdoor komt de consultatie en expertiserol van het CCE niet goed tot zijn recht. Zorgaanbieders zijn minder geneigd handelingsverlegenheid te tonen en het CCE om advies te vragen, vanwege angst dat de aanvraag niet wordt gehonoreerd.</p>	<p>Het CCE adviseert momenteel de zorgkantoren over de aanvraag van meerzorg. In deze rol moeten zij de aanvraag beoordelen. In scenario 4 geven we aan dat de beoordeling van de totale zorgbehoefte tijdens de indicatiestelling zou kunnen plaatsvinden. In dat geval is het mogelijk dat het CCE een andere rol krijgt.</p>

	Knelpunt	Oplossingsrichting
Overig	Substitutie van zorgvormen binnen een pgb is niet voldoende mogelijk. Behandeling mag niet vanuit het pgb worden ingekocht/bekostigd, terwijl zorg in natura veel kostbaarder is. De kosten van zorg in natura worden in mindering gebracht op het pgb. Eigen regie c.q. flexibel kunnen inkopen van dagbesteding vanuit het pgb zou voor bepaalde doelgroepen goede zorg betekenen.	In de Regeling langdurige zorg is vastgelegd welke zorgvormen met het pgb-budget mogen worden ingekocht, vanwege zorginhoudelijke overwegingen. De zorgvorm behandeling is expliciet uitgesloten van het pgb. Dagbesteding kan via het pgb worden ingekocht.
	Partijen ervaren soms dat de indicatiestelling niet altijd uniform plaatsvindt: Kinderen met vergelijkbare problematiek worden verschillend geïndiceerd, per regio en soms per medewerker (om behulpzaam te zijn: de keuze voor een dominante grondslag ZG levert een hoger pgb op).	Dit punt betreft de indicatiestelling door het CIZ, wat buiten de reikwijdte van de NZa en het ZIN ligt.
	Bij de indicatie voor meerzorg worden niet alle handelingen voor somatische problemen meegenomen.	Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van meerzorg. Betrokken partijen kunnen met zorgkantoren en ZN in overleg over de uitvoering van meerzorg bij somatische problemen. De NZa neemt dit aandachtspunt mee bij de verbetering van meerzorg.
	Er bestaan budgetproblemen doordat in de vertaaltabel van de zzp's is gekozen om het tarief begeleiding groep in te voegen, terwijl in de praktijk vaak behandeling groep gedeclareerd moet worden. Dit geldt met name voor de doelgroep emg. Behandeling groep is veel duurder dan begeleiding groep. Dit zou meegenomen moeten worden in het kostenonderzoek.	De NZa neemt dit punt mee in de uitvoering van het kostenonderzoek.
	Sommige ouders zijn voor het inkomen volledig afhankelijk van het pgb van hun kind. Partijen hebben aangegeven dat dit soms tot onwenselijke situaties kan leiden: als een kind naar een instelling verhuist, vervalt deze bron van inkomsten.	Cliënten hebben de mogelijkheid om te kiezen tussen de leveringsvormen pgb, mpt, vpt en zzp. Ouders kunnen ervoor kiezen om de zorg volledig zelf te leveren via een pgb en zijn daarmee verantwoordelijk voor eventuele consequenties wanneer de leveringsvorm wijzigt.
	In sommige gevallen leveren ouders de volledige zorg aan hun kinderen. Partijen hebben aangegeven dat ten aanzien van ingewikkelde zorgvragen het een verbetering kan zijn om naast de zorgverlening door de ouders, de betrokkenheid van een deskundige te verplichten.	De betrokkenheid van een deskundige bij complexe zorgvragen thuis is niet in wet- en regelgeving vastgelegd. Desalniettemin vinden de NZa en ZIN het een goede aanbeveling om deze optie te onderzoeken.



Bijlage 3. Consultatievragen bestuurlijke consultatie

	Vraag	Uw antwoord met toelichting
	Hoofdstuk 2	
2.1	Vindt u de beschrijving van de huidige regelingen voor extra zorg in hoofdstuk 2 duidelijk?	
2.2	Herkent u zich in de knelpunten die zijn beschreven in hoofdstuk 2? Mist u belangrijke knelpunten?	
	Hoofdstuk 3	
3.1	Zijn de uitgangspunten duidelijk en bent u het met deze uitgangspunten eens? Zo nee, kunt u aangeven met welk uitgangspunt u het oneens bent en waarom?	
3.2	Mist u nog uitgangspunten die relevant zijn voor het advies?	
	Hoofdstuk 4	
	Scenario 1	
4.1	Welke maatregelen uit scenario 1 leveren vanuit het perspectief van de cliënt de meeste voordelen op korte termijn op?	
4.2	Weet u nog andere concrete verbeteringen die ketenpartijen (CIZ, CCE, zorgkantoren, zorgaanbieders) kunnen doorvoeren?	
	Scenario 2	
4.3	Bent u het ermee eens dat de voordelen van meer maatwerk in de indicatiestelling niet opwegen tegen de nadelen, zoals meer administratieve lasten en minder flexibiliteit in de zorglevering?	
4.4	Bent u het ermee eens dat scenario 2 en scenario 3 alleen van toepassing zijn op cliënten die thuis wonen en voor wie het best passend zorgprofiel onvoldoende is?	
	Scenario 3	
4.5	Bent u het eens met onze conclusie dat scenario 3 (zorgprofiel + maatwerkcomponent) voordelen biedt ten opzichte van scenario 2 (volledig functies en klassen)?	
	Scenario 4	
4.6	Bent u het ermee eens dat onderzoek gedaan moet worden naar de zorgprofielen? Hebt u aandachtspunten die u wilt meegeven voor herziening van de zorgprofielen op langere termijn?	
4.7	Als er een pilot volgt, zoals beschreven in dit scenario, wat zou u dan als suggestie meegeven om in deze pilot te onderzoeken?	
	Hoofdstuk 5	
5.1	Kunt u zich vinden in de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 5 zijn beschreven?	
5.2	Welke adviezen zullen volgens u voor cliënten de meeste voordelen opleveren?	
5.3	Mist u onderdelen in de analyse en de conclusies? Zijn er onderwerpen onderbelicht in het advies?	

	Algemene vragen	Uw antwoord met toelichting
I.	Hebt u opmerkingen over de wijze waarop uw huidige rol is beschreven in dit rapport? Welke rol voorziet u voor uzelf in de uitvoering van dit advies?	
II.	Hebt u nog andere opmerkingen over het advies aanvullend op uw reactie op bovenstaande consultatievragen? Of hebt u opmerkingen over de wijze waarop wij u hebben betrokken bij de totstandkoming van dit advies?	

Bijlage 4. Verslag reactie

Adviescommissie pakket Zorginstituut Nederland

Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over een maatwerkprofiel (systeemadvies)

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over het domein waar bepaalde zorg moet worden ondergebracht. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 25 november 2016 gesproken over een mogelijk maatwerkprofiel om de Wlz-zorg die cliënten thuis ontvangen beter aan te laten sluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt.

De commissie is zich er van bewust dat op dit moment niet duidelijk is wat passende en effectieve zorg in de langdurige zorg is. Hoewel er in vergelijking met enkele jaren geleden wel stappen in de richting van verheldering zijn gezet, zal het nog een tijd duren voordat duidelijk is wat passende en effectieve zorg is. Dit wetende, is het echter wel van belang problemen die deze cliëntengroep nu ondervindt bij de levering van Wlz-zorg, aan te pakken.

De commissie kan zich vinden in de voorstellen van het Zorginstituut om in eerste instantie de huidige uitvoering en indicatiestelling te verbeteren. Voor de groep cliënten die dan nog resteert, ondersteunt zij ook het voorstel om een maatwerkprofiel te ontwerpen dat enkele bestaande regelingen vervangt.

De commissie dringt wel aan op een zekere waakzaamheid bij het maken van nieuwe regels omtrent uitvoering en indicatiestelling vanwege het risico van het ontstaan van weer nieuwe problemen in de levering van Wlz-zorg die te maken hebben met (onvermijdelijke onvolkomenheden in) de verbeterde regels voor uitvoering en indicatiestelling.

Wat betreft de kosten vindt de commissie dat, zolang wij niet weten wat goede en effectieve zorg is, er geen reden is om de doelmatigheidsnorm (dat wil zeggen een maximale prijs) los te laten. Pas wanneer daar meer inzicht in is, kan gedacht worden aan een meer flexibele prijs.

