

Voortgangsrapportage Wlz

Inleiding en leeswijzer

De Wet langdurige zorg (Wlz) is anderhalf jaar van kracht. In deze periode heeft de uitvoeringspraktijk van de Wlz een ontwikkeling doorgemaakt. Het totaal aantal cliënten met recht op Wlz-zorg is sinds de invoering van de Wlz nagenoeg gelijk gebleven, maar de samenstelling van de cliëntengroep met een Wlz-aanspraak wijzigt. Groei doet zich voor binnen de cliëntenpopulatie met een hogere zorgzwaarte, waarbij de groei vooral waarneembaar is in de aantallen mensen met een verstandelijke beperking. De extramuralisering van zorg voor mensen met lage zorgzwaarte zet door, waardoor de cliëntenpopulatie met een laag zorgprofiel blijft afnemen. Vanaf 1 januari 2015 heb ik vanuit het project implementatie Wlz eerst stevig ingezet op een zorgvuldige invoering en rechtmatige uitvoering van de Wlz. Op 2 november 2015 heb ik u daarover voor het laatst geïnformeerd in de derde voortgangsrapportage hervorming langdurige zorg¹. Na de afronding van de implementatie van de Wlz komt nu de vernieuwing van de uitvoeringspraktijk van de Wlz centraal te staan. In de brief 'Waardig leven met zorg'² heb ik u geïnformeerd over mijn ambities voor de Wlz.

De brief 'Waardig leven met zorg' schetst een perspectief van vernieuwing waarin centraal staat dat iedereen die is aangewezen op langdurige zorg vanuit de Wlz ongeacht zijn beperking zoveel mogelijk het leven moet kunnen leiden dat hijzelf wil leven. Ik vind het belangrijk dat mensen in een instelling of thuis met intensieve zorg, hun dag zo kunnen blijven invullen dat dit past bij de manier waarop zij in het leven staan. De uitvoering van de wet moet daaraan dienstbaar zijn, meer dan nu het geval is. Dit perspectief van vernieuwing betekent aanpassen van regels en uitvoeringspraktijk bij indicatiestelling, zorginkoop, bekostiging en verantwoording van zorgverlening, zodat de wensen en behoeften van cliënten verder centraal worden gesteld. Belangrijke stappen daartoe zijn inmiddels gezet. Op 14 juni 2016 heb ik u het verslag van het schriftelijk overleg³ gezonden naar aanleiding van de brief 'Waardig leven met zorg' waarin ik uitvoerig ben ingegaan op vragen van uw kamer over het perspectief van vernieuwing van de Wlz.

In deze voortgangsrapportage ga ik in op de stand van zaken in het proces waarin implementatie van de Wlz overgaat naar vernieuwing. Ik ga ook in op de uitwerking van aanvaarde moties en door mij gedane toezeggingen. Bij de indeling van deze voortgangsrapportage gebruik ik de in de brief 'Waardig leven met zorg' beschreven indeling, namelijk: toegang, bekostiging, inkoop en innovatie van zorgverlening. Daarnaast stel ik u op de hoogte van de signalen vanuit monitoring en informatiekkanalen.

I. Toegang tot Wlz-zorg

Om te waarborgen dat de meest kwetsbaren in onze samenleving ook in de toekomst gebruik kunnen maken van de langdurige zorg, is een duidelijke toegang tot de Wlz nodig. Iedereen die dat nodig heeft kan in het huidige stelsel passende zorg ontvangen, al dan niet binnen de Wlz. Het CIZ speelt in deze afbakening tussen stelsels een belangrijke rol als onafhankelijke uitvoerder van de indicatiestelling Wlz op basis van een landelijk uniform afwegingskader.

Via deze rapportage informeer ik u allereerst (a) over de resultaten van indicatiestelling Wlz vanaf de introductie in 2015 tot en met het eerste kwartaal van 2016.

De globaal omschreven Wlz-zorgprofielen bieden ruimte om op basis van een zorgplanbespreking eigen invulling aan de zorg te geven. Zo biedt de Wlz – binnen de geldende kaders – nog meer

¹TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 83

² TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 105

³ TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 131

ruimte voor maatwerk. Waar mogelijk wil ik in de Wlz participatie van naasten stimuleren. Deze informele zorg geldt niet als een vervanging van professionele zorgaanbieders, maar biedt wel ondersteuning om de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden.

Op het gebied van toegang tot Wlz-zorg zijn in de afgelopen periode verschillende stappen gezet. Er zijn stappen gezet richting het maatwerkprofiel (b) en er is uitvoering gegeven aan moties over specifieke doelgroepen waaronder kinderen, LVB-jongeren en complexe problematiek (c). Een doelgroep waarvoor ik nadrukkelijk aandacht heb, betreft de groep van 13.000 Wlz-indiceerbaren. Over de uitvoering van het herindicatietraject en de vangnetconstructie voor de Wlz-indiceerbaren heb ik u op 7 juli met een aparte brief⁴ geïnformeerd.

Via deze voortgangsrapportage informeer ik u tevens over de betrokkenheid van vrijwilligers en mantelzorgers in relatie tot kwaliteit van zorg (d).

a. De resultaten van indicatiestelling Wlz

Bijgevoegd bij deze voortgangsrapportage treft u een bundeling van de kwartaalrapportages van het CIZ over 2015 aan. Het beeld dat naar voren komt uit de verzamelde kwartaalrapportages van het CIZ wordt vooral gekenmerkt door de start van het werken met het nieuwe wettelijke regime (Wlz) en het afronden van het oude systeem (AWBZ). Binnen de Wlz worden andere toegangscriteria gehanteerd dan binnen de AWBZ. Bovendien is gedurende de eerste maanden van 2015 de werkvoorraad van aanvragen in het kader van de AWBZ weggewerkt. Met ingang van 2016 stuur ik u elk kwartaal de (kwartaal)rapportage van het CIZ over de indicatiestelling Wlz toe. Bijgaand treft u de rapportage over het eerste kwartaal van 2016.

In de rapportages gaat het CIZ in op de ontwikkeling van het aantal cliënten met aanspraak op Wlz-zorg. Het CIZ presenteert cijfers waarbij ook de cliënten met toegang tot eerstelijns verblijf (ELV) zijn meegenomen. De 13.000 Wlz-indiceerbaren met een extramurale indicatie zijn niet opgenomen in de cijfers. Op 1 januari 2015 hadden 284.000 cliënten aanspraak op Wlz-zorg. Uit de cijfers in tabel 1 blijkt dat dit aantal op 1 april 2016 nagenoeg ongewijzigd is gebleven.

	1-1-2015	1-4-2015	1-7-2015	1-10-2015	1-1-2016	1-4-2016	Mutatie⁵
Totaal VV	164.600	161.600	160.700	161.100	161.100	160.700	-2,3%
Totaal GHZ	110.700	111.100	111.700	112.800	114.800	116.600	5,3%
Totaal GGZ	9.100	8.800	8.700	8.500	8.400	8.200	-9,6%
Totaal Wlz⁶	284.400	281.500	281.000	282.400	284.300	285.600	0,4%

Tabel 1 (bron CIZ): aantal cliënten met aanspraak op Wlz-zorg (incl. cijfers ELV)

Hoewel het totaal aantal cliënten na de invoering van de Wlz nagenoeg gelijk is gebleven, is de samenstelling van de groep cliënten met een Wlz-aanspraak wel gewijzigd. Te zien is dat door het langer thuis wonen het aantal cliënten met een laag zorgprofiel⁷, vooral in de sector verpleging en verzorging in lijn met de langjarige trend verder afneemt.

Ook is een beperkte daling te zien bij de cliënten met een indicatie voor verblijf met behandeling in de ggz. Vanaf 1 januari 2015 wordt de eerste drie jaar van de opname bekostigd via de Zvw. Daardoor vindt tot en met 2017 geen nieuwe instroom plaats in de GGZ-B profielen.

⁴ TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 133

⁵ De percentages in tabel 1 t/m 3 betreffen de mutaties tussen 1-1-2015 en 1-4-2016.

⁶ De absolute getallen in tabel 1 t/m 3 zijn afgerond op honderdtallen. Door afronding kunnen de totalen afwijken van de som van de onderdelen.

⁷ Lage zcp's: VV 1-2; VG 1-2; ZG 1; LG 1 en 3; GGZ B 1-2

	1-1-2015	1-4-2015	1-7-2015	1-10-2015	1-1-2016	1-4-2016	Mutatie
Laag VV	25.000	24.200	22.400	20.400	18.900	17.400	-30,3%
Laag GHZ	8.600	8.300	8.100	7.900	7.600	7.300	-15,0%
Laag GGZ	100	100	100	100	100	100	0%
Totaal	33.600	32.600	30.600	28.400	26.600	24.800	-26,3%

Tabel 2 (bron CIZ): aantal cliënten met aanspraak op een laag profiel (inclusief ELV, VV3)

Groei doet zich voor bij de cliënten met een hoog zorgprofiel. Te zien is dat de groei zich vooral voordoet in de gehandicaptenzorg. De sterkste groei is zichtbaar vanaf de tweede helft van 2015.

	1-1-2015	1-4-2015	1-7-2015	1-10-2015	1-1-2016	1-4-2016	Mutatie
Hoog VV	139.600	137.400	138.300	140.700	142.200	143.300	2,7%
Hoog GHZ	102.200	102.700	103.500	104.900	107.200	109.300	7,0%
Hoog GGZ	9.000	8.700	8.600	8.400	8.300	8.100	-9,6%
Totaal	250.700	248.800	250.400	254.000	257.700	260.800	4,0%

Tabel 3 (bron CIZ): Aantal cliënten met aanspraak op een hoog profiel (inclusief ELV VV6 en VV10)

Uit de rapportages van het CIZ blijkt dat binnen de gehandicaptenzorg de groei vooral waarneembaar is in de aantallen mensen met een verstandelijke beperking en minder in de zorg voor cliënten met een lichamelijke of zintuiglijke beperking. Een afname is te constateren bij het aantal cliënten tussen 18 en 24 jaar die een LVG-profiel ontvangen. Voorts is te zien dat de groei tussen profielen verschilt. Het is nog te vroeg om dergelijke ontwikkelingen te duiden. In de volgende voortgangsrapportage zal ik nader ingaan op mogelijke verklaringen.

b. stappen richting het maatwerkprofiel

Ik zie het maatwerkprofiel als een middel voor toegang tot passende Wlz-zorg in de thuissituatie. Op 7 april jl. heb ik advies gevraagd aan het Zorginstituut Nederland en de NZa om ter uitvoering van de motie Bergkamp⁸ een maatwerkprofiel te ontwerpen. Een passende bekostigingssystematiek maakt hier deel van uit. In de bijlage treft u een afschrift aan van de adviesaanvraag van VWS aan het Zorginstituut Nederland en de NZa. Hiermee doe ik mijn toezegging gestand die ik tijdens het AO Decentralisatie Wmo/Wlz van 9 september 2015 heb gedaan. Het doel is om de Wlz zorg die mensen thuis ontvangen beter te laten aansluiten bij hun persoonlijke situatie. Bijgaand treft u een rapport aan over de huidige mogelijkheden en knelpunten en de ervaringen van de cliënten rond meerzorg en maatwerk. Het betreft een tussenrapport in het kader van de adviesaanvraag aan het Zorginstituut en de NZa. Ik verwacht het advies dit najaar. Zo spoedig mogelijk na ontvangst van deze advisering zal ik besluiten over de inpassing van het advies in wet- en regelgeving.

Tevens heb ik aangegeven dat ook binnen zorginstellingen of ouderinitiatieven maatwerk mogelijk moet zijn, waarbij de vormgeving van dat maatwerk in de diverse situaties kan verschillen. Hiermee geef ik invulling aan de motie van Dik-Faber c.s.⁹.

c. uitvoering moties over doelgroepen (kinderen, LVB-jongeren en complexe problematiek)

In maart 2016 is de motie van de leden Van Dijk en Bergkamp¹⁰ aangenomen. De motie verzoekt de regering onderzoek te doen naar de ontwikkeling van een apart afwegingskader voor kinderen

⁸ TK 2014 – 2015, 33 891 nr. 169

⁹ TK 2015 – 2016, 34 104 nr. 114

¹⁰ TK 2015 – 2016, 34 104 nr. 119

voor de toegang tot de Wlz, en de Kamer hierover dit jaar te informeren. In samenwerking met de betrokken organisaties werk ik nu een onderzoeksvoorstel uit waarna het onderzoek op korte termijn kan starten. Ik zal de Kamer voor het eind van het jaar informeren over de uitkomsten.

Door uw Kamer is meermalen aandacht gevraagd voor de begeleiding en ondersteuning van kwetsbare jongeren als zij 18 jaar worden. In de moties van de leden Ypma¹¹, Bergkamp en Koser Kaya¹², als Dik-Faber en Voordewind¹³ spreekt uw Kamer zorgen uit over de continuïteit van integrale hulp en ondersteuning aan deze groep jongeren.¹⁴ In de voortgangsrapportage over het nieuwe jeugdstelsel¹⁵ beschrijf ik hoe deze moties worden uitgevoerd. Na verzending van de voortgangsrapportage heeft de VNG de handreiking 'Van 18-min naar 18-plus, handreiking voor gemeenten bij de overgang van jeugd naar volwassenheid' gepubliceerd¹⁶. Het biedt gemeenten praktische handvatten om hun integrale beleid en dienstverlening zo in te richten dat de groep jongeren tussen de 16 en 27 jaar de juiste ondersteuning krijgt bij de voorbereiding op hun toekomst. Het onderzoek waar de motie van de leden Dik-Faber en Voordewind om verzoekt zal nog deze zomer van start gaan. In dat onderzoek wordt het concrete verzoek van de Kamer meegenomen om te verkennen welke mogelijkheden er zijn om hulpverlening te verplichten aan 18-plussers die zulke hulp niet wensen, maar volgens een bepaalde risicotaxatie wel nodig zouden hebben. Ik informeer de Kamer in de volgende rapportage over het nieuwe jeugdstel over de voortgang van het onderzoek.

De afgelopen maanden is tevens een verkenning uitgevoerd door MEE naar passende zorg voor cliënten met complexe problematiek. De uitkomsten van deze verkenning bied ik u bij deze voortgangsrapportage aan. Het rapport gaat over mensen met een complexe zorgvraag waarvoor het soms moeilijk is om passende zorg te krijgen. De problemen bij het vinden van dat passende zorgaanbod zijn nader in kaart gebracht en er is een verkenning uitgevoerd naar oplossingsrichtingen. Daarbij is bekeken hoe de betrokken partijen samenwerken, wat ze weten van de doelgroep en wat de knelpunten en de succesfactoren zijn om wel passende zorg te kunnen bieden. De onderzoeker heeft daarvoor 32 gesprekken gevoerd met 42 vertegenwoordigers van 11 gemeenten, 5 zorgkantoren en 13 MEE-organisaties. Mede op basis van het rapport van de verkenning werkt VWS aan een projectaanpak 'ondersteuning passend zorgaanbod'. In het najaar wordt de Kamer verder over de aanpak geïnformeerd.

In mijn brief van 9 maart 2016¹⁷ heb ik u geïnformeerd over de opzet en planning van de adviesaanvraag over de toekomstige positionering van de zorg en ondersteuning die ADL-clusterbewoners naast de 24 uren ADL-assistentie ontvangen. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat er op de door het onderzoeksbureau uitgezette vragen te weinig respons is gekomen om op basis daarvan een advies op te stellen. Er is meer tijd nodig om de respons te verhogen. Het

¹¹ TK 2015 – 2016, 34 300, nr. 110

¹² TK 2015 – 2016, 31 839, nr. 492

¹³ TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 113

¹⁴ De motie van de leden Bergkamp en Koser Kaya verzoekt de regering integraal, met diverse departementen en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), met een verbeterplan te komen voor jongeren die geen opleiding volgen en geen inkomen en/of vast woonadres hebben. De motie van het lid Ypma benadrukt het belang van een actieplan waarin plannen voor huisvesting, financiën en scholing worden opgenomen. En de motie van de leden Dik-Faber en Voordewind verzoekt de regering onderzoek te doen naar de inhoudelijke aansluiting tussen de verschillende wetgeving, waar de groep van 18 tot 23 jaar met een beperking mee te maken heeft.

¹⁵ TK 2015 – 2016, 31 839, nr. 524

¹⁶ https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160613_handreiking_van_18_min_naar_18_plus_definitief.pdf

¹⁷ TK 2015 – 2016, 34 104, nr. 111

Zorginstituut heeft aangegeven dat zij daardoor niet in staat zijn om in september een gedegen advies aan te leveren, maar naar verwachting in november. Vervolgens zal ik me inspannen om dit advies snel en voorzien van een beleidsreactie aan uw Kamer aan te bieden.

d. Betrokkenheid vrijwilligers en mantelzorgers en kwaliteit van zorg

Tijdens de plenaire behandeling van de Wlz zijn vragen gesteld over de invloed van vrijwilligers en mantelzorgers op de kwaliteit van zorg. Ik heb toegezegd dit nader te onderzoeken en u hierover te informeren. Onlangs zond ik u het Vilans rapport 'Grenzen verkennen. Wettelijke en juridische aspecten in samenspel tussen informele en formele zorg'¹⁸. Met de toezending van dit rapport heb ik uitvoering gegeven aan deze toezegging.

Het Vilans rapport beschrijft dat vergroten van zelfredzaamheid en het verstevigen van onderlinge betrokkenheid bijdraagt aan een toename van de kwaliteit van leven. Ook informele zorg speelt hierin een belangrijke rol. Om dit te realiseren is volgens Vilans een goede samenwerking tussen informele- en formele zorg essentieel. De samenwerking tussen de zorgaanbieder, de zorgvrager en zijn netwerk staat hierbij centraal.

II. Bekostiging binnen de Wlz

Ik wil verdere stappen zetten om de bekostiging van zorg in de Wlz zo in te richten dat de cliënt maximale ruimte krijgt om zorg te ontvangen die aansluit bij de manier waarop hij of zij in het leven staat. Om die reden moet de bekostiging in de Wlz de persoon gaan volgen. De zorgvrager kiest dan voor de aanbieder die het beste bij hem past. Dit kan in een instelling zijn, maar ook thuis. Hierbij wil ik de mogelijkheden om te kiezen voor de aanbieder van eerste voorkeur vergroten. Hieronder licht ik de ontwikkelingen op het gebied van de bekostiging van zorg toe. Ik beschrijf daarbij achtereenvolgens eerst de ontwikkelingen binnen de leveringsvormen verblijf met zzp, volledig pakket thuis, modulair pakket thuis en persoonsgebonden budget in de Wlz. Daarna ga ik specifiek in op de ontwikkelingen rond de bekostiging van woningaanpassingen en hulpmiddelen en de bekostiging van verpleegzorg bij cliënten met een Wlz-indicatie.

A. Ontwikkelingen binnen de zzp-systematiek

In de brief 'Waardig leven met zorg' heb ik aangegeven dat ik de NZa onderzoek zal laten doen naar de zorgprofielen en daaraan gekoppelde kosten. Doel is ervoor te zorgen dat de grote variëteit aan zorgvragen van mensen die zorg thuis of in een instelling ontvangen goed worden weerspiegeld in de zorgprofielen en in de bekostiging. In dit onderzoek neem ik ook de mogelijkheid van een bekostigingscomponent voor innovatie mee. De adviesaanvraag hiertoe heb ik in overleg met betrokken partijen opgesteld en stuur ik in de zomer aan de NZa.

B. Ontwikkelingen binnen het volledig pakket thuis en modulair pakket thuis

Ik vind het van groot belang dat veranderingen in de zorgbehoefte niet onnodig dwingen tot veranderingen in de woonsituatie: wie doelmatig en verantwoord thuis kan blijven wonen, moet daarvoor de ruimte krijgen. Het pgb, het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt) kunnen hierbij een centrale rol spelen. Sinds de start van de Wlz heeft het aantal cliënten met vpt een groei doorgemaakt van 5.900 cliënten op 1 april 2015 naar 7.150 per 1 april 2016. Bij vpt huurt de cliënt zijn woonruimte zodat hij eigen keuzes op het gebied van wonen kan combineren met eigen keuzes op het gebied van zorg. Ik vind dat een goede ontwikkeling in de Wlz. Ik zet dan ook in op de verdere doorontwikkeling van het vpt en mpt tot volwaardige financieringsvormen.

De NZa heeft Gupta Statagists gevraagd een verkennend onderzoek te doen naar bekostigingsmodellen voor het mpt. Hier is op 18 januari 2016 het rapport 'Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis' uit voortgekomen. In het kader van het onderzoek is gesproken met (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders. De meerderheid is positief over de flexibiliteit en keuzevrijheid die het mpt kan bieden. De cliënt kan

¹⁸ Vilans (2016): <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/grenzen-verkennen-samenspel-informele-formele-zorg.pdf>

indien gewenst met het mpt zorg in natura afnemen bij verschillende aanbieders. Ook kan de cliënt het mpt combineren met een pgb.

Ik heb daarom een aantal maatregelen genomen die de verdere ontwikkeling van het mpt en het vpt tot volwaardige leveringsvormen stimuleren:

- b1. huishoudelijke hulp vanaf 2017 onderdeel van het mpt;
- b2. verbeteren communicatie en voorlichting over mpt en vpt;
- b3. advisering NZa over doorontwikkeling mpt en vpt;
- b4. ontwikkelen en toepassing toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis;
- b5. onderzoek naar eigen bijdragen bij het mpt.

b1. Huishoudelijke hulp vanaf 2017 onderdeel van het mpt

In 2016 wordt voor cliënten met een mpt het schoonhouden van het huis nog vanuit de Wmo door de gemeenten geleverd en bekostigd. Ik heb onlangs in een bestuurlijk overleg met de VNG afgesproken dat, in lijn met de bedoeling van de Wlz, met ingang van 2017 het schoonhouden van het huis onderdeel gaat uitmaken van het mpt (net zoals dat al gold voor alle andere leveringsvormen). Alle partijen bereiden zich voor op deze overheveling per 2017. Doordat alle zorg en ondersteuning vanuit één domein wordt geleverd, ontstaat voor de cliënt meer ruimte om keuzes te maken over de persoonlijke invulling. De ene cliënt zal graag wat meer ondersteuning willen bij het schoonhouden van het huis, terwijl een ander meer behoefte heeft aan persoonlijke verzorging of begeleiding. Het bedrag dat beschikbaar is voor het mpt is afgeleid van het pgb-budget.

b2. inzet op goede voorlichting over mpt en vpt

Tijdens het AO Wlz van 3 maart 2016 heb ik toegezegd om de communicatie en voorlichting over de leveringsvormen mpt en vpt te verbeteren. Het rapport van Gupta onderschrijft dat een betere cliëntondersteuning en meer bekendheid van het mpt de toegankelijkheid ervan kan vergroten. Ik heb een subsidie verstrekt aan de NPCF, Ieder(in) en het Landelijk Platform GGZ om gezamenlijk inzicht te verschaffen in de routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning van cliënten binnen de langdurige zorg. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten zullen zij en hun naasten goed geïnformeerd moeten zijn en ondersteund moeten worden over de mogelijkheden die de Wlz biedt op het gebied van zorg in natura met verblijf, zorg in natura zonder verblijf met mpt of vpt en zorg vanuit het pgb. Hiermee geef ik invulling aan mijn toezegging. Het rapport van de NPCF, Iederin en IpGGZ verwacht ik voor het einde van het jaar. Daarna zal ik u via de voortgangsrapportage informeren.

b3. advisering NZa over doorontwikkeling mpt en vpt

De NZa zal het verkennende onderzoek van Gupta meenemen als onderdeel van het reguliere onderhoud van de mpt-bekostiging. Voor de langere termijn zal de NZa een verbinding leggen met de advisering over het maatwerkprofiel en over de functie behandeling. Ik verwacht dat met de adviezen van de NZa en Zorginstituut over het maatwerkprofiel ook meer duidelijkheid wordt gegeven over de wijze waarop het mpt in de toekomst vorm kan worden gegeven.

Voor wat betreft het vpt heb ik gemerkt dat er een verschil is in de wijze waarop het vpt in de wet omschreven staat (als een integraal pakket aan zorg thuis geleverd *door of onder verantwoordelijkheid van één zorginstelling*) en de huidige praktijk waarin de dagbesteding en de behandeling vaak (net als binnen instellingen) door een andere zorginstelling worden geleverd. De bedoeling van de formulering in de wet is vooral geweest om het verschil te duiden met het mpt waarbij voor iedere functie (ook voor de persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding, huishoudelijke hulp) meerdere aanbieders delen van de zorg kunnen leveren en waarbij veel cliënten er ook voor kiezen om niet alles wat mogelijk is ook daadwerkelijk af te nemen. In de praktijk blijkt het leveren van de dagbesteding of de behandeling van het vpt door andere aanbieders niet tot problemen te leiden. Dat bevordert de keuzevrijheid van de cliënt die daarmee meer zeggenschap heeft over de keuze voor de dagbesteding en de behandelaar. De NZa-beleidsregels sluiten aan op de praktijk. Ik wil op dit moment niet ingrijpen in de huidige uitvoeringspraktijk van het vpt. Op een later moment wil ik op basis van de nog te ontvangen

adviezen van het Zorginstituut over behandeling en het gezamenlijke advies van de NZa en het Zorginstituut over het maatwerkprofiel keuzes maken over de vormgeving van de zorg in de thuissituatie. Indien noodzakelijk zal ik op een later moment uw Kamer voorstellen de wet aan te passen aan de bestaande (en gewenste) praktijk.

b4. Ontwikkeling en toepassing toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis

Bij de inzet van het mpt is een belangrijk uitgangspunt dat wie doelmatig en verantwoord thuis kan blijven wonen, daarvoor de ruimte moet krijgen. Zorgkantoren werken daarom sinds 2015 met een 'toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis'¹⁹ om te bepalen of zorg in de thuissituatie op een verantwoorde en doelmatige manier kan plaats vinden. Voor 2015 en 2016 is daarbij als werkwijze gehanteerd dat zorgkantoren voor cliënten die al vóór 2015 zorg ontvingen niet actief toetsen of de zorg wel doelmatig geleverd kan worden. Alleen bij een gewijzigde zorgvraag wordt bij deze cliënten de inzet getoetst aan het doelmatigheidscriterium. Voor 2017 en latere jaren wordt deze werkwijze gecontinueerd. Alleen voor nieuwe aanvragers van Wlz-zorg en cliënten met een gewijzigde zorgvraag wordt het toetsingskader gebruikt.

b5. Onderzoek naar eigen bijdrage bij het mpt

Naar aanleiding van signalen van cliëntorganisaties over de eigen bijdrage bij het mpt ben ik een onderzoek gestart. De signalen betreffen vooral de omvang van de eigen bijdrage bij een laag daadwerkelijk zorggebruik binnen het mpt. Ik wil in het onderzoek duidelijkheid krijgen over de omvang van de ervaren problemen en de oplossingen die hiervoor voorhanden zijn. Voor het eind van 2016 zal ik dit onderzoek afronden en zal ik uw Kamer informeren. .

C. Ontwikkelingen binnen het persoonsgebonden budget Wlz

c1. Doorlooptijden toekenning pgb

Zoals dit voorjaar aan uw Kamer is toegezegd kom ik hierbij terug op de doorlooptijden bij de toekenning van een pgb-Wlz. De afgelopen jaren zijn, na indicatiestelling, een aantal belangrijke waarborgen en controles ingevoerd voor toekenning van het pgb. Zorgkantoren beoordelen een aanvrager in persoon of hij aan de voorwaarden voldoet en of de voorgenomen bestedingen rechtmatig zijn. Het eerste vindt plaats aan de hand van een aanvraagformulier, budgetplan en een bewustekeuzegesprek. Het tweede vindt plaats via zorgbeschrijvingen bij zorgovereenkomsten.

Voor zowel de controle van een pgb-aanvraag als van een zorgovereenkomst staat formeel acht weken. Zoals ik al eerder aan uw Kamer heb aangegeven, verwacht ik van zorgkantoren dat ze de doorlooptijden zo kort mogelijk houden. Zorg moet na indicatiestelling snel beschikbaar zijn. Doordat de doorlooptijden nu in een aantal gevallen oploopt kunnen budgethouders pas later starten met zorg of het betalen van de zorgverlener bij zorg die gecontinueerd wordt.

Ik heb bij zorgkantoren informatie over de doorlooptijden opgevraagd. In een aantal gevallen lopen de doorlooptijden op, ook voorbij de wettelijke normen. De oorzaken hiervan zijn divers. De processen zijn nieuw en nog niet optimaal ingericht. Door een veel groter aantal aanvragen pgb-Wlz dan waar rekening mee werd gehouden was de capaciteit bij zorgkantoren onvoldoende. Dat is inmiddels meer op orde. Daarnaast komt naar voren dat veel aanvragers van het pgb de benodigde papieren (aanvraagformulier, budgetplan, zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen) laat, onvolledig en onjuist invullen. Nagegaan wordt of dit voorkomen kan worden door de informatie hierover te verbeteren. Het kan zijn dat het zorgkantoor concludeert dat een gewaarborgde hulp noodzakelijk is. Dat betekent dat de budgethouder op zoek moet naar iemand die de rol van gewaarborgde hulp kan en wil vervullen, en dat vertraagt.

¹⁹ Het toetsingskader 'doelmatige en verantwoorde zorg thuis' is opgenomen in het voorschrift zorgtoewijzing Wlz van ZN. Dit voorschrift is te vinden op:

<https://www.zn.nl/336986125/Publicaties?folderid=339214376&title=Inkoopkader+langdurige+zorg>

Om de urgente zaken op korte termijn aan te pakken hebben de zorgkantoren met de cliëntorganisaties werkafspraken gemaakt. Op basis van concrete casussen wordt geïnventariseerd of er sprake is van een doorlooptijd die de wettelijke termijnen overschrijdt waarbij dusdanige problemen ontstaan dat er op korte termijn een oplossing moet worden gevonden. De zorgkantoren, cliëntenorganisaties en VWS zullen de signalen gezamenlijk bespreken om te onderzoeken waar de knelpunten zitten en hoe te komen tot een structurele oplossing. Dit overleg zetten we de komende tijd voort en ik zal uw Kamer informeren over de voortgang.

c2. Pgb-aanbieders gecontracteerd door zorgkantoren

Het lid Leijten heeft gevraagd hoe zorg in natura beter kan worden toegespitst op kwetsbare personen die nu nog een pgb ontvangen. Zoals in de brief Waardig leven met zorg is aangegeven streef ik ernaar om voor kleinschalige zorgaanbieders de omzetting van pgb-financiering naar financiering op basis van zorg in natura te vereenvoudigen. Op 9 juni jl. hebben VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Branchevereniging Kleinschalige Zorg een bijeenkomst georganiseerd over de toegankelijkheid van kleinschalige zorg. De bijeenkomst was bedoeld voor zorgkantoren, cliëntorganisaties en (kleinschalige) pgb-aanbieders die overwogen om de zorg in natura aan te gaan bieden. In de bijeenkomst zijn goede voorbeelden uitgewisseld en knelpunten besproken die komende periode in beleid zullen worden uitgewerkt. Het gaat daarbij vooral om vragen over de toegangseisen en verantwoordingseisen die met het verlenen van zorg in natura samenhangen.

De eerste stap is inmiddels gezet door de zorgkantoren. In het landelijk inkoopkader Wlz 2017 is dit onderwerp expliciet vermeld. Zorgkantoren nodigen pgb-aanbieders uit om voor 2017 een offerte in te dienen en daarover in gesprek te gaan. In het najaar zie ik in overleg met IGZ, ZN en de Branchevereniging voor Kleinschalige Zorgaanbieders (BVKZ) in hoeverre de drempels met betrekking tot verantwoording en toetreding kunnen worden beperkt.

c3. Stand van zaken uitstaande vorderingen pgb-AWBZ

Uit de brief van de NZa van 24 juni 2015 blijkt dat het saldo aan uitstaande vorderingen op 31 december 2014 € 184,5 miljoen bedroeg. Vanwege deze uitstaande vorderingen heeft het Zorginstituut de aan de zorgkantoren voor 2014 verleende subsidie voor het pgb-AWBZ slechts voorlopig vastgesteld. Zorgkantoren hebben eind juni jl. wederom een voorlopige aanvraag voor de subsidievaststelling 2014 ingediend bij het Zorginstituut. Met het oog op onder meer een ordentelijke afwikkeling van deze oninbare vorderingen wordt een definitieve vaststelling van de AWBZ-rgb's voorzien uiterlijk per 2020. Dat betekent dat tot die tijd oude vorderingen en verplichtingen onder de AWBZ kunnen worden afgewikkeld.

c4. Ontwikkelingen persoonlijke assistentie

Persoonlijke assistentie is een persoonvolgende financiering (rgb) voor een zeer kleine groep volwassen cliënten met een zware lichamelijke handicap die volledig de regie heeft over het eigen leven, maar vanuit medisch oogpunt is aangewezen op 24 uur toezicht of zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Ik ben voornemens de huidige financiering van persoonlijke assistentie op twee punten aan te passen.

De Kamer heeft verzocht te bezien of meer maatwerk kan worden toegepast bij de vaststelling van het budget indien de aanvrager samenwoont met een echtgenoot. Het bedrag dat het zorgkantoor in dit geval vaststelt is in de Regeling langdurige zorg (Rlz) vastgesteld op tweederde deel van het budget van een alleenstaande. Eerder had het Kamerlid Otwin van Dijk (PvdA) hierover al vragen gesteld²⁰. Ik acht het van belang dat het noodzakelijke toezicht ook wordt geborgd als de partner maar beperkt in staat is het toezicht over te nemen. Daarom heb ik – in overleg met de zorgkantoren – besloten het maximumbudget van een cliënt met partner gelijk te stellen aan dat van de alleenstaande. Hiervoor pas ik de Rlz aan. Hiermee voorkom ik op korte termijn knelpunten. Bij de vormgeving van het maatwerkprofiel zie ik in hoeverre de sociale context van de

²⁰ TK 2014 – 2015, nr. 3268

individuele cliënt en de mogelijkheden van de partner kunnen worden meegewogen bij de vaststelling van het bedrag. Momenteel zijn er hiervoor echter geen passende criteria voorhanden.

Een tweede aanpassing van de Rlz betreft de uitbreiding van het aantal zorgprofielen dat toegang kan geven tot persoonlijke assistentie. Er zijn cliënten die nu een indicatie hebben die geen toegang geeft tot persoonlijke assistentie, terwijl persoonlijke assistentie wel aangewezen is om levensbedreigende situaties te voorkomen. Om deze reden heb ik besloten toegang tot persoonlijke assistentie per 1 januari 2016 ook mogelijk te maken bij een zorgprofiel LG6, VV7 of VV8.

D. Bekostiging woningaanpassingen en hulpmiddelen

In de Wlz is opgenomen dat ook de woningaanpassingen en de mobiliteitshulpmiddelen door de Wlz-uitvoerders worden aangeboden aan Wlz-gerechtigden. Op dit moment worden deze woningaanpassingen en hulpmiddelen echter nog door de gemeenten verstrekt. Medio 2015 is met de betrokken partijen (ZN, VNG) verkend of overheveling van woningaanpassingen en hulpmiddelen voor Wlz-gerechtigden op een verantwoorde wijze kan plaats vinden. Daarbij is voor mij vooral de continuïteit van zorg aan cliënten van belang.

Op 23 september 2015 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de afspraken die zijn voortgekomen uit het bestuurlijk overleg met VNG²¹. Uit het daarbij besproken onderzoek van HHM bleek dat overheveling van deze taak op 1 januari 2016 niet mogelijk was. Daarbij speelt ondermeer een rol dat de betreffende doelgroep niet eenduidig door de gemeenten wordt geregistreerd, zodat de omvang van de doelgroep en de daarmee samenhangende over te hevelen bedragen niet konden worden bepaald. Begin 2016 is vervolgonderzoek gestart waarin wordt nagegaan op welke termijn de overheveling wel op verantwoorde wijze kan plaatsvinden. Uit de voorlopige resultaten van dit onderzoek blijkt dat ook overgang in 2017 niet mogelijk is, omdat processen bij het zorgkantoor nog niet zijn ingeregeld en de omvang van de doelgroep via een aparte uitvraag bij de individuele gemeenten moet worden achterhaald.

In uw Kamer is de motie van de leden Otwin van Dijk en Van Weyenberg²² aangenomen die de regering verzoekt om "onderzoek te doen of de overheveling van woningaanpassingen, hulpmiddelen en huishoudelijke hulp vanuit het perspectief van de cliënten die de overheveling treft, wenselijk is of dat afstel van de overheveling noodzakelijk is, en de Kamer in 2016 hierover te informeren". Om invulling te geven aan deze motie, zal ik naast het bovengenoemd onderzoek een inhoudelijke analyse toevoegen zodat alle informatie in het najaar beschikbaar is. Vervolgens zal ik een standpunt formuleren, dat in een bestuurlijk overleg met VNG en ZN in november 2016 kan worden besproken. Daarna informeer ik de Tweede Kamer eind 2016 over mijn standpunt.

E. Afbakening verpleegzorg bij cliënten met een Wlz-indicatie

Afbakening MSVT zorg Wlz-cliënt binnen de Wlz en de Zvw

Het Zorginstituut adviseert over de inhoud van het verzekerde pakket in de Wlz en de Zvw. Zij brengt ook standpunten uit als nadere toelichting op de aanspraken in het verzekerde pakket. Medio 2015 heeft het Zorginstituut een standpunt uitgebracht over de afbakening tussen de Wlz en de Zvw, bij de aanspraak op verpleging voor cliënten met een Wlz-indicatie. Het gaat hierbij vooral om verpleging in het kader van Medische Specialistische Verpleging Thuis (MSVT). Volgens het standpunt²³ valt nagenoeg alle verpleging aan mensen met een Wlz-indicatie onder de Wlz. Dit is anders dan de afbakening zoals deze tussen de AWBZ en de Zvw was en is tevens anders dan de

²¹ TK 2015 – 2016, 34 104 nr. 73

²² TK 2015 – 2016, 34 279 nr. 20

²³ ZIN: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2016/1603-standpunt-verpleging-wlz-en-zvw/Standpunt+Verpleging+Wlz+en+Zvw.pdf>

huidige uitvoeringspraktijk. In overleg met diverse partijen zal ik de komende tijd verder werken om de afbakening per 1 januari 2018 in te laten gaan.

Trombosezorg voor Wlz-cliënt in een zorginstelling vanuit de Wlz

Het Zorginstituut heeft op 31 maart 2016 bovendien een standpunt uitgebracht rondom trombosezorg²⁴. Er is vastgesteld dat trombosezorg – voor een Wlz-cliënt die in een zorginstelling verblijft en daar behandeling ontvangt – onder de Wlz valt. Dit is een verandering in vergelijking met de huidige situatie, waarbij alle trombosezorg onder de Zvw valt. Dit betekent dat de bekostiging van trombosezorg bij verblijf en behandeling door dezelfde zorginstelling overgeheveld moet worden van de Zvw naar de Wlz. De NZa is op mijn verzoek bezig hiervoor de bekostiging aan te passen. Met ingang van 1 januari 2018 zal deze zorg onder de Wlz vallen.

III. Inkoop van Wlz-zorg

Met deze voortgangsrapportage stel ik u op de hoogte van de eerste stappen die voor 2017 zijn gezet gericht op persoonsgerichte inkoop van Wlz-zorg. Ik informeer u ook over veranderingen voor zorgvormen die in 2016 (nog) zijn ingekocht via Wlz-subsidieregelingen. Tenslotte ga ik in op een toezegging aan uw Kamer om het gebruik van kwaliteitskeurmerken door zorgkantoren te inventariseren. Ik ga achtereenvolgens in op:

- a. Vernieuwing in het landelijk inkoopkader Wlz 2017;*
- b. Experiment persoonsvolgende bekostiging;*
- c. Beëindiging subsidieregeling orthocommunicatieve behandeling van autisme;*
- d. Inventarisatie gebruik kwaliteitskeurmerken bij zorginkoop;*
- e. Meerjarige aanwijzing van de zorgkantoren.*
- f. Positie van kleine zorgorganisaties*

ad a. Vernieuwing in het landelijk inkoopkader Wlz

Onlangs heeft Zorgverzekeraars Nederland het inkoopkader voor de Wlz voor 2017 gepubliceerd. Zorgkantoren willen werk maken van meer keuzevrijheid en maatwerk voor de cliënt. Concreet hebben zorgkantoren een belangrijke rol bij drie acties uit de brief 'Waardig leven met zorg'.

In het landelijk inkoopkader Wlz 2017 zijn ten eerste afspraken opgenomen over informatievoorziening aan cliënten. Zorgkantoren maken op hun internetsites de voor cliënten relevante onderdelen van hun inkoopbeleid in begrijpelijk Nederlands openbaar. Zorgkantoren verzoeken zorgaanbieders om hun cliënten en vertegenwoordigers actief naar deze informatie te verwijzen. Bovendien is afgesproken dat zorgaanbieders de uitkomsten van de cliëntervaringsmeting, in samenspraak met de cliëntenraad en/of cliëntorganisaties, op locatieniveau voor cliënten inzichtelijk maken. Deze uitkomsten worden voorzien van de belangrijkste overeengekomen acties over kwaliteitsverbetering voor cliënten.

Tot slot is in het landelijk inkoopkader Wlz 2017 opgenomen dat zorgkantoren bereid zijn om meerjarige overeenkomsten te sluiten. Deze afspraken beperken zich niet alleen tot aanbieders die specialistische zorg bieden maar gelden voor alle zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen.

ad b. Experiment persoonsvolgende bekostiging

In mijn brief 'Waardig leven met zorg' heb ik aangegeven dat voor mensen die levenslang zijn aangewezen op langdurige zorg, de zorg zich moet aanpassen aan hun leven en niet andersom. Dit betekent dat mensen (met hulp van hun omgeving) zelf moeten kunnen bepalen waar zij wonen, wie hen verzorgt en wanneer dat gebeurt. Om te zorgen dat er in praktijk invulling gegeven wordt aan de doelen van de Wlz heb ik aangegeven dat cliënten substantieel meer (financiële) zeggenschap moeten krijgen over de ondersteuning en zorg in hun leven (thuis of in andere woonvormen), dat er meer ruimte moet komen voor innovatieve zorgaanbieders en dat er meer ruimte moet komen voor technologische innovaties.

²⁴ ZIN: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2016/1603-trombosezorg-bij-verblijf-in-een-instelling-en-behandeling-door-dezelfde-instelling/Trombosezorg+bij+verblijf+in+een+instelling+en+behandeling+door+dezelfde+instelling.pdf>

Een van de acties die ik in mijn brief Waardig leven met zorg heb aangekondigd betreft het experimenteren met persoonsvolgende bekostiging. Om de keuzemogelijkheden van mensen te vergroten en innovatie die aansluit bij de wensen en behoeften van mensen te stimuleren starten de regio's Zuid-Limburg (ouderenzorg) en Rotterdam (gehandicaptenzorg) met ingang van 2017 een experiment met persoonsvolgende inkoop. Binnen dit experiment trekken zorgkantoren, zorgaanbieders, cliëntvertegenwoordigers en het ministerie samen op. Met de IGZ zijn goede afspraken gemaakt over de bewaking van de kwaliteit van zorg binnen het experiment. Het experiment zorgt er voor dat mensen in die regio's meer vrijheid hebben om de zorg af te nemen bij de aanbieder van hun eigen keuze en meer zeggenschap krijgen over de geleverde zorg. Zorgkantoren maken vooraf geen afspraken meer met zorgaanbieders waar en hoeveel zorg wordt afgenomen. Zorgaanbieders krijgen voor elke cliënt die voor hen kiest en aan wie zij zorg leveren een vergoeding. Het geld volgt de keuze van de cliënt, niet andersom. Mensen worden door het zorgkantoor, cliëntenorganisaties en zorgaanbieders beter voorgelicht en ondersteund bij het maken van hun keuzes en bij het vormgeven van het zorgarrangement dat het beste bij hun manier van leven past. Daarbij spelen ook onafhankelijke cliëntondersteuners een grote rol. Over de vormgeving van deze experimenten heb ik u op 10 juni jl. per brief²⁵ geïnformeerd. De bestuurlijke afspraken die met betrokken partijen over de experimenten zijn gemaakt zijn vastgelegd in deze brief.

Ook in het kader van "Waardigheid en trots" wordt geëxperimenteerd met persoonsvolgende bekostiging. In mei 2015 hebben alle verpleeghuizen in Nederland een oproep ontvangen om in overleg met de cliëntenraad en de verpleegkundige adviesraad een voorstel in te dienen waaruit blijkt hoe zij best practice willen worden. Er zijn ruim 150 zorgaanbieders met circa 670 locaties geselecteerd. Dit zijn de instellingen die de handschoen hebben opgepakt om best practice te willen worden. Een belangrijk deel van het werkt langs verschillende wegen aan persoonsvolgende bekostiging. Hun doel is betere kwaliteit van zorg realiseren, door een versterking van de positie van de cliënt en professional. De zorgverleners willen de positie van de cliënt versterken door meer zeggenschap te geven over de middelen die voor hem / haar beschikbaar zijn. Op 4 juli 2016 heb ik u een voortgangsrapportage over 'Waardigheid en Trots' gezonden (TK 2015-2016 31 765 nr. 215). Een van de bijlagen betrof de 'Voortgangsrapportage ruimte voor verpleeghuizen'. Korthedshalve verwijs ik daarnaar.

Ad c. Beëindiging subsidieregeling orthocommunicatieve behandeling autisme

Met een wijziging van de Wet langdurige zorg²⁶ is met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 een tijdelijke grondslag in de wet opgenomen om subsidie te verlenen voor orthocommunicatieve behandeling van autisme. Bij de wetsbehandeling in maart heb ik toegezegd de Tweede Kamer te informeren over de afbouw van de subsidieregeling en specifiek over de overdracht van verblijfscliënten van Kentalis. Hierbij kom ik deze toezegging na.

De reden dat de subsidieregeling wordt afgebouwd, is dat het gaat om het collectief financieren van niet bewezen effectieve zorg. Kentalis heeft vanaf 26 oktober 2015 geen nieuwe cliënten meer in zorg genomen. Het betreft zorg in de regio Eindhoven aan zowel kinderen (75%) als jongeren boven de 18 jaar (25%). Medio mei 2016 ontvingen nog circa 100 cliënten dit aanbod van Kentalis, waarvan bijna 40 cliënten in combinatie met verblijf. De ruim 60 resterende cliënten met ambulante behandeling ronden hun behandeling bij Kentalis af voor 31 december 2016.

De overdracht van bestaande cliënten die op verblijf zijn aangewezen is per 1 juli afgerond. Cliënten zijn overgedragen naar reguliere aanbieders in de GGZ, te weten GGZ Eindhoven, Zorgverlening-PGZ, Futuris en Zorgokee. De betrokken partijen hebben medewerkers van Kentalis binnen hun organisatie aangenomen. Motivatie voor het aannemen van deze medewerkers was het continueren van zorg voor de cliënten en overdracht van de kennis en expertise over communicatie bij cliënten met autisme.

²⁵ TK 2015 - 2016, 34 104, nr. 129

²⁶ EK 2015-2016, 34 279, C

De gemeente Eindhoven is direct betrokken geweest bij deze overdracht door met deze vier aanbieders overeenkomsten te sluiten. Voor wat betreft de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet zijn zorgverzekeraars de inkoopende partij. Ten behoeve van de overdracht wordt vanaf 2017 het vrijvallende budget van orthocommunicatieve behandeling van autisme (vanaf 2017: € 7,8 miljoen) naar rato toegevoegd aan het deel Jeugdhulp van de integratie-uitkering Sociaal Domein (voor 75%) en aan het budget voor de volwassen GGZ in de Zorgverzekeringswet (voor 25%).

Ad d. Inventarisatie gebruik kwaliteitskeurmerken bij zorginkoop

Tijdens het Algemeen overleg Wlz van 3 maart 2016 heb ik toegezegd om bij de zorgkantoren te inventariseren welke kwaliteitskeurmerken zij eisen van aanbieders. Uit deze inventarisatie blijkt dat zorgkantoren geen specifieke kwaliteitskeurmerken eisen. Wel moeten aanbieders verklaren dat zij een kwaliteitssysteem hebben dat in ieder geval als onderdeel heeft dat er een onafhankelijke externe toetsing plaatsvindt. Aanbieders zijn daarmee dus vrij in de keuze voor een kwaliteitssysteem. Dit leidt in de praktijk echter wel tot het gebruik van verschillende keurmerken door verschillende aanbieders.

Voor mij staat voorop dat een werkend sectoraal kwaliteitskader, waarin kwaliteit door de ogen van de cliënt wordt beoordeeld en transparant gemaakt en waarbij onafhankelijke beoordeling plaatsvindt, leidend zou moeten zijn bij de zorginkoop. Hiermee worden onnodige administratieve lasten als gevolg van het gebruik van verschillende kwaliteitskeurmerken voorkomen.

Met betrekking tot de ouderenzorg geldt dat als onderdeel van 'Waardigheid en Trots' een nieuw kwaliteitskader wordt ontwikkeld. Hierbij wordt de overstap gemaakt van een technische manier om kwaliteit in beeld brengen naar kwaliteit door de ogen van de cliënt. Het gaat niet om de vraag hoe we alle aspecten van kwaliteit kunnen meten, maar over de vraag of de zorgaanbieder heeft nagedacht over de onderdelen die het kwaliteitskader benoemt als van belang voor kwaliteit, over de vraag hoe de zorgaanbieder dit in een cyclus heeft vormgegeven en op welke manier hij kwaliteit in de governance een plek geeft door het gesprek te voeren met cliëntenraad, ondernemingsraad, VAR en andere partijen. Daarmee wordt dit kwaliteitskader een ander instrument dan de indicatorenset zoals tot voor kort gebruikt in de sector, namelijk een middel om het gesprek te voeren. Wel wordt de basisveiligheid en het transparant maken op locatieniveau onderdeel van het Kwaliteitskader. De zorgkantoren zijn hier overigens nadrukkelijk op aangesloten. Bij de inkoop 2017 stellen zij borging van basisveiligheid door de zorgaanbieders centraal.

Het nieuwe kwaliteitskader voor de ouderenzorg wordt uitgewerkt door een werkgroep bestaande uit ActiZ, BTN, V&VN, Verenso en de NPCF. Genoemde werkgroep heeft inmiddels een zogenaamd consultatieversie van het nieuwe Kwaliteitskader opgesteld. De leden van de werkgroep bespreken de consultatieversie van het nieuwe kwaliteitskader de komende periode met andere stakeholders en hun achterban. Daarnaast wordt het Kwaliteitskader in de praktijk bij zorginstellingen getoetst door er pilots mee uit te voeren. Doelstelling is dat op 1 oktober a.s. de definitieve versie van het Kwaliteitskader aan het Zorginstituut wordt aangeboden ter opname in het Register. In deze finale versie van het kwaliteitskader zal zijn aangegeven welke instrumenten om kwaliteit in beeld te brengen en te verantwoorden passen dit kader. Daarbij zijn keurmerken e.d. niet langer noodzakelijk.

Wat betreft de sector gehandicaptenzorg is het beeld als volgt. De zorgkantoren hebben in hun inkoopkader 2017 aangegeven dat het kwaliteitskader gehandicaptenzorg op termijn als alternatief voor een kwaliteitssysteem, zoals genoemd in de bestuursverklaring, wordt beschouwd. De zorgkantoren stellen daarbij als voorwaarde dat in de opzet van de visitatie binnen het kwaliteitskader de kwaliteit en onafhankelijkheid voldoende geborgd wordt. Hierover zijn de zorgkantoren met de VGN in gesprek. Daarnaast merk ik op dat de VGN in 2016 een aantal proeftuinen is gestart rond het vernieuwde kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Voor deelnemers aan de proeftuinen kwaliteitskader gehandicaptenzorg geldt dat zij overeenkomstig het Inkoopkader langdurige zorg 2017 (Gehandicaptenzorg) door de zorgkantoren zijn vrijgesteld voor de aanlevering van kwaliteitsgegevens. Concreet voor 2017 betekent dit dat de zorgaanbieders die

deelnemen in de proeftuinen 2016 en per 2017 visiteren op het kwaliteitskader gehandicaptenzorg hiermee aan de eis tot een landelijk erkend kwaliteitssysteem met onafhankelijke toetsing voldoen.

Ad e. Meerjarige aanwijzing van de zorgkantoren

Tijdens de begrotingsbehandeling is een motie van de leden Van der Staaij en Voortman aangenomen²⁷ die de regering verzoekt met zorgkantoren te bezien hoe meer meerjarencontracten verstrekt kunnen worden. Ik heb aan deze motie uitvoering gegeven door in mijn aanwijzing²⁸ van zorgkantoren over te stappen van een eenjarige naar een meerjarige aanwijzing van de zorgkantoren. De aanwijzing heeft nu een duur van vijf jaar dat wil zeggen tot en met 31 december 2020. Het overstappen naar een meerjarige aanwijzing zorgt voor continuïteit bij de als zorgkantoren aangewezen Wlz-uitvoerders. Daarmee wordt de horizon voor de als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerders langer en wordt de ervaren belemmering weggenomen om met de zorginkoop -in de praktijk een gemandateerde taak van Wlz-uitvoerders aan zorgkantoren-meerjarige contracten overeen te komen met zorgaanbieders.

In 2016 hebben de zorgkantoren overigens al met het merendeel van de bestaande zorgaanbieders een tweejarige overeenkomst gesloten. Uit het Inkoopkader langdurige zorg 2017 blijkt dat ook in de zorginkoop van 2017 zorgkantoren het mogelijk maken om meerjarige overeenkomsten af te sluiten met zorgaanbieders. Er is daarbij sprake van een voortschrijdende ontwikkeling. Zo wordt bij sommige Wlz-uitvoerders voor zorgaanbieders die beschikken over een meerjarencontract 2016-2017 een vereenvoudigde inkoopprocedure opgesteld voor 2017. Een andere Wlz-uitvoerder voorziet in een verlengingsmogelijkheid van de overeenkomst van twee naar drie jaar. Ik vind deze ontwikkeling positief omdat deze kan bijdragen aan het verlagen van de ervaren lasten rondom contractering en meer ruimte creëert voor dialoog over de kwaliteit en inhoud van zorg.

Ad f. Positie van kleine zorgorganisaties

In uw brief van 28 april 2016 (kenmerk 2016Z08478) vraagt u mij om een reactie op een petitie die de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ontvangen van de initiatiefgroep "Wie het kleine niet eert ..." te Renkum over de positie van kleine zorgorganisaties. In het hiernavolgende voldoe ik aan uw verzoek. De initiatiefgroep "wie het kleine niet eert ..." maakt zich sterk voor de bijzondere positie van kleine zorgorganisaties in Nederland. Onder de categorie kleine zorgorganisaties verstaan zij zorgorganisaties met een jaaromzet tot ca. € 10 miljoen. De initiatiefgroep heeft ook een toelichting gegeven tijdens de hoorzitting in uw Kamer op 25 mei jongstleden. De initiatiefgroep pleit in de petitie voor het vergroten van de macht van de consument door middel van het creëren van keuzevrijheid door het invoeren van persoonsvolgende bekostiging. De initiatiefgroep heeft in een ambtelijk overleg zijn pleidooi nader toegelicht.

De oproep in de petitie voor meer persoonsvolgende bekostiging past bij mijn plannen voor de langdurige zorg, zoals omschreven in de brief "Waardig leven met zorg". Bij persoonsvolgende bekostiging bepaalt de cliënt waar de zorg wordt geleverd en bekostigd. Als cliënten voorkeur hebben voor kleinere zorgaanbieders dan kunnen zij daar naar toe (mits deze verantwoorde zorg levert). Bij persoonsvolgende bekostiging hebben grote en kleine zorgaanbieders gelijke kansen in de zorgmarkt. Kleine zorgaanbieders die onderscheidende meerwaarde bieden voor de cliënten, blijven voortbestaan indien zij cliënten aan zich weten te binden. Zoals hiervoor ad b. is aangegeven wordt in de regio's Zuid-Limburg (verpleging en verzorging) en Rotterdam (gehandicaptenzorg) met ingang van 2017 een experiment met persoonsvolgende bekostiging gestart. Ook in de overige regio's zijn de cliëntvoorkeuren in 2017 meer dan voorheen bepalend voor de inkoop van de zorg. Deze ontwikkelingen sluiten naar mijn idee goed aan bij de ontwikkelingen waarvoor in de petitie wordt gepleit.

²⁷TK 2015-2016, 34 300, XVI, nr. 76

²⁸ Staatscourant 2016, nr. 606

IV. Innovatie

Het innovatieklimaat in de langdurige zorg moet verder worden versterkt. De stappen op het gebied van de bekostiging en de inkoop dragen bij aan innovatie in de organisatie van de zorg. Op deze plaats kom ik terug op een toezegging over technologische ontwikkelingen ter ondersteuning van fysiek toezicht en op de uitvoering van de motie van de leden Otwin van Dijk en Voortman over burgerinitiatieven in zorg en welzijn

a. Technologische ontwikkelingen ingezet als ondersteuning van fysiek toezicht

Tijdens het AO Innovatiebeleid in de zorg van 27 januari jl. is toegezegd dat ik terug zou komen op de vraag of toezicht binnen de langdurige zorg altijd fysiek moet zijn. In deze voortgangsrapportage kom ik deze toezegging na. Ik ben van mening dat toezicht in de langdurige zorg niet altijd fysieke aanwezigheid hoeft te zijn. Steeds vaker wordt technologie toegepast om op afstand zorg te leveren aan mensen thuis en in zorginstellingen. Enkele voorbeelden zijn medicatiebegeleiding via beeldcommunicatie, uitluistersystemen of (bewegings)sensoren om potentieel gevaarlijke situaties te detecteren. Ik beschouw dit als een kansrijke ontwikkeling om cliënten in de omgeving van hun voorkeur zorg te laten ontvangen, op een manier die past bij hun eigen wensen en die van hun omgeving. Hiervoor gelden wel een aantal voorwaarden. Zo is het van belang dat zorgaanbieders visie en beleid ontwikkelen over de inzet van eHealth en domotica in het zorgproces. E-Health en domotica moeten niet worden gepositioneerd als losstaande innovatie projecten, maar dienen een integraal onderdeel te zijn van de inrichting van het zorgproces binnen de organisatie met de wensen van cliënten en/of hun mantelzorgers als vertrekpunt. Daarnaast moeten zorgaanbieders een gedegen risicoanalyse uitvoeren, waarbij de vergelijking wordt gemaakt met het houden van toezicht zonder inzet van eHealth en/of domotica. In de zorgplanbespreking moet aandacht zijn voor bijkomende risico's bij gebruik van technologie en dit moet worden vastgelegd in het individuele zorgplan.

Het is van belang dat aanbieders werkprocessen aanpassen op het gebruik van eHealth en domotica. Voorts moeten taken en verantwoordelijkheden duidelijk en op het juiste niveau zijn belegd. De inspectie houdt toezicht op de naleving van de wet- en regelgeving door de zorgaanbieder, onder andere op grond van de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor de geleverde zorg, al dan niet ondersteund met technologie.

b. Burgerinitiatieven in zorg en welzijn

Uw Kamer heeft op 3 december 2015 een motie aangenomen van de leden Otwin van Dijk en Voortman²⁹ over burgerinitiatieven in zorg en welzijn. Met deze motie is mij gevraagd om de ervaren knelpunten van burgerinitiatieven te inventariseren en vervolgens een agenda te presenteren om de ervaren knelpunten te gaan aanpakken. Ik heb ter uitvoering van de motie Movisie en Vilans gevraagd om tot een inventarisatie te komen van de ervaren knelpunten van burgerinitiatieven in zorg en welzijn. De inventarisatie van Vilans en Movisie is als bijlage bij deze voortgangsrapportage gevoegd. De inventarisatie beschrijft vier relevante hoofdthema's: knelpunten die te maken hebben met wet- en/of regelgeving, financiering, samenwerking en de ontwikkeling van het burgerinitiatief. De volgende fase van de uitvoering van de motie is om te komen tot een agenda. Voor deze fase heb ik een vertegenwoordiging van (een aantal) burgerinitiatieven gevraagd om te komen met een prioritering van de geïnventariseerde knelpunten en een voorstel voor het opstellen van een agenda. De agenda zal ik u in het najaar toesturen.

²⁹ TK2015 -2016, 34 300 XVI, nr. 56

V. Monitoring en informatievoorziening

Het eerste jaar Wlz: ervaringen van cliënten. Ik hecht dan grote waarde de meningen en ervaringen van cliënten. Om daar een goed beeld van te krijgen en te voorzien in een behoefte aan informatie zijn vanaf 2015 verschillende informatiekanaalen beschikbaar, waaronder het Meldpunt Juiste Loket.

Het Meldpunt Juiste Loket is ingesteld voor cliënten, die niet weten welk zorgloket voor hun zorg of ondersteuning verantwoordelijk is. In 2015 zijn er bij dit meldpunt bijna 8500 meldingen gedaan. 77% van de meldingen betreft een eenvoudige melding en 23% betreft casuïstiek van een complexere aard³⁰. Een groot deel van de vragen betreft de Wmo (46%). 15% van de vragen gaat over de Wlz. Opvallend is dat het aantal eenvoudige meldingen afneemt, maar het aantal complexe casussen een lichte stijging laat zien. Het Meldpunt Juiste Loket zal daarom in ieder geval gedurende het hele jaar 2016 nog in stand blijven. Dit najaar zal ik een besluit nemen over het vervolg hiervan in 2017.

Cliënten hebben recht op cliëntondersteuning vanuit de Wlz. Het zorgkantoor is verplicht dit aan te bieden. De cliëntondersteuner kan helpen met het formuleren van de zorgvraag, het onderzoeken van mogelijkheden en het kiezen van een zorgaanbieder. Ook bij een bespreking van het zorg- en ondersteuningsplan of bij conflicten met de zorgaanbieder kan de cliëntondersteuner de cliënt bijstaan. De mogelijkheden voor cliëntondersteuning vanuit de Wlz genieten nog niet altijd even veel bekendheid bij de cliënt. In 2016 zullen meer Wlz-cliënten de weg naar cliëntondersteuning moeten vinden, zodat zij de regie over hun eigen leven beter kunnen voeren. In het kader van de verdere uitwerking van de cliëntondersteuning, waar ik momenteel aan werk, en die ik na de zomer naar uw Kamer zal sturen, onderzoek ik welke knelpunten of lacunes er op dit vlak zijn bij (potentiële) Wlz-geïndiceerden. Het betreft overigens een uitwerking in brede zin, die betrekking zal hebben op cliëntondersteuning in de domeinen van Wmo en Wlz, maar ook op diverse overige functies die beogen om cliënten in positie te brengen, zodat zij de zorg en /of ondersteuning krijgen, die aansluit bij hun wensen en behoeften. Ik wil vooral bezien hoe deze functies toegankelijker en logischer kunnen worden georganiseerd. Ik zal u voor het einde van het jaar mijn beleidsconclusies sturen.

Het eerste jaar Wlz: ervaringen van zorgaanbieders

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van zorgaanbieders met de Wlz in 2015 heeft Vilans een analyse uitgevoerd wat heeft geresulteerd in het rapport 'Wlz-Monitor. Signalen van zorgaanbieders. Resultaten 2015'³¹. Uit dit rapport blijkt onder meer dat zorgaanbieders belangrijke verbeteringen in het indicatieproces waarderen. Voorbeelden daarvan zijn de afgifte van indicaties met een onbeperkte duur en het versoepelen van de eisen die gelden in het kader van de identificatieplicht.

Uit de Vilans-rapportage blijkt dat er nog verbeterlagen te maken zijn. Dat is vanwege de omvang van de stelselwijziging begrijpelijk. Ik neem de signalen van de zorgaanbieders serieus. De Helpdesk Zorgaanbieders is sinds de hervorming actief voor vragen en signalen van zorgaanbieders. In 2015 zijn bijna 1800 vragen van aanbieders behandeld, waarvan er 950 gericht waren op de Wlz³². Eind 2015 heb ik besloten de helpdesk in ieder geval ook in 2016 in stand te houden. Inmiddels is er een duidelijke afname in het aantal vragen te zien. Dit najaar zal ik een besluit nemen over het vervolg van de Helpdesk Zorgaanbieders in 2017.

De meeste vragen aan de Helpdesk Zorgaanbieders gaan over de wet- en regelgeving en het indicatieproces. Deze signalen komen ook naar voren in de Vilans-rapportage. Uit beide kanalen distilleer ik grofweg drie kansen ter verbetering. Ten eerste blijkt dat voor bepaalde cliëntgroepen

³⁰ Cijfers zijn gebaseerd op een analyse van het Meldpunt Juiste Loket.

³¹ TK 2015 – 2016, 34 104, nr.124

³² Cijfers zijn gebaseerd op een analyse van de Helpdesk Zorgaanbieders

extra aandacht nodig is, zoals jeugdige cliënten met een lichte verstandelijke handicap. Veelal zijn dit cliëntgroepen die hun zorg en ondersteuning achtereenvolgens ontvangen vanuit verschillende domeinen. Mijn beleid is er op gericht de toegang naar passende zorg te faciliteren voor iedereen die dat nodig heeft. Voor de doelgroep jeugdige licht verstandelijk gehandicapten is inmiddels ook door uw Kamer meermalen aandacht gevraagd voor de begeleiding en ondersteuning van kwetsbare jongeren als zij 18 jaar worden. Ik heb deze signalen opgepakt. In hoofdstuk I, paragraaf c, van deze voortgangsrapportage ben ik ingegaan op de stappen die ik heb gezet gericht op integrale hulp aan en ondersteuning van kwetsbare jongeren als zij 18 jaar worden. Meer in algemene zin zet ik in op een intensivering van de samenwerking tussen gemeenten (Wmo/Jeugdwet), zorgverzekeraars (Zvw) en Wlz-uitvoerders (Wlz).

De tweede verbeterkans betreft de toegang tot Wlz-zorg in acute situaties. Aanbieders vinden de indicatietermijn voor Wlz-zorg in acute situaties (bij crisisopnames) te lang. Hierdoor leveren aanbieders soms al zorg voordat de indicatie daadwerkelijk is afgegeven. Daarnaast gaven zorgaanbieders aan dat er sprake was van ontoereikende productieafspraken voor het medisch noodzakelijk kortdurend verblijf (eerstelijns verblijf). Aanbieders signaleerden dat dit knelpunt gedurende 2015 al is afgenomen door de inzet van extra middelen voor eerstelijns verblijf en door betere voorlichting. Het betreft dan onder meer voorlichting over eerstelijns verblijf, Wlz-zorg in acute situaties en spoedzorg in het gemeentelijk domein. In de brief 'Waardig leven met zorg' heb ik de ambitie uitgesproken de toegang tot de Wlz te stroomlijnen door informatie in het indicatieproces beter te benutten.

Tenslotte vormt de toename aan administratieve lasten een knelpunt. Uit de Vilans-rapportage blijkt dat het merendeel van de Wlz-aanbieders ook zorg en ondersteuning levert in het kader van de Wmo, de Jeugdwet of de Zvw. De administratieve werkzaamheden rondom het inrichten van zorg in verschillende domeinen is dan ook de belangrijkste oorzaak voor de toename van de administratieve lasten. In de Wlz worden de verantwoording van het mpt en vpt en de verantwoording naar het CIZ en het zorgkantoor als belangrijkste uitdagingen benoemd. Het beperken van de administratieve lasten is voor mij een belangrijke ambitie. Ik heb uw Kamer met mijn brief³³ van 16 juni jl. geïnformeerd over mijn aanpak van de regeldruk en de daaruit voortvloeiende administratieve belasting op de werkvloer.

De ervaringen van zorgaanbieders en cliënten gelden voor mij als een belangrijke graadmeter voor lopend beleid. De Implementatietafel Hervorming Langdurige Zorg is daarom sinds 2015 actief. Cliëntorganisaties, belangenverenigingen, brancheorganisaties en uitvoerende partijen komen maandelijks in dit overleg bijeen. Op de implementatietafel worden vraagstukken over alle zorgdomeinen behandeld. De ervaring leert mij dat partijen in de meeste gevallen onderling tot een passende oplossing voor gesignaleerde vraagstukken komen. In sommige gevallen is er een aanpassing in de regelgeving nodig. Dit kost uiteraard meer tijd. Zo zijn in 2015 belemmeringen weggenomen, zoals het versoepelen van de identificatie-eis bij indicatiestelling door het CIZ en het laten vervallen van de Wtzi-eis bij logeeropvang in de Wlz. Dit heeft geleid tot een wetwijziging³⁴ die begin juni in de Eerste Kamer is aangenomen en wijziging van onderliggende regelgeving.

³³ TK 2015 - 2016, 29515, nr. 388

³⁴ TK 2015 - 2016, 34 279, nr 8