



,> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

2022043152

Datum 19 oktober 2023
Betreft Aanbieding rapport '*Duiding en advies over toezicht in het kader van
meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb*'

Onze referentie
2023036687

Geachte mevrouw Helder,

Het doet me genoegen hierbij het rapport '*Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb*' aan te bieden.

In het Signalement van meerzorg naar passende zorg (2021) heeft het Zorginstituut geagendeerd meer inzicht te geven hoe om te gaan met toezicht bij meerzorg, in het bijzonder bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).

Dit rapport bestaat uit een duiding en een advies. In de duiding leggen we het wettelijk recht op toezicht nader uit en leggen we uit hoe dit deel uitmaakt van de verschillende zorgvormen.

We constateren daarbij dat de regelgeving enkele inconsistenties bevat. We gaan ook in op de doelmatigheidsgrens bij zorg thuis die uit de regelgeving volgt. Vervolgens geven we in het advies oplossingsrichtingen aan voor de toepassing van dit recht in het kader van (toezicht bij) meerzorg.

De wet bevat verschillende referentiekaders voor toezicht en meerzorg.

Onduidelijk is welk kader de zorgkantoren moeten aanhouden en de kaders sluiten ook niet goed op elkaar aan.

We adviseren de Minister om helderheid te geven welke referentie aangehouden moet worden; hiermee zullen zowel cliënten als zorgaanbieders als zorgkantoren geholpen zijn.

Daarbij adviseert het Zorginstituut ook welk referentiepunt te kiezen: namelijk uitgaan van de aard en inhoud van de zorg zoals die uit het zorgprofiel geboden kan worden. We verwachten dat dit het meest recht doet aan de geest van de wet, nu de letter van wet- en regelgeving hierover geen uitsluitel biedt.

Meerzorg is extra zorg die een verzekerde nodig heeft vanwege een bijzondere zorgbehoefte. Dit betekent dat de verzekerde een zeer grote, complexe zorgvraag heeft die groter is dan geleverd kan worden vanuit een zorgprofiel van de Wlz. Het komt vooral voor bij mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen, maar kan bijvoorbeeld ook voorkomen bij mensen met complexe lichamelijke problemen, die zeer intensieve zorg behoeven. De

bedragen die er mee gemoeid zijn, zijn echter relatief hoog: een bedrag van €300.000,- bovenop het bedrag voor het zorgzwaarteprofiel is geen uitzondering. De totale uitgaven aan meerzorg zijn sinds 2015 gestegen van 150 miljoen euro naar 412 miljoen euro in 2021; de verwachting is dat dit verder zal stijgen. Ook de NZa constateert dat meerzorg een toenemend beslag op de publieke middelen legt, wat een juiste toepassing van de aanspraak des te meer van belang maakt.

Zorginstituut Nederland

Datum

19 oktober 2023

Onze referentie

2022043152

Als iemand met Wlz-zorg thuis meer dan 25% extra zorg (inclusief toezicht) nodig heeft dan op basis van het geïndiceerde en best passende zorgprofiel bekostigd kan worden, kan meerzorg aangevraagd worden. Alleen als er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte, waarmee de cliënt ook in de instelling meerzorg zou krijgen, kan meerzorg toegekend worden. In alle andere gevallen voorziet het EKT (Extra Kosten Thuis) wat een maximum van 25% kent.

De beoordeling van meerzorg is om verschillende redenen moeilijk te maken. Uit de regelgeving zijn drie referentiepunten af te leiden om een vergelijking te kunnen maken met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling, namelijk:

1. Een *globale omschrijving van de aard en inhoud* van het geïndiceerde zorgprofiel;
2. *het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte* behorend bij het Zorgzwaartepakket (ZZP) dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel;
3. het *basisbedrag* in bijlage H van de Regeling langdurige zorg (Rlz).

We adviseren daarom om de referentie te verduidelijken, zodat zowel voor cliënten als voor zorgkantoren helder is welk van de drie referentiepunten ze moeten hanteren.

We adviseren hiervoor uit te gaan van de aard en inhoud van het geïndiceerde zorgprofiel. Daarbij is er pas sprake van meerzorg wanneer er een bijzondere zorgbehoefte is ten opzichte van het best passende zorgprofiel.

Dit geldt evenzeer voor het op zichzelf staande 24-uurs toezicht, wat een standaard onderdeel vormt van alle Wlz-zorgprofielen, maar qua aard en inhoud per zorgprofiel kan verschillen. Toezicht wordt geboden tijdens het uitvoeren van zorghandelingen maar ook los daarvan; het opzichzelfstaand toezicht. Het opzichzelfstaand toezicht neemt evenredig af bij toename van het aantal zorghandelingen. In een instelling wordt, terwijl men bezig is zorg te verlenen aan een cliënt of zorggerelateerde activiteiten uitvoert, tegelijkertijd opzichzelfstaand toezicht geboden aan andere cliënten. De behoefte aan (opzichzelfstaand) toezicht is cliëntgebonden en is daarmee thuis niet anders dan in een instelling, echter kan thuis minder doelmatig ingezet worden. De vraag of er (ten opzichte van het zorgprofiel) bijzondere vormen van toezicht bestaan wordt besproken.

Een meer gedetailleerde beschrijving van de zorgprofielen over dit aspect zou nog meer duidelijkheid kunnen geven, maar heeft als nadeel dat de beoordeling meer gestandaardiseerd wordt; terwijl de groep cliënten met meerzorg, maar ook binnen een zorgprofiel zelf, per definitie niet standaard is. We vinden het dan ook terecht dat enige ruimte blijft bestaan om een individuele beoordeling mogelijk te maken.

Tot slot

De regelgeving rond Wlz-zorg thuis is complex geworden. Zeker in het licht van toekomstige ontwikkelingen, zoals de bevordering van langer thuis wonen, zou een vereenvoudiging van wetgeving aan te bevelen zijn. Hierbij zou het systeem als geheel in ogenschouw moeten worden genomen. Hier gaan we in dit rapport niet nader op in.

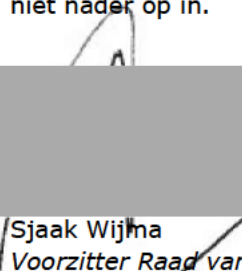
Zorginstituut Nederland

Datum

19 oktober 2023

Onze referentie

2022043152



Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur





Zorginstituut Nederland

Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb

Definitief | 26 september 2023

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
	Inleiding	6
1	Aanspraak op toezicht in de Wlz	8
1.1	Koppeling recht aan toegangscriteria	8
1.1.1	Aanspraken, nadere uitwerking aard, inhoud en omvang in de zorgprofielen	8
1.1.2	Toezicht maakt deel uit van een of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wlz omschreven aanspraken en van de zorgprofielen	8
1.2	Het recht op toezicht als zodanig is onafhankelijk van de leveringsvorm	9
2	Wlz-zorg thuis: toetsing aan verantwoorde en doelmatige levering	10
2.1	Wat houdt doelmatig in?	10
2.1.1	Oorspronkelijke doelmatigheidsgrens is verschoven met regeling EKT voor mpt en pgb	10
2.1.2	Term doelmatig <i>We merken voor de volledigheid op dat de term 'doelmatig' breder is dan de hierboven besproken doelmatigheidsgrens. Doelmatigheid maakt bijvoorbeeld ook deel uit van redelijkerwijs aangewezen op zoals bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz. Ook moet de zorg doelmatig zijn in de zin van effectief, ook kosteneffectief, etc. Dat geldt voor alle zorg en laten we bij deze bespreking verder buiten beschouwing.</i>	10
2.2	Meerzorgregeling	11
2.2.1	Sociale omgeving kan een rol spelen bij de toekenning van zorg thuis	11
2.2.2	Het al of niet kunnen inzetten van sociale omgeving speelt geen rol bij de indicatie van meerzorg	12
3	Omschrijving van toezicht in de regelgeving	13
3.1	Permanent toezicht	13
3.2	24 uur per dag zorg in de nabijheid	13
3.3	Verschillende vormen van toezicht en de plaats in de functies	14
3.3.1	Toezicht als onderdeel van directe zorgverlening	14
3.3.2	Opzichzelfstaand toezicht	14
4	Hoe verhoudt toezicht zich tot meerzorg bij een mpt en of pgb?	16
4.1	Waar ziet de meerzorgregeling <i>niet</i> op?	16
4.1.1	Ontoereikend ZZP-tarief	17
4.1.2	Ondoelmatigheid thuis: compensatie van minder efficiënte organisatie thuis (EKT)	17
4.2	Vergelijking met de cliënt als ware hij opgenomen in de instelling	17
4.2.1	Hoe compenseert de informele zorg de inefficiëntie?	17
4.2.2	Meerzorg kan geen betrekking hebben op een minimale, eenvoudige of standaard vorm van toezicht waarin elk zorgprofiel voorziet	18
4.3	Conclusie	19
5	Afwegingskader is noodzakelijk, maar tegelijkertijd niet goed mogelijk	20
5.1	De globale omschrijving van de aard en inhoud van de zorg in zorgprofielen	20
5.2	De in uren gemeten zorgbehoefte van het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gehanteerd	21
5.3	Het basisbedrag in bijlage H	22
5.4	Drie verschillende referentiepunten die niet op elkaar aansluiten	23
5.5	De mate van toezicht dat het geïndiceerde zorgprofiel biedt in de instelling is onduidelijk	23

5.6	Vergelijking met het zorgprofiel in de instelling is een vergelijking met een fictieve situatie	23
5.7	Omvang van toezicht en zorgbehoefte hangt ook af van de wijze waarop de zorg wordt geboden	23
5.8	De zorg kan per dag verschillen	24
6	Conclusie en aanbevelingen	26
6.1	Conclusie	26
6.2	Discussie over een mogelijke verbetering al dan niet binnen de huidige wetgeving	27
6.3	Advies	28
7	Reacties van geconsulteerde partijen	29
7.1	Consultaties	29
7.2	Reacties Zorginstituut per organisatie	29
7.2.1	Actiz	29
7.2.2	VGN	30
7.2.3	MantelzorgNL	31
7.2.4	Ieder(in)	32
7.2.5	NZa	33
7.2.6	CIZ	33
7.2.7	ZN	33
7.2.8	Per Saldo	35
8	Advies van de Adviescommissie Pakket (ACP)	37
	Bijlage 1 Overzicht geconsulteerde partijen	39
	Bijlage 2 Reacties geconsulteerde partijen	41
	Colofon	58

Samenvatting

Dit rapport van Zorginstituut Nederland bevat een nadere duiding van wat als meerzorg kan gelden als het gaat om toezicht bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb). In het *Signalement van meerzorg naar passende zorg*¹ uit 2021 heeft het Zorginstituut geagendeerd meer duidelijkheid te verschaffen over hoe om te gaan met toezicht in het kader van mpt en pgb. Uit het voorliggende rapport wordt duidelijk dat hiervoor op dit moment geen eenduidig beoordelingskader is vast te stellen. Vervolgens wordt in dit rapport toelichting gegeven op mogelijke oplossingsrichtingen en vermeldt het Zorginstituut in het advies welke oplossing het voorstaat. Vervolgens wordt in dit rapport een advies gegeven over mogelijke oplossingsrichtingen.

Meerzorg is extra zorg die een verzekerde nodig heeft vanwege een bijzondere zorgbehoefte. Dit betekent dat de verzekerde een zeer grote, complexe zorgvraag heeft die groter is dan geleverd kan worden vanuit een zorgprofiel (zorgzwaartepakket, ZZP) van de *Wet langdurige zorg* (Wlz). Dat komt vooral voor bij mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. Maar het kan bijvoorbeeld ook voorkomen bij mensen met andere complexe lichamelijke problemen die zeer intensieve zorg nodig hebben.

Jaarlijks stijgende kosten voor meerzorg

Aangezien het om evident uitzonderlijke situaties gaat, is het aantal cliënten dat meerzorg krijgt toegewezen een relatief klein deel van het totaal aantal Wlz-cliënten. Maar het aantal aanvragen neem toe, met name in de verstandelijk gehandicaptensector. In de periode tussen 2019 en 2022 ging het om een stijging met circa 700 toekenningen per jaar. Er zijn soms relatief hoge bedragen mee gemoeid: een bedrag van rond de 300.000 euro bovenop het bedrag voor het zorgzwaarteprofiel komt meer dan eens voor. De totale uitgaven aan meerzorg zijn sinds 2015 gestegen van 150 miljoen euro naar 412 miljoen euro in 2021. En naar verwachting gaat dit nog verder stijgen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert dat meerzorg een toenemend beslag legt op de publieke middelen.²

Wet biedt geen duidelijke kaders voor (toezicht bij) meerzorg

Meerzorg is mogelijk binnen de instelling en in de thuissituatie. Het kan in natura worden betaald en als pgb. Zorgkantoren bepalen of iemand in aanmerking komt voor meerzorg en moeten ook bepalen of de zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig kan. Maar zorgkantoren worstelen met meerzorgaanvragen, vooral waar het gaat om toezicht in de thuissituatie. De plaats van dit toezicht in het kader van meerzorg is onduidelijk in de wet- en regelgeving. Het roept ook vragen op over of de zorg thuis verantwoord kan worden gegeven (als een informele zorgverlener dit zou bieden) en of die doelmatig is. Zorgkantoren hebben daar nu weinig kaders voor. Het Zorginstituut ziet dit terug in de indicatiegeschillen over meerzorg. Een groot deel daarvan betreft de toekenning van uren voor toezicht. Toezicht betekent dat er voortdurend iemand oplet of er niet iets ernstig misgaat met de cliënt. Of dat er iemand voortdurend of 24 uur per dag in de buurt is om direct te kunnen ingrijpen, óók op momenten dat er verder geen zorg wordt verleend. Dat heet 'opzichzelfstaand toezicht', bijvoorbeeld omdat de cliënt anders stikt, zichzelf of een ander in gevaar brengt of anderszins ernstig risico loopt. De vraag is dan telkens of en hoe meerzorg kan bestaan uit toezicht, in welke mate dat kan, of dit door een professional gedaan moet worden en bij welke zorgvormen dit dan geldt. Zorgkantoren en cliënten hebben

¹ [Signalement van meerzorg naar passende zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

² Informatiekaart Ontwikkelingen in Meerzorg en zorgzwaarteprofiel zzp7 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

nu onvoldoende duidelijkheid wanneer er wel of geen recht op meerzorg bestaat, en in het bijzonder welke plek het toezicht daarin heeft.

Opbouw

Aan het begin van dit rapportleggen we uit wat onder toezicht moet worden verstaan. Vervolgens gaan we in op de beoordeling van al dan niet opzichzelfstaand toezicht en van meerzorg. De regelgeving geeft hier nu drie verschillende beoordelingskaders voor: uitgaan van euro's, van uren óf van zorgbehoefte. We constateren dat alle drie van deze beoordelingskaders (te) veel ruimte laten voor interpretatie, en dus voor interpretatieverschillen. Op basis van de voorgaande conclusies geven we een advies.

Advies van het Zorginstituut aan de minister

Het Zorginstituut adviseert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in ieder geval te kiezen welk van de drie referentiekaders de zorgkantoren moeten hanteren. Wij adviseren dat dit de zorgbehoefte van de cliënt is. Daar gaat het immers om. Een meer gedetailleerde beschrijving van de zorgprofielen kan meer duidelijkheid verschaffen, maar heeft als nadeel dat de beoordeling meer gestandaardiseerd wordt, terwijl de groep cliënten binnen een zorgprofiel per definitie niet standaard is. We vinden het dan ook terecht dat enige ruimte blijft bestaan om een individuele beoordeling mogelijk te maken.

Zolang de regelgeving voor zorgprofielen onvoldoende duidelijkheid biedt om de aanspraak op meerzorg te bepalen, en zolang regelgeving geen beter alternatief biedt, zal het des te belangrijker zijn dat de betrokken medisch adviseur van het zorgkantoor deskundig is en een goed beeld heeft bij het zorgprofiel in de instelling. Eventueel zouden meer voorbeeldcasussen behulpzaam kunnen zijn, zo nodig kan het Zorginstituut nader bezien hoe hieraan vorm kan worden gegeven.

We adviseren de minister voor Langdurige Zorg en Sport om wel de referentie te verduidelijken. Op dit moment is niet helemaal duidelijk *welke* referentie moet worden gehanteerd en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Een omschrijving van de zorg behorend bij de zorgprofielen zou leidend moeten zijn en in ieder geval duidelijker uit de wetgeving moeten blijken.



Inleiding

In het *Signalement van meerzorg naar passende zorg*³ heeft Zorginstituut Nederland onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in de langdurige zorg. We signaleerden een stijging van het aantal mensen dat gebruikmaakt van de regelingen voor Extra Kosten Thuis (EKT) en meerzorg en de stijging van de kosten voor deze regelingen. Daarnaast blijkt de regelgeving erg ingewikkeld. Voor zorgkantoren is de regelgeving moeilijk uitvoerbaar. Er zijn beperkte handvatten om vast te stellen welke zorg in een specifieke situatie passend is en daarom is het lastig om vast te stellen welke cliënten daadwerkelijk op extra zorg zijn aangewezen. Dit vereist vereenvoudiging van regelgeving en verduidelijking van wat noodzakelijke zorg in bijzondere situaties inhoudt.

Jaarlijks stijgende kosten voor meerzorg

Aangezien het om evident uitzonderlijke situaties gaat, is het aantal cliënten dat meerzorg krijgt toegewezen een relatief klein deel van het totaal aantal Wlz-cliënten. Maar het aantal aanvragen neemt toe, met name in de verstandelijk gehandicaptensector. In de periode tussen 2019 en 2022 ging het om een stijging van circa 700 toekenningen per jaar. Er zijn soms relatief hoge bedragen mee gemoeid: een bedrag van rond de 300.000 euro bovenop het bedrag voor het zorgzwaarteprofiel komt meer dan eens voor. De totale uitgaven aan meerzorg zijn sinds 2015 gestegen van 150 miljoen euro naar 412 miljoen euro in 2021. En naar verwachting gaat dit nog verder stijgen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert dat meerzorg een toenemend beslag legt op de publieke middelen.^[1] Dit vergroot de urgentie. Met het signalement heeft het Zorginstituut ook een aantal oplossingen op kortere termijn geagendeerd, waaronder het duiden van een aantal onderwerpen waarover onduidelijkheid bestaat, in ieder geval hoe om te gaan met toezicht bij zorg thuis. Deze discussie speelt namelijk met name als het gaat om de beoordeling van meerzorggeschillen bij de leveringsvormen mpt en pgb.

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

Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om het zorgkantoor bij meerzorggeschillen te adviseren.⁴ De zorgaanbieder of de cliënt kan meerzorg aanvragen bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor toetst of aan voorwaarden wordt voldaan. Als het zorgkantoor een aanvraag voor meerzorg geheel of gedeeltelijk wil afwijzen, moet het zorgkantoor advies aan het Zorginstituut vragen over het voorgenomen besluit. Uit de voorgelegde meerzorggeschillen blijkt dat er discussie bestaat over de vraag of en hoe meerzorg kan bestaan uit toezicht, in welke mate dat dan kan, en over welke zorgvormen het dan gaat.

We geven, voor zover mogelijk, in onderstaande duiding hierover meer helderheid. Dit betreft met name helderheid over de betreffende wetgeving, specifiek de juridische context waarbinnen een inhoudelijke afweging moet worden gemaakt over de mate van toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb. Hoewel dit rapport zich toespitst op toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb, heeft het tegelijkertijd ook betrekking op de problemen over de bepaling van de omvang van het toezicht voor zover deze spelen bij de leveringsvormen verblijf en volledig pakket thuis (vpt).

³ [Signalement van meerzorg naar passende zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

^[1] Informatiekaart Ontwikkelingen in Meerzorg en zorgzwaarteprofiel zzp7 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

⁴ Artikel 10.3.1, van de Wlz.

In het eerdergenoemde signalement is ook de ontwikkeling van een afwegingskader/kwaliteitskader geagendeerd op grond waarvan onder meer passende zorg beter kan worden geobjectiveerd en waarmee op grond van achterliggende waarden en normen op een transparante, navolgbare en toetsbare manier antwoord kan worden gegeven op een claim voor EKT of meerzorg. Dit rapport gaat niet over deze inhoudelijke afweging die moet worden gemaakt en gaat ook niet in op kwaliteitsstandaarden. Verder gaat dit rapport ook niet in op alle vormen van 'extra zorg' en de specifieke zorgprofielen waarbij meerzorg mogelijk is. We verwijzen hiervoor naar de pagina Extra zorg van het Wlz-kompas.⁵ Wel geven we aan waarom een afwegingskader op dit moment moeilijk te geven is en adviseren we de minister om de wetgeving te verduidelijken en de bekostiging goed te regelen.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Het bestaat uit een duiding (hoofdstuk 1 tot en met 5) en een advies. De reacties van de geconsulteerde partijen op het concept zijn in een bijlage toegevoegd, met een toelichting van het Zorginstituut hoe deze reacties zijn verwerkt.

In hoofdstuk 1 gaan we in op de wettelijke aanspraak en hoe wij die uitleggen. In hoofdstuk 2 gaan we vervolgens in op de doelmatigheidsgrens bij zorg thuis en de inbreng van de sociale omgeving. In hoofdstuk 3 gaan we in op verschillende vormen van toezicht en de plaatsing in de aanspraken (zorgvormen) als omschreven in artikel 3.1.1 van de Wlz. In hoofdstuk 4 gaan we in op de vraag hoe meerzorg zich verhoudt tot toezicht, of en hoe meerzorg kan bestaan uit toezicht en in welke mate dat dan kan. In hoofdstuk 5 leggen we nader uit waarom een afwegingskader noodzakelijk is maar op dit moment moeilijk te geven is. In hoofdstuk 6 geven we een eindconclusie over de beoordeling van toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb en geven we advies op welke punten de wetgeving en de bekostiging kan worden verbeterd.

⁵ [Extra zorg \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).

1 Aanspraak op toezicht in de Wlz

1.1 Koppeling recht aan toegangscriteria

Toezicht is niet opgenomen als zelfstandige zorgvorm in artikel 3.1.1, van de Wlz. Anders dan wellicht gedacht kan worden, betekent dit niet dat (het recht op) toezicht geen basis heeft in de wet. In artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz is een koppeling gemaakt tussen de voorwaarden voor *toegang* tot Wlz-zorg en het *recht* op Wlz-zorg. Het artikel regelt zowel het recht op zorg als de voorwaarden om voor zorg in aanmerking te komen. Dit volgt ook uit het kopje boven dit artikel, dat heet "het recht op zorg en het tot gelding brengen van het recht".

Volgens artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz heeft verzekerde *recht op zorg die op zijn behoeften is afgestemd* en tegelijkertijd wordt als voorwaarde voor toegang tot die zorg genoemd een blijvende *behoefte* aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Hieruit moet worden geconcludeerd dat (afgestemd op zijn behoefte) een verzekerde recht heeft op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht.

Artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of*
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,*
 - 1° door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of*
 - 2° door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

1.1.1 Aanspraken, nadere uitwerking aard, inhoud en omvang in de zorgprofielen

De verzekerde aanspraken (zorgvormen) op grond van de Wlz, zoals persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling etc., zijn omschreven in artikel 3.1.1 van de Wlz.⁶ Op grond van artikel 3.1.1 van het Besluit langdurige zorg (Blz)⁷ heeft de Wlz-geïndiceerde recht op het best passend zorgprofiel. De zorgprofielen zijn beschreven in de bijlagen bij de Rlz⁸. Het zorgprofiel is een nadere uitwerking van de inhoud, aard en omvang van de zorg voor de betreffende verzekerde.⁹ De concrete invulling van de zorg moet onderdeel zijn van het gesprek tussen zorgaanbieder en cliënt bij het opstellen van het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg, dat de zorg moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dat de individuele verzekerde er redelijkerwijs op is aangewezen.

1.1.2 Toezicht maakt deel uit van een of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wlz omschreven aanspraken en van de zorgprofielen

Toezicht is geen aparte, op zichzelf genoemde/omschreven aanspraak in artikel 3.1.1 van de Wlz. Omdat, zoals we aangaven onder paragraaf 1.1, wel recht bestaat op 24 uur per dag zorg in de nabijheid en permanent toezicht, maakt het benodigde toezicht deel uit van een of meer zorgvormen als omschreven in artikel 3.1.1 van de Wlz en van de zorgprofielen. We komen daar in paragraaf 3.3 op terug. Daar maken we ook duidelijk waarom toezicht niet als aparte zorgvorm is opgenomen in artikel 3.1.1 van de Wlz.

⁶ [wetten.nl - Regeling - Wet langdurige zorg - BWBR0035917](https://wetten.nl/Regeling-Wet%20langdurige%20zorg-BWBR0035917) (overheid.nl).

⁷ [wetten.nl - Regeling - Besluit langdurige zorg - BWBR0035948](https://wetten.nl/Regeling-Besluit%20langdurige%20zorg-BWBR0035948) (overheid.nl).

⁸ [wetten.nl - Regeling - Regeling langdurige zorg - BWBR0036014](https://wetten.nl/Regeling-Regeling%20langdurige%20zorg-BWBR0036014) (overheid.nl).

⁹ Een zorgprofiel is een algemene typering van vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen op dezelfde terreinen, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard, inhoud en globale omvang overeenkomen (artikel 1.1.1 van het Blz).

1.2 Het recht op toezicht als zodanig is onafhankelijk van de leveringsvorm

Een misverstand is dat toezicht enkel deel uit kan maken van de leveringsvorm verblijf vanwege de verblijfsetting.¹⁰ Omdat het recht op toezicht volgt uit 3.2.1, eerste lid, van de Wlz, en niet is uitgesloten bij de leveringsvormen thuis in artikel 3.3.2 of 3.3.3 van de Wlz (zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij eten en drinken bij mpt), is het recht daarop niet afhankelijk van de leveringsvorm. Het maakt dus niet uit of verzekerde al dan niet verblijft als het gaat om het recht op toezicht als zodanig.

We begrijpen het misverstand wel vanuit het verleden. In een instelling maakte ten tijde van de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ) toezicht onderdeel uit van de functie 'verblijf'. Vóór de invoering van de Wlz was de functie verblijf gericht op het creëren van de noodzakelijke voorwaarden om samenhangende zorg te kunnen leveren *die in de thuissituatie van verzekerde niet adequaat of niet doelmatig geleverd kon worden*. Daarbij ging het om het verblijven in een instelling als de zorg voor verzekerde noodzakelijkerwijs gepaard ging met:

1. een beschermende woonomgeving;
2. en/of een therapeutisch leefklimaat;
3. en/of permanent toezicht.¹¹

Met de thuissituatie werd in de AWBZ ook bedoeld de sociale omgeving van de verzekerde en de gebruikelijke zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar kunnen bieden.¹²

Afgezien van gebruikelijke zorg voor kinderen, is in de toegangscriteria van de Wlz niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt voor het beantwoorden van de vraag of iemand toegang tot de Wlz krijgt daarom niet gekeken of de verzekerde informele zorg (mantelzorg, vrijwilligers, kennissen, vrienden, eigen middelen) heeft die hem hulp kunnen bieden waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz.

Overigens was verblijf in het verleden niet de enige functie die voorzag in het toezicht, we komen daarop terug in paragraaf 3.3. We moeten hier echter concluderen dat toezicht, anders dan ten tijde van de AWBZ¹³, niet is gekoppeld aan het verblijf als zodanig (verblijfsetting) in de Wlz; immers toezicht is in de Wlz gekoppeld aan de toegangsvoorwaarden en niet uitgesloten bij de leveringsvormen thuis. Toezicht zal deel uit moeten maken van de andere aanspraken genoemd in artikel 3.1.1, van de Wlz dan verblijf.

Wel kan de sociale omgeving een rol spelen nádat de verzekerde is geïndiceerd voor Wlz-zorg, namelijk bij het toekennen van Wlz-zorg thuis door het zorgkantoor. Die rol heeft vervolgens vaak betrekking op het bieden van toezicht. We leggen dit uit in het hiernavolgende hoofdstuk.

¹⁰ In artikel 3.1.1, van de Wlz wordt de aanspraak op verblijf (verblijfsetting) als aparte aanspraak omschreven. Daarnaast spreken we ook van de leveringsvorm verblijf waarmee verblijf plus de bijbehorende aanspraken, zoals persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding etc. wordt bedoeld.

¹¹ De aanspraak op verblijf omvatte verblijven in een instelling noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. (Artikel 9, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken).

¹² Zie ook artikel 6 Zorgindicatie besluit AWBZ: wetten.nl - Regeling - Zorgindicatiebesluit - BWBR0008946 (overheid.nl) en de NvT bij het besluit van 2 oktober 1997, Stb.1997,447.

¹³ Overigens was ten tijde van de AWBZ ook een vpt mogelijk via artikel 14 van het Besluit zorgaanspraken: *Op verzoek van de verzekerde die in het bezit is van een indicatiebesluit voor verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, kan de instelling in afwijking van die bepalingen het verblijf en overige zorg ten huize van de verzekerde leveren*. Volgens de toelichting bij dat artikel maakte toezicht dan ook deel uit van het 'verblijf' thuis: (...) *Met name de toezichtfunctie en de coördinatie van de zorgverlening zijn elementen die tot nu toe ontbreken bij de zorgverlening thuis. (...) Door ook deze zorgaspecten thuis mogelijk te maken, kan de verzekerde langer in zijn eigen omgeving en woning blijven en hoeft hij niet in een instelling opgenomen te worden. De verzekerde betaalt ook zijn eigen woonkosten. Dit besluit draagt daarmee tevens bij aan de verdere ontwikkeling van de gewenste ontkoppeling wonen en zorg. Het is de instelling die bepaalt of zij het zo kan leveren, maar het moet wel gaan om een verzoek van de verzekerde. Wil de verzekerde toch in een instelling verblijven, dan kan hem dit niet geweigerd worden*. NvT bij het besluit van 13 juni van 2007, Stb.2007,221.

2 Wlz-zorg thuis: toetsing aan verantwoorde en doelmatige levering

Nadat de verzekerde een Wlz-indicatie heeft gekregen, maakt hij een keuze voor een leveringsvorm, die wordt beoordeeld door het zorgkantoor.¹⁴ Deze gaat alleen akkoord met die leveringsvorm als de zorg verantwoord en doelmatig kan worden geleverd (artikel 3.3.2, derde en vierde lid, en artikel 3.3.3, vierde lid, van de Wlz, zie verder ook artikel 5.1 van de Rlz: *Een modulair pakket thuis, persoonsgebonden budget of een combinatie hiervan kan slechts worden toegekend indien de zorg op een verantwoorde en doelmatige wijze ten huize van de verzekerde kan worden verleend*).

2.1 Wat houdt doelmatig in?

De zorg die cliënten thuis op grond van de Wlz ontvangen is in omvang (feitelijk in kosten) begrensd en afgeleid van de beschikbare middelen voor zorg in een instelling (de zogeheten doelmatigheidsgrens).¹⁵ In de Memorie van Toelichting (MvT) staat dan ook dat de Wlz-zorg thuis in principe niet meer mag kosten dan instellingszorg.¹⁶

'Belangrijkste is dat te allen tijde verantwoorde zorg wordt geleverd en dat de kosten voor de componenten die de cliënt afneemt niet hoger zijn dan de kosten voor die componenten indien ze in een instelling zouden worden geleverd. Hieronder wordt toegelicht wat de specifieke voorwaarden per leveringsvorm zijn. Het zorgkantoor beoordeelt bij elke leveringsvorm of aan de voorwaarden is voldaan. Wordt niet aan de voorwaarden voldaan die aan vpt of pgb gesteld worden, dan rest het intramurale verblijf.'

2.1.1 Oorspronkelijke doelmatigheidsgrens is verschoven met regeling EKT voor mpt en pgb

Op grond van de regeling EKT kan de cliënt met een mpt en of pgb tot 25 procent extra budget ontvangen, omdat de zorg thuis over het algemeen minder efficiënt is te organiseren dan in een instelling of vpt. Vanaf juli 2018 is voor iedere thuiswonende met mpt en of pgb het EKT van toepassing, en mag de zorg dus zo nodig 125 procent van het geïndiceerde zorgprofiel kosten. Daarmee is de doelmatigheidsgrens verschoven van 100 procent naar 125 procent van de instellingszorg. Zie de verwoording daarvan in artikel 5.1a van de Rlz: *'Alvorens de levering van een modulair pakket thuis of verlening van een persoonsgebonden budget 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 het zorgkantoor of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door verhoging van het basisbedrag met ten hoogste 25%.'*

Het basisbedrag waarover wordt gesproken is gerelateerd aan het geïndiceerde zorgprofiel. We komen daar in paragraaf 5.3 op terug.

2.1.2 Term doelmatig

We merken voor de volledigheid op dat de term 'doelmatig' breder is dan de hierboven besproken doelmatigheidsgrens. Doelmatigheid maakt bijvoorbeeld ook deel uit van redelijkerwijs aangewezen op zoals bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz. Ook moet de zorg doelmatig zijn in de zin van effectief, ook kosteneffectief, etc. Dat geldt voor alle zorg en laten we bij deze bespreking verder buiten beschouwing.

¹⁴ Bij vpt en mpt formeel de Wlz-uitvoerder.

¹⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34104-222.html>. Voor de volledigheid moet worden opgemerkt dat de doelmatigheidsgrens niet geldt bij overbruggingszorg (als de cliënt niet naar de instelling kan vanwege wachtlijsten). Zie voor meer informatie: [Overbruggingszorg en andere transitieperiodes \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).

¹⁶ Zie pagina 17 en 38: [Kamerstuk 33891, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

2.2 Meerzorgregeling

De meerzorgregeling voorziet alleen in meerzorg voor cliënten die vanwege hun *bijzondere zorgbehoefte* ten minste 25 procent¹⁷ meerzorg nodig hebben dan vanuit het best passend zorgprofiel geboden kan worden.¹⁸ De meerzorgregeling geldt zowel voor zorg in de instelling als voor Wlz-zorg thuis en heeft geen betrekking op het feit dat zorg thuis minder efficiënt is te organiseren dan in een instelling, daarin voorziet immers het EKT reeds.

Als iemand met Wlz-zorg thuis een aanvraag doet voor meerzorg moet, gezien de uitleg van het begrip doelmatigheid hierboven, bij de beoordeling daarvan dus uitgegaan worden van de situatie als ware hij opgenomen in een voor hem passende instelling conform het geïndiceerde zorgprofiel.

Casus 1: Meerzorgaanvraag op basis van begeleiding/verzorging/verpleging, conclusie: geen meerzorg.

Een verzekerde met een verstandelijke beperking, lichamelijke en psychische problematiek heeft een Wlz-indicatie. De zorgbehoefte van de verzekerde is passend bij de zorgbehoefte zoals beschreven in het zorgprofiel 5VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging.

Verzekerde wordt thuis verzorgd met een persoonsgebonden budget. Er is een zorgplan ingediend bij het zorgkantoor, waarin het aantal opgevoerde uren zorg ruimschoots het aantal uren overschrijdt van wat in het aan dit zorgprofiel gekoppelde zorgzwaartepakket is opgenomen.

In dit zorgplan worden bijvoorbeeld een vrij hoog aantal toiletgangen opgevoerd, het haar van verzekerde wordt tweemaal daags gekamd, het schoenen aan- en uittrekken staat apart beschreven. Echter verzekerde heeft vanuit medisch en/of gedragskundig oogpunt geen bijzondere zorgbehoefte ten opzichte van het gekozen zorgprofiel. Er is bijvoorbeeld niet sprake van een onbehandelbare aandoening, die als uitzonderlijk te beschouwen is binnen dit zorgprofiel, en als gevolg waarvan er een extreme frequentie van toiletgang nodig is.

In een instelling zou deze zorg uitgemiddeld worden, de ene persoon moet immers wat vaker naar het toilet dan de ander. Voor deze natuurlijke variatie is het EKT onder andere bedoeld. Ofwel, hoeveel uren er ook worden opgevoerd in het zorgplan; het betreft geen bijzondere zorgbehoefte en komt daarmee niet in aanmerking voor meerzorg.

2.2.1 Sociale omgeving kan een rol spelen bij de toekenning van zorg thuis

Hoewel, zoals hiervoor aangegeven, de sociale omgeving geen rol speelt bij het bepalen van de *toegang* tot de Wlz, kan de rol van de sociale omgeving wél van invloed zijn op de vraag of de zorg op een doelmatige manier thuis kan worden geleverd, met andere woorden: niet meer kost dan 125 procent van het ZZP bij best passende zorgprofiel. Vaak kan deze doelmatigheid alleen worden bereikt doordat informele zorg een deel van de zorg op zich neemt. Het kan zijn dat de informele zorg kan voorzien in de persoonlijke verzorging of verpleging, maar meestal zal de informele zorg worden ingezet om een oogje in het zeil te houden, met andere woorden een vorm van toezicht te bieden.

¹⁷ Met uitzondering van de situaties genoemd in artikel 2.2, derde lid, van de Rlz, daarvoor geldt de eis van 25% niet.

¹⁸ Dat meerzorg betrekking heeft op een 'bijzondere zorgbehoefte' staat in de in de toelichting bij artikel 3.1.1, tweede lid, van het Blz: 'Indien de verzekerde een bijzondere zorgbehoefte heeft waardoor zijn zorgbehoefte groter is dan uit het geïndiceerde zorgprofiel voortvloeit, zal, in lijn met de AWBZ, een behoefte aan meerzorg bestaan.' Zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-520.html>.

2.2.2

Het al of niet kunnen inzetten van sociale omgeving speelt geen rol bij de indicatie van meerzorg

Omdat bij de meerzorgregeling, zoals hierboven uitgelegd, bij iemand met Wlz-zorg thuis moet worden uitgegaan van de situatie als ware hij in een instelling, speelt de eventuele rol van de sociale omgeving geen rol bij de toekenning ervan. Dit is namelijk al meegenomen bij de toekenning van een leveringsvorm thuis. Voor zover dat niet is gebeurd moet daar eerst naar worden gekeken.¹⁹

Hoe verhoudt toezicht zich dan tot meerzorg? En in hoeverre kan meerzorg wel bestaan uit toezicht? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, gaan we eerst in op verschillende vormen van toezicht.

¹⁹ [Wetten.nl - Regeling - Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014 - BWBR0034547](https://wetten.nl/Regeling-Beleidsregels-indicatiestelling-AWBZ-2014-BWBR0034547) (overheid.nl).

3 Omschrijving van toezicht in de regelgeving

In artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz wordt gesproken van permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Deze begrippen worden nader toegelicht in de Memorie van Toelichting (MvT) en de Beleidsregels indicatiestelling Wlz.²⁰ We zetten de omschrijvingen hierbij onder elkaar. Bij 24 uur per dag zorg in de nabijheid wordt gesproken over 'passief toezicht' en bij permanent toezicht over 'actieve observatie'.

3.1 Permanent toezicht

In artikel 3.2.1 van de Wlz wordt permanent toezicht als volgt omschreven:

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

In de beleidsregels indicatiestelling Wlz wordt het nader omschreven:

Het hele etmaal onafgebroken toezicht en actieve observatie om dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheid te signaleren. Hierdoor kan altijd tijdig worden ingegrepen, waarmee escalaties van onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende situaties op het gebied van de gezondheid en/of het gedrag voorkomen worden. Bij mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht kan dus elk moment iets (ernstig) misgaan.

In de MvT (p.13)²¹ staat:

Onder «permanent toezicht» wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt maakt. Doordat de cliënt zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) misgaan. (...)»²²

3.2 24 uur per dag zorg in de nabijheid

In de beleidsregels indicatiestelling Wlz staat het volgende:

Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.²³

In de MvT (p.148) staat:

Met «24 uur zorg in de nabijheid» wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. De verzekerde heeft bovendien behoefte aan zorg die voortdurend in de nabijheid is, bijvoorbeeld omdat hij zelf vaak niet de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten of omdat er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is.

²⁰ Beleidsregels Wet langdurige zorg - CIZ.

²¹ Kamerstuk 33891, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl).

²² Verder uitgewerkt op p. 146 e.v.: Permanent toezicht heeft verschillende functies, afhankelijk van de soort problematiek. Het kan gaan om verzekerden met cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Hierdoor erkent en onderkent de verzekerde niet of niet altijd de noodzaak aan zorg op de relevante momenten. Hij is dus niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten. Gedragsproblematiek speelt daarbij vaak een rol. De verzekerde kan echter ook fysieke problemen hebben waardoor onverwacht «gevaar» voor hem of de omgeving optreedt, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning. Het bieden van fysieke zorg kan nodig zijn om tijdig ingrijpen mogelijk te maken of om complicaties bij een ziekte te voorkomen. Ook indien zorg zeer frequent en ook op onregelmatige tijden moet worden geleverd en de verzekerde zelf niet tijdig hulp kan inroepen, kan permanent toezicht nodig zijn. Permanent toezicht houdt derhalve in dat de observatie niet alleen actief is, maar impliceert tevens dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener zeer beperkt is. Dat is niet alleen nodig om de zorgverlening verantwoord te laten zijn, maar ook uit het oogpunt van doelmatigheid. Hierdoor zal de verzekerde in een woonomgeving moeten verblijven die daar geschikt voor is. De afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener speelt niet zelfstandig een rol. Ook de mogelijkheden om technische hulpmiddelen (domotica), zoals camera's, kunnen een actieve observatie en tijdige zorgverlening mogelijk maken.

²³ Zie ook pagina 13 van de MvT.

3.3 Verschillende vormen van toezicht en de plaats in de functies

Omdat 24 uur per dag zorg in de nabijheid en permanent toezicht de kern vormen van de zorgbehoefte van Wlz-cliënten, maken deze vormen van toezicht blijkbaar deel uit van een of meer zorgvormen omschreven in artikel 3.1.1 van de Wlz en van de zorgprofielen (toezicht is immers niet als aparte en op zichzelf staande aanspraak omschreven in artikel 3.1.1). Daarbij vallen twee vormen van toezicht te onderscheiden.

3.3.1 Toezicht als onderdeel van directe zorgverlening

Als iemand bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of begeleiding ontvangt, is het toezicht onderdeel van die zorg. Dat geldt uiteraard ook voor dagbesteding, behandeling, en verpleging.

3.3.2 Op zichzelf staand toezicht

Maar ook zonder dat de cliënt zorg ontvangt, is het vaak nodig toezicht te houden. Dat is het geval als er continu iemand aanwezig moet zijn in de directe omgeving of op enige afstand, om wanneer nodig het gedrag te monitoren en om op tijd in te kunnen grijpen. Het toezicht is dan nodig zonder dat sprake is van concrete zorgverlening. Ook 's nachts kan toezicht nodig zijn, bijvoorbeeld bij dwaalgedrag, gedragsproblemen of de kans op een insult. Zelfs als de cliënt slaapt kan dus toezicht nodig zijn, omdat incidenten immers niet voorspelbaar zijn. Dat op zichzelf staand toezicht valt dan onder begeleiding, tenzij de interventie verpleegkundig van aard is, dan is er sprake van verpleegkundig toezicht. We leggen dit hieronder uit.

De definitie van begeleiding staat in artikel 1.1.1 van de Wlz:

Begeleiding:

activiteiten waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.

Deze definitie komt nog uit de tijd van de AWBZ en was daar nader gespecificeerd. Een van de beschreven activiteiten was het 'overnemen van toezicht op de verzekerde' dit werd in de beleidsregels als volgt omschreven:²⁴

Toezicht op en het aansturen van gedrag ten gevolge van een stoornis, thuis of elders (bijvoorbeeld tijdens onderwijs).

Toezicht gericht op het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte.

Van toezicht in de vorm van begeleiding was alleen sprake wanneer de verzekerde niet in een instelling verbleef.²⁵ Dit werd geïndiceerd als er behoefte was aan het overnemen van (een gedeelte van) de toezichtstaak om de belasting te verminderen van mantelzorgers die langdurig informele zorg boden.²⁶ Vanaf de invoering van de Wlz wordt de functie begeleiding niet apart meer geïndiceerd en de nadere uitleg is vermoedelijk daarom niet in de wetgeving opgenomen noch in de toelichting daarop. Wel is in de MvT opgenomen (onder hoofdstuk 3, artikel 3.1.1) dat onder persoonlijke verzorging, *begeleiding*, verpleging en behandeling hetzelfde wordt verstaan als onder het regime van de AWBZ.

Toch behoeft de aanspraak begeleiding op dit punt nadere uitleg, alleen al vanwege de beoordeling wat betreft meerzorg en de plaatsing van op zichzelf staand toezicht. Omdat vanuit de historie, zoals hierboven geschetst, op zichzelf staand toezicht reeds deel uitmaakte van begeleiding, de definitie van begeleiding in de Wlz niet is gewijzigd ten opzichte van de AWBZ, en deze vorm van toezicht vanwege de aanspraak hierop ingevolge artikel 3.2.1 van de Wlz deel uit moet maken van een of meer prestaties genoemd in artikel 3.1.1, van de Wlz, ligt het voor de hand begeleiding zo uit te leggen dat op zichzelf staand toezicht eronder valt.

²⁴ [Wetten.nl - Regeling - Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014 - BWBR0034547 \(overheid.nl\)](https://www.wetten.nl/Regeling-Beleidsregels-indicatiestelling-AWBZ-2014-BWBR0034547).

²⁵ Zoals we aangaven in paragraaf 1.2, maakte ten tijde van de AWBZ toezicht onderdeel uit van de 'functie verblijf' dus de verblijfssetting.

²⁶ Zie [Staatsblad 2008, 533 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](https://www.staatsblad.nl/2008/533/Overheid.nl/Officiële-bekendmakingen).

We verduidelijken de inhoud van de functie begeleiding in het Wlz-Kompas:²⁷

(...)

Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Toezicht en zorg in de nabijheid zijn kernbegrippen in de Wlz. Het bieden van toezicht buitenshuis kan nodig zijn voor de regie over het eigen leven of deel uitmaken van de ondersteuning van dagelijkse levensverrichtingen, en valt daarom onder de definitie van begeleiding.

(...)

Toezicht houdt in dat een zorgverlener signaleert of een cliënt hulp nodig heeft en daarop adequaat reageert met een passende interventie. De mate en vorm waarin het toezicht plaatsvindt, hangt af van de situatie van de cliënt.

Toezicht houden hoeft niet per se door een persoon te worden geboden: als het toezicht met behulp van technische voorzieningen wordt geboden, kan dat ook. Want:

Technische voorzieningen (zoals alarmeringssystemen) voor het bieden van toezicht komen ten laste van de zorgaanbieder die ervoor kiest hier gebruik van te maken. Dit geldt ook voor de bijkomende kosten als aansluitingskosten en kosten voor oproep. Dit geldt voor alle leveringsvormen.

Daarnaast kennen we de term 'verpleegkundig toezicht'.²⁸ Dat houdt in dat een verpleegkundige toezicht houdt op de cliënt omdat die in bepaalde situaties direct verpleegkundige hulp nodig heeft. Deze vorm van toezicht valt onder verpleging.

Het gaat altijd om passend (verantwoord en adequaat) toezicht, en hoe dat eruitziet, is afhankelijk van de situatie. Dat is dus aan de zorgaanbieder.

Toezicht maakt deel uit van de verschillende zorgvormen, zoals hierboven beschreven. Het ligt in de rede dat toezicht daarom niet als aparte aanspraak in artikel 3.1.1 is opgenomen. De reden waarom toezicht niet als aparte aanspraak is opgenomen volgt uit bovenstaande, het maakt deel uit van de verschillende zorgvormen zoals hierboven beschreven en van het geïndiceerde zorgprofiel. Zoals aangegeven in paragraaf 1.1.1, betreft het zorgprofiel een nadere uitwerking van de inhoud, aard en omvang van de zorg voor de betreffende verzekerde. Hieronder valt in beginsel ook de mate en intensiteit van het opzichzelfstaande toezicht dat past bij de beperkingen zoals beschreven in het best passende zorgprofiel.

²⁷ Begeleiding (Wlz) | Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging (Wlz) | Zorginstituut Nederland.

²⁸ De term werd eveneens eerder gebruikt ten tijde van de AWBZ, het was een vorm van verpleging: het verpleegkundig toezicht werd geïndiceerd naast de tijd die nodig is voor de dagelijkse verpleging van de verzekerde. Omdat het verpleegkundig toezicht een integraal pakket bevatte werden alle handelingen die binnen het verpleegkundig toezicht noodzakelijk moesten worden uitgevoerd niet apart geïndiceerd, zie bijvoorbeeld: [wetten.nl - Regeling - Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014 - BWBR0034547 \(overheid.nl\)](#).

4 Hoe verhoudt toezicht zich tot meerzorg bij een mpt en of pgb?

4.1 Waar ziet de meerzorgregeling *niet* op?

Meerzorg is geregeld in artikel 3.1.1, tweede lid, van het Blz:

Artikel 3.1.1, eerste, tweede en vierde lid, van het Besluit langdurige zorg (Blz) luidt:

"1. De verzekerde die is aangewezen op zorg, heeft recht op samenhangende zorg behorende bij het bij de verzekerde best passende zorgprofiel. Bij ministeriële regeling worden zorgprofielen vastgesteld.

2. De verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid recht heeft, voor zover meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg.

(...)

4. Het recht op zorg kan nader worden geregeld bij ministeriële regeling. Aan het recht op zorg, met inbegrip van het recht op meer zorg, bedoeld in het tweede lid, kunnen bij ministeriële regeling voorwaarden worden verbonden en beperkingen worden gesteld. Deze beperkingen kunnen mede betrekking hebben op gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen."

Meerzorg voorziet in de situatie dat er discrepantie bestaat tussen de individuele zorgbehoefte van een verzekerde en het geïndiceerde zorgprofiel. Het geïndiceerde zorgprofiel schiet tekort voor een verzekerde, terwijl er niet gekozen kan worden voor een ander zorgprofiel omdat de verzekerde daar op grond van zijn beperking niet thuishoort. Omdat de verzekerde recht heeft op het best passend zorgprofiel, gaat een herindicatie van een ander zorgprofiel dat beter passend is uiteraard voor op een aanvraag voor extra zorg (EKT, meerzorg, toeslagen, PAB). We gaan er in deze duiding vanuit dat sprake is van een juiste indicatie van het CIZ die nog steeds actueel is.

In paragraaf 2.1 en 2.2 hebben we geconcludeerd dat als iemand met Wlz-zorg thuis een aanvraag doet voor meerzorg bij de beoordeling daarvan moet worden uitgegaan van de situatie als ware hij opgenomen in een voor hem passende instelling op grond van het bij hem geïndiceerde zorgprofiel. Dit vanwege de doelmatigheidsgrens.

Bij die vergelijking constateren we vervolgens dat meerzorg daarom geen betrekking kan hebben op:

- Ontoereikend basisbedrag (afgeleid van het ZZP-tarief).²⁹
- Het compenseren van ondoelmatigheid thuis.

Hiervoor is er een tegemoetkoming middels het EKT, waarmee het budget (basisbedrag) voor de zorg zo nodig met 25% kan worden verhoogd voor iedere thuiswonende met mpt en of pgb. We lichten dit hieronder in paragraaf 4.1.1 en 4.1.2 nog nader toe.

Daarnaast gaven we in paragraaf 2.2.1 en paragraaf 2.2.2 aan dat de sociale omgeving een rol kan spelen bij de toekenning van een leveringsvorm thuis. Namelijk of de zorg thuis doelmatig kan worden geleverd. Omdat het bij meerzorg gaat om de vergelijking met de situatie als ware de verzekerde in een instelling en de inzet van de sociale omgeving al is meegenomen bij de toekenning van een leveringsvorm thuis, kwamen we tot de conclusie dat de inzet van de sociale omgeving bij de indicatie van meerzorg geen rol speelt. Als de mantelzorg uitvalt is dat enkele feit bijvoorbeeld geen reden tot meerzorg.

²⁹ Artikel 5.1, tweede lid jo bijlage H *Regeling langdurige zorg*.

In het kader van de doelmatigheidsgrens zou verzekerde in dat geval immers naar een instelling kunnen of gebruik kunnen maken van logeeropvang. Het is anders als de mantelzorg ook voorziet in de bijzondere zorgbehoefte van de cliënt.

We lichten in paragraaf 4.2 toe hoe de beoordeling van toezicht bij meerzorg zich verhoudt tot het EKT en de inzet van de sociale omgeving bij de toekenning van een leveringsvorm thuis. Als duidelijk is waar toezicht bij meerzorg geen betrekking op kan hebben, is gemakkelijker te bepalen wanneer toezicht wél deel uit kan maken van meerzorg voor iemand met een mpt/pgb.

4.1.1 **Ontoereikend ZZP-tarief**

Een van de constatering in het Signalement van meerzorg naar passende zorg is dat de inhoudelijk geformuleerde aanspraken feitelijk worden vertaald in financiële termen, het beschikbare budget. De primaire bekostigingstitel, het zorgzwaartepakket, is gebaseerd op de gemiddelde kosten van de populatie van het bijbehorende zorgprofiel. Dat houdt in dat een deel van de populatie daar (ruim) genoeg aan heeft, maar een ander deel er te kort aan heeft. Binnen een instelling middelt dat zich theoretisch uit, en krijgt iedereen de zorg die nodig is. Maar thuis werkt dat uitmiddelen niet. Iemand die meer dan het gemiddelde nodig heeft, komt daaraan te kort. Het EKT komt hierin tegemoet voor mensen met een mpt en of pgb. Uit artikel 2.2, derde lid, van de Rlz, volgt dat óók cliënten die in een instelling verblijven of een vpt hebben pas in aanmerking kunnen komen voor meerzorg als zij een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel. Echter, zij hebben géén recht op EKT, immers de zorgaanbieder heeft de mogelijkheid tot uitmiddelen.³⁰

4.1.2 **Ondoelmatigheid thuis: compensatie van minder efficiënte organisatie thuis (EKT)**

Omdat voor iedere thuiswonende met mpt en of pgb het EKT van toepassing is, mag het budget (basisbedrag) voor de zorg zo nodig met 25 procent worden verhoogd. De regeling EKT is ook in het leven geroepen vanwege het feit dat de zorg thuis over het algemeen minder efficiënt is te organiseren dan in een instelling.³¹ Zorg thuis is altijd een-op-een en in de instelling voor een deel in groepsverband. Dat kan de zorg thuis duurder maken, ook al heeft de cliënt thuis geen bijzondere zorgvraag. Omdat het EKT reeds voorziet in de compensatie van minder efficiënte organisatie thuis door schaalverkleining, kan meerzorg daar geen betrekking op hebben.

4.2 **Vergelijking met de cliënt als ware hij opgenomen in de instelling**

4.2.1 **Hoe compenseert de informele zorg de inefficiëntie?**

De ondoelmatigheid wat betreft Wlz-zorg thuis heeft betrekking op het feit dat zorg thuis minder efficiënt is te organiseren, maar zoals we zagen is de achterliggende gedachte dat dit kan worden gecompenseerd door informele zorg én die 25 procent EKT. Zoals aangegeven in paragraaf 1.2 ging men in het verleden naar een instelling als de sociale omgeving niet meer kon voorzien in een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Waar de inefficiëntie precies in is gelegen in de thuissituatie, dat kan een medisch of zorginhoudelijk adviseur het beste inschatten, maar aannemelijk is dat vooral het toezicht en eventuele interventies in een instelling beter te organiseren zijn dan thuis. Vaak houdt men in de instelling namelijk toezicht op meerdere cliënten tegelijkertijd.

Behalve dat men in de instelling vaak toezicht op meerdere cliënten tegelijkertijd houdt, is het toezicht daar ook vaak gevuld met zorg aan andere cliënten of activiteiten gerelateerd aan zorg. We schetsen dat hieronder:

³⁰ Overigens zal dat bij een niet-geclusterd vpt niet het geval zijn.

³¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-34104-222.html> zie verder ook de formulering van artikel 5.1a Rlz: Alvorens de levering van een modulair pakket thuis of verlening van een persoonsgebonden budget 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 het zorgkantoor of deze weigering wegens ondoelmatigheid kan worden vermeden door verhoging van het basisbedrag met ten hoogste 25%.

Het meest voor de hand liggend is dan ook dat de informele zorg een vorm van toezicht op zich neemt. Hierbij valt te denken aan opzichzelfstaand toezicht voor zover dat onder begeleiding valt behorende bij het geïndiceerde profiel.

Bijvoorbeeld de momenten dat de informele zorgverlener niets doet met betrekking tot de cliënt behalve in de buurt zijn, waarbij hij passief toezicht biedt (dat wil zeggen in een andere kamer een boekje aan het lezen of tv te kijken, maar wel aanwezig is om in te kunnen grijpen als het nodig is) of actieve observatie dichtbij, en waarbij het eventuele ingrijpen geen specifieke deskundigheid vereist anders dan begeleiding, of dat het enkel bestaat uit het alarmeren ten behoeve van de verzekerde.

De instelling biedt toezicht aan een groep cliënten. Echter in de tijd dat de verzorgende "toezicht" biedt aan meerdere cliënten tegelijk, biedt ze persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding aan een van deze cliënten. Het komt niet of nauwelijks voor dat verzorgenden niets doen in een instelling. Men is overal het algemeen de hele tijd drukdoende met de zorg. Als er plotseling iets moet gebeuren met een cliënt dan gaat men eerst daar naartoe en schuift de geplande zorg op in de tijd. De "toezicht-tijd" van de individuele cliënt is dus ook gevuld met begeleiding, verzorging of verpleging bij andere cliënten.

Thuis moet ook toezicht worden geboden maar dan bij een individuele cliënt. Er is op dat moment, tussen de verpleging, persoonlijke verzorging of begeleiding, niets anders te doen dan afwachten tot er ingegrepen moet worden. Anders dan in de instelling, kan degene die toezicht houdt ondertussen niet even een andere cliënt op het toilet helpen of iets dergelijks.

4.2.2

Meerzorg kan geen betrekking hebben op een minimale, eenvoudige of standaard vorm van toezicht waarin elk zorgprofiel voorziet

Voor zover 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht deel uitmaken van de zorgvorm begeleiding passend bij een bepaald zorgprofiel, moet dit uit het beschikbare bedrag worden betaald behorend bij dat zorgprofiel. Voor zover dat niet toereikend is, moet de mantelzorger in deze vorm van toezicht voorzien. Als dit niet mogelijk is moet worden geconcludeerd dat Wlz zorg thuis niet op een doelmatige manier kan worden geleverd. Daarom zou deze vorm van toezicht in dat geval géén deel uit moeten maken van meerzorg. Gezegd zou kunnen worden dat de eerste genoemde vorm van toezicht (niets doen, geen actieve observatie) sowieso deel uitmaakt van elk zorgprofiel en het daarbij beschikbare bedrag voor begeleiding, omdat deze minimale vorm van toezicht de drempel is tot toegang tot de Wlz en dat hier in de instelling standaard in wordt voorzien. Hierbij kan de conclusie worden getrokken dat deze vorm van toezicht dus geen deel uitmaakt van meerzorg.

Voorgaande strookt met de jurisprudentie van de CRvB³²:

'Ten overvloede overweegt de Raad het volgende. Appellante heeft het standpunt ingenomen dat het pgb zodanig hoog dient te zijn dat ook permanent toezicht dan wel de voortdurende aanwezigheid van de zorgverlener(s) kan worden bekostigd. De Raad volgt appellante hierin niet. In het cliëntprofiel dat hoort bij ZZP 7 LG hebben de cliënten een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als niet geplande tijden, en is de zorgverlening 24 uur per dag direct te leveren. Uit het wettelijk systeem zoals opgenomen onder 5.2 in samenhang gezien met dit zorgprofiel volgt dat indien de verzekerde ervoor kiest om zelf met een pgb zorg in te kopen, geen pgb kan worden verleend voor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, voor zover daarin niet kan worden voorzien door de in het zorgprofiel begrepen zorgfunctie begeleiding.'

³² Zie [ECLI:NL:CRVB:2018:1228, Centrale Raad van Beroep, 16/5109 WLZ \(rechtspraak.nl\)](#) ro: 5.6, [ECLI:NL:CRVB:2019:84, Centrale Raad van Beroep, 16/5399 AWBZ \(rechtspraak.nl\)](#) ro:5.4, en [ECLI:NL:CRVB:2018:1050, Centrale Raad van Beroep, 16/7915 WLZ \(rechtspraak.nl\)](#) ro: 4.3.

'Het gaat om gemeenschapsgeld en aan een pgb zitten financiële risico's. Ook heeft het Zorgkantoor meegewogen dat het mogelijk is dat appellant gebruik maakt van zorg in natura door opname in een instelling of door het ontvangen van planbare zorg in de thuissituatie, bijvoorbeeld door thuiszorginstelling [thuiszorginstelling]. Indien appellant thuis blijft wonen, wordt verwacht dat de ouders en/of andere familieleden mantelzorg leveren, waaronder het toezicht houden, op een zodanige manier dat het thuis blijven wonen verantwoord is. Ook met het pgb is er mantelzorg geleverd. Volgens de zorgovereenkomsten is immers tot 30 juni 2016 slechts 20 uur aan betaalde zorg geleverd door twee familieleden. Een budget op basis van een zorgprofiel is namelijk niet toereikend om alle zorg voor 24 uur per dag op individueel niveau in de thuissituatie te kunnen leveren. Het budget is immers gebaseerd op de kosten in een instelling.'

Bovenstaande betekent overigens niet dat meerzorg niet zou kunnen worden toegekend vanwege de noodzaak van meer toezicht (begeleiding), meerzorg kan alleen niet worden toegekend voor zover het zorgprofiel in de instelling zou voorzien in dat toezicht. Voor zover het budget niet toereikend voor de thuissituatie is, zal de informele zorg in het toezicht moeten voorzien bij Wlz-zorg thuis. Het gaat dus om de vraag welke mate van toezicht de instelling behoort te leveren bij het geïndiceerde zorgprofiel.

4.3 Conclusie

Uit de toelichting bij het Blz volgt dat in geval van meerzorg sprake is van een bijzondere zorgbehoefte. Dit blijkt uit het volgende. Indicatie van meerzorg moet stroken met wat is geregeld in de Rlz, is meer dan het geïndiceerde zorgprofiel *in de instelling* te bieden heeft, en heeft in de thuissituatie *geén betrekking op het compenseren van ondoelmatigheden door schaalverkleining*, of dat *geen uitmiddeling mogelijk is tussen cliënten*. Daarin moet EKT en informele zorg voorzien. Dit geldt voor alle zorg en dus ook voor toezicht.

Of sprake is van een bijzondere zorgbehoefte is een medische beoordeling die leidt tot een zorginhoudelijke afweging. Uiteindelijk zal altijd de medisch of zorginhoudelijk adviseur de vergelijking moeten maken met de cliënt in de instelling met het betreffende zorgprofiel als uitgangspunt, om zodoende te *voorkomen* dat meerzorg wordt toegekend ten behoeve van het compenseren van inefficiëntie door schaalverkleining. Meerzorg moet immers worden besteed aan een bijzondere zorgbehoefte. Dit sluit niet uit dat dit is gelegen in een bijzondere vorm van toezicht, anders dan beoogd in het geïndiceerde zorgprofiel, maar sluit ons inziens wel uit dat dit is gelegen in een eenvoudige/standaard vorm van toezicht waar elke Wlz-geïndiceerde behoefte aan heeft en waarin elk zorgprofiel voorziet.

5 Afwegingskader is noodzakelijk, maar tegelijkertijd niet goed mogelijk

In het vorige hoofdstuk hebben we geconcludeerd dat de medisch of zorginhoudelijk adviseur een vergelijking moet maken met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling. Ook hebben we geconcludeerd dat meerzorg geen betrekking kan hebben op het toezicht waarin het geïndiceerde zorgprofiel voorziet. Een eenvoudige of standaard vorm van toezicht waarin ieder zorgprofiel voorziet kan hiermee in ieder geval worden uitgesloten. Daarmee is de vraag nog niet beantwoord hoe de medisch of zorginhoudelijk adviseur verder moet afwegen of meer toezicht nodig is dan het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling. Hierbij valt te denken aan de afweging of er een bijzondere vorm van toezicht nodig is, bijvoorbeeld met specifieke zeldzame verpleegkundige deskundigheid, of een buitengewoon intensieve vorm van toezicht, bijvoorbeeld als er op zorginhoudelijke gronden continu een- op- een toezicht nodig is en of die bijzondere vorm van toezicht daarmee buiten het bestek van het geïndiceerde (best passend) zorgprofiel valt.

De conclusie dat een afwegingskader noodzakelijk is maar tegelijkertijd niet goed mogelijk is reeds geconstateerd in het *Signalement van meerzorg naar passende zorg*. Dit geldt ook voor toezicht. We lichten hieronder nader toe welke referentiepunten af te leiden zijn uit de regelgeving om een vergelijking te kunnen maken met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling, en waarom het moeilijk is een beeld te krijgen van de hoeveelheid toezicht in de instelling. Daarbij gaan we ook in op hoe die referentiepunten zich tot elkaar verhouden. Daarnaast gaan we in op andere aspecten die het moeilijk maken om vast te stellen welke zorg de cliënt in de instelling zou krijgen.

5.1 De globale omschrijving van de aard en inhoud van de zorg in zorgprofielen

Gelet op artikel 3.1.1, eerste en tweede lid, van het Blz in samenhang met de doelmatigheidsgrens, moet voor de vergelijking van het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling worden gekeken naar *de globale omschrijving van de aard en inhoud van de zorg in de zorgprofielen*.³³ Immers in artikel 3.1.1, eerste en tweede lid, staat:

1. *De verzekerde die is aangewezen op zorg, heeft recht op samenhangende zorg behorende bij het bij de verzekerde best passende zorgprofiel. Bij ministeriële regeling worden zorgprofielen vastgesteld.*
2. *De verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid recht heeft, voor zover meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg.*

Dit zou als een referentiepunt kunnen worden gezien. Omdat de aard en de inhoud van de zorg in de zorgprofielen heel globaal en algemeen is omschreven, is het niet gemakkelijk om een eenduidig genuanceerd beeld van de zorg in de instelling te hebben. Over toezicht wordt eveneens weinig duidelijkheid gegeven in de omschrijving. Er is niet langer sprake van een indicatie naar aantal uren zorg per week. De Nota van toelichting bij de Regeling langdurige zorg³⁴ geeft hierover nog het volgende aan:

'De veertig zorgprofielen in de bijlage bij de regeling bouwen voort op AWBZ-zorgzwaarteprofielen (AWBZ-zzp's) maar verschillen op enkele onderdelen. Zo is niet langer sprake van een indicatie naar aantal uren zorg per week en omvat het zorgprofiel een meer globale omschrijving van de benodigde zorg. Concretisering daarvan gebeurt in de zorgplanbespreking, overeenkomstig het oogmerk van de wet om meer ruimte te laten voor de professional.

³³ Zie bijlage A van de Regeling langdurige zorg.

³⁴ [Staatscourant 2014, 36917 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

Ten eerste is, in overeenstemming met de nieuwe wettelijke systematiek en de daarbij behorende doelstelling om ruimte te laten voor de professionele zorgverlener, is niet langer sprake van een indicatie naar een kwantitatieve omvang (aantal uren per week). De omvang van de benodigde zorg komt thans globaler tot uitdrukking in de kwalitatieve beschrijving van het zorgprofiel en in het onderscheidende karakter tussen de verschillende zorgprofielen. De concretisering daarvan zal aan bod komen bij de zorgplanbespreking met de zorgaanbieder.

Ten tweede, zijn verwijzingen naar permanent toezicht, 24 uur zorg nabij of zorgverlening op afspraak/oproepbaar geschrapt. Dit hangt samen met de wettelijke toetsingscriteria die in de wet zijn opgenomen.'

5.2 De in uren gemeten zorgbehoefte van het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gehanteerd

Hoewel er geen sprake meer is van een indicatie naar aantal uren per week en de aard en inhoud van de zorg in de zorgprofielen globaal is omschreven ten behoeve van het geven van ruimte aan de professional, geeft de Nota van toelichting³⁵ het volgende aan bij artikel 2.2, derde, lid van de Rlz als het gaat om het toekennen van meerzorg:

'Ingevolge het tweede lid kan voor de verzekerden, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, slechts recht bestaan op meer zorg indien de (in uren gemeten) zorgbehoefte ten minste 25% ligt boven (het midden van de bandbreedte van) de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat in 2015 voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gehanteerd dan wel, voor de verzekerden die onder het overgangsrecht vallen, van het zorgprofiel zelf.'

Gelet hierop moet op basis hiervan in het kader van meerzorg in feite worden gekeken of verzekerde het aantal uren dat bij het zorgzwaartepakket hoort (dat voor de bekostiging van het geïndiceerde zorgprofiel wordt gehanteerd) overschrijdt (met 25 procent) als hij in een instelling zou verblijven. De wetgever constateert in dezelfde Nota van Toelichting hierover het volgende:

(...) Naast het zorgvuldig inbedden van de wijzigingen die op hoofdlijnen in de toelichting van het Blz zijn beschreven zal met het oog op 2016 specifiek worden gekeken naar drie aspecten van de huidige meerzorgprocedure:

(...) 3. Er wordt gezien in hoeverre de bepaling in het tweede lid, dat in de in het eerste lid, onderdeel a, bedoelde gevallen slechts meer zorg mogelijk is indien de behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dan wel van het zorgprofiel, zich verhoudt tot de gedachte van het bieden van maatwerk bij de invulling van het recht op meer zorg.

Enerzijds wil de wetgever ruimte bieden voor maatwerk in zowel de zorgprofielen als voor de toekenning van meerzorg, anderzijds is een duidelijk referentiepunt nodig ter bepaling of sprake is van een behoefte aan meerzorg. We constateerden dat in ieder geval een vergelijking met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling moet worden gemaakt en dat de globale omschrijving in de zorgprofielen als referentiepunt kan worden genomen. Kijkend naar artikel 2.2, derde lid, van de Rlz, kan worden afgevraagd wat nu precies het referentiepunt is, het aantal uren behorend bij het zorgzwaartepakket (ZZP) dat voor de bekostiging dient van het zorgprofiel of de globale omschrijving in de zorgprofielen. Gelet op de formulering van artikel 2.2, derde lid, van de Rlz lijkt de wetgever beide opties open te houden.

'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.'

³⁵ [Staatscourant 2014, 36917 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

Als we echter kijken naar de eerder aangehaalde Nota van toelichting, heeft 'dan wel van het zorgprofiel' betrekking op verzekerden die onder het overgangsrecht vallen. Ingevolge artikel 2.2, derde lid, van de Rlz, geldt dus als referentiepunt de vraag of de (in uren gemeten) zorgbehoefte ten minste 25 procent ligt boven (het midden van de bandbreedte van) de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat in 2015 voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gehanteerd.

Het ZZP staat – van oudsher – voor de financiering van verblijf of vpt. Hierin is het toezicht ook verdisconteerd. Het totaal aantal uren is aangegeven, maar de onderverdeling van de uren naar de functies is bewust niet aangegeven en in welke mate toezicht hier deel vanuit maakt is hier evenmin uit af te leiden. Als we in de oude Regeling zorgaanspraken AWBZ³⁶ kijken dan zien we dat het *aantal uren* betrekking heeft op de functies persoonlijke verzorging, begeleiding, en verpleging inclusief dagbesteding per dag. De verblijfssetting zoals die ten tijde van de AWBZ gold (namelijk dat toezicht daar deel van uitmaakte) is hierin niet meegenomen, wel staat de verblijfssetting vermeld, en staat er 'wakende nacht', maar daar hebben de *uren* geen betrekking op. Hoewel het toezicht wat deel uitmaakte van de verblijfssetting dus wel lijkt te zijn verdisconteerd in het ZZP-tarief, maakt het geen deel uit van het *aantal uren* dat bij het ZZP vermeld stond. Als men enkel naar de uren zou kijken, zou dit wel moeten worden meegenomen om een juiste vergelijking te kunnen maken met de zorg in de instelling behorend bij het geïndiceerde zorgprofiel. Echter dit toezicht is moeilijk in uren uit te drukken. In beginsel gaat het om die uren in het etmaal waarin geen directe cliëntgebonden zorg in de vorm van begeleiding, verzorging of verpleging gegeven wordt. Hoe meer uren directe zorg een cliënt nodig heeft, hoe minder opzichzelfstaand toezicht nodig is. Bovendien zegt het aantal uren niets over de intensiteit en de aard van het toezicht. Met het aantal uren van het ZZP als referentiepunt kan geen onderscheid gemaakt worden naar inhoud, aard of intensiteit van die zorgbehoefte. Dus ook niet of er van een al dan niet complexe zorghandeling sprake is.

5.3 Het basisbedrag in bijlage H

Voor de berekening van meerzorg bij pgb en/of mpt wordt echter ingevolge de artikel 5.1 e.v. van de Rlz niet (alleen) gekeken naar de benodigde aard en omvang van de zorg, maar ook naar het beschikbare basisbedrag van bijlage H van de Rlz. Immers artikel 5.1^e bepaalt het volgende:

'De Wlz-uitvoerder kan op verzoek van de verzekerde een aanvraag voor meerzorg als bedoeld in artikel 2.2 starten, indien de verzekerde een zorgbehoefte heeft waarvan de kosten het bedrag overstijgen dat beschikbaar is na toepassing van de artikelen 5.1 tot en met 5.1d en de verzekerde voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2.2, eerste of tweede lid'.

Dit betekent onder andere dat de 'meerzorgprocedure' pas kan starten als ingevolge artikel 5.1a van de Rlz sprake geweest is van verhoging van het *basisbedrag* met 25 procent (EKT is daarmee toegepast). De Nota van wijziging³⁷ geeft bij artikel 5.1^e van de Rlz nog het volgende aan: *'Op grond van artikel 5.1e kan de verzekerde die de zorg thuis wenst te ontvangen toegang krijgen tot een meerzorgroute, zonder dat de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor hoeft vast te stellen dat de verzekerde is aangewezen op een hoger zorgvolume dan behoort bij het zorgprofiel. Met het overstijgen van alle mogelijkheden om de aanvraag in termen van kosten te honoreren na toepassing van EKT en staat immers voldoende vast dat sprake is van een uitzonderlijke situatie.'*

Volgens artikel 1.1 van de Rlz is het basisbedrag het maximumbedrag dat voor het modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget tezamen beschikbaar is voor de kosten van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, individuele begeleiding, begeleiding in groepsverband, logeeropvang, vervoer en verpleging. Dit basisbedrag is genoemd in bijlage H van de Rlz, dat hoort bij een zorgprofiel waarbij meerzorg mogelijk is.

In bijlage H staan de gemiddelde bedragen van de functies verpleging, verzorging, begeleiding, etc. per zorgprofiel. Dit gemiddelde bedrag zal afgeleid moeten zijn van het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling.

³⁶ [Wetten.nl - Regeling - Regeling zorgaanspraken AWBZ - BWBR0014855 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Regeling%20zorgaanspraken%20AWBZ-BWBR0014855-overheid.nl).

³⁷ [Staatscourant 2019, 70431 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](https://staatscourant.2019.70431-overheid.nl-officiële-bekendmakingen-officielebekendmakingen.nl).

Logischerwijs zouden de kosten (inclusief EKT) omgerekend naar uren op hetzelfde uit moeten komen als 125 procent van het ZZP (vpt-tarief).³⁸ Dit is echter niet geheel het geval, de bedragen van het basisbedrag in bijlage H staan niet meer in herleidbare relatie tot de kosten van verblijf of vpt. Dit komt omdat het basisbedrag in 2011 is vastgesteld en automatisch is geïndexeerd, maar de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden in het ZZP-tarief daarin niet zijn meegenomen. Ook zouden de kosten van het toezicht wat destijds deel uitmaakte van de verblijfsetting moeten zijn verdisconteerd in het bedrag dat staat aangegeven bij begeleiding in bijlage H. Dit lijkt niet het geval.

5.4 Drie verschillende referentiepunten die niet op elkaar aansluiten

Alles overziend zijn er in de regelgeving drie referentiepunten te onderscheiden:

1. een *globale omschrijving van de aard en inhoud* van het geïndiceerde zorgprofiel;
2. *het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte* behorend bij het Zorgzwaartepakket (ZZP) dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel;
3. het *basisbedrag* in bijlage H.

Deze referentiepunten zouden op elkaar moeten aansluiten, maar dat doen ze niet, zoals aangegeven. Bovendien is niet helemaal duidelijk welk referentiepunt moet worden gehanteerd. Daarom is de vergelijking met het zorgprofiel in de instelling per definitie moeilijk te maken.

5.5 De mate van toezicht dat het geïndiceerde zorgprofiel biedt in de instelling is onduidelijk

Zoals hierboven aangegeven wordt in de omschrijving van de zorgprofielen de mate van toezicht niet nauwkeurig en duidelijk omschreven, ook is het niet af te leiden uit het aantal uren behorend bij het ZZP dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel, noch is het af te leiden uit bedragen in bijlage H.

Hoewel toezicht is verdisconteerd in bekostiging van de ZZP's en deels het basisbedrag, is onduidelijk in welke mate en wat de aard van het toezicht dan is. Toezicht maakt immers deel uit van de functies persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, etc.

5.6 Vergelijking met het zorgprofiel in de instelling is een vergelijking met een fictieve situatie

Het is lastig om een nauwkeurig beeld te hebben van het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling, immers het is een fictieve situatie. Elke instelling verschilt in de zorgverlening en financiële uitvoering, en kwaliteitskaders zijn soms onvoldoende aanwezig of zijn niet nauwkeurig genoeg ten behoeve van het krijgen van een goed beeld van een bepaald zorgprofiel. De vergelijking tussen zorg thuis en zorg in de instelling is daarom nauwelijks te objectiveren.

5.7 Omvang van toezicht en zorgbehoefte hangt ook af van de wijze waarop de zorg wordt geboden

Ook wordt de zorgbehoefte van een verzekerde bepaald of beïnvloed door de wijze waarop deze zorg wordt geboden. De zorgbehoefte van de verzekerde staat met andere woorden niet los van de wijze waarop zorg wordt geboden.

Zo kan de omvang van toezicht zowel in de thuissituatie als in de instelling sterk afhankelijk zijn van diverse relationele aspecten die per persoon zeer verschillend kunnen zijn. Invloeden die niet gemeten kunnen worden zijn de persoonlijke verschillen die zorgverleners, mantelzorgers en naasten met zich meebrengen. Ook de context waarin de zorg plaats vindt is van belang. Gedacht kan worden aan het omgaan met personeelskrapte. De gehaastheid en de stress waarmee verzorgend personeel ondanks de krapte toch probeert alles te doen wat zij

³⁸ Voor het gemak wordt hierbij behandeling buiten beschouwing gelaten, zie artikel 5.1b van de Rlz. Ook worden de woonlasten buiten beschouwing gelaten, het gaat eigenlijk om het vpt tarief.

moeten doen, kan indirect leiden tot meer toezicht omdat bepaalde cliëntgroepen met onrust reageren op stressfactoren. Zo zijn er tal van relationele aspecten die niet zijn te meten maar die wel van invloed kunnen zijn op de omvang van het toezicht.

5.8 De zorg kan per dag verschillen

Ook geldt dat de feitelijke zorgbehoefte per dag kan verschillen en niet altijd gemakkelijk voor langere tijd is vast te stellen.

De invloed van onbegrepen pijnklachten en de onrust die daaruit voort kan komen, bijvoorbeeld bij mensen met VG-problematiek of GGZ-problematiek, kan ook invloed hebben op de omvang van het toezicht. Verder zijn er meerdere triggers, per persoon zeer verschillend, die tot onrust kunnen leiden en vragen om incidenteel meer toezicht. Kwantificeren zal moeilijk blijven voor de mate van toezicht die wordt veroorzaakt door onvoorspelbaar gedrag en die relationeel van aard is, zeker in de gehandicaptenzorg.

Casus 2: Meerzorgaanvraag op basis van toezicht, conclusie: geen meerzorg

Een verzekerde met gevorderde dementie verblijft thuis met een Wlz-indicatie. De zorgbehoefte van de verzekerde is passend bij de zorgbehoefte zoals beschreven in het zorgprofiel 7 VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding.

Een deel van de opgevoerde uren in het zorgplan betreft ook toezicht en op grond daarvan wordt meerzorg aangevraagd. Toezicht, ook het opzichzelfstaande toezicht dus zonder dat daarbij een andere zorghandeling wordt verricht, vormt echter een vast onderdeel van het zorgprofiel zodat hiervoor geen meerzorg wordt toegekend. Het aantal uren opzichzelfstaand toezicht neemt evenredig af met de toename van uren begeleiding, verzorging en verpleging. In bezwaar wordt het argument naar voren gebracht dat verzekerde de neiging heeft het dag-nachtritme om te keren, erg onrustig is en bovendien nog redelijk vlot mobiel en sterk is. Hierdoor moet heel vaak achter verzekerde aangelopen worden, ook 's nachts, bijvoorbeeld om te checken dat er niet iets kapot gemaakt wordt, of om te voorkomen dat verzekerde probeert een raam open te krijgen.

Ook moet toegezien worden dat verzekerde zich tijdens de maaltijd niet verslikt. Geclaimd wordt dat het daarmee om een extra intensieve vorm van toezicht gaat, wat niet uit het ZZP betaald kan worden.

Binnen het geïndiceerde zorgprofiel is dit alles echter geen bijzondere vorm van toezicht te noemen. Al is dit toezicht ook in een instelling intensief, past deze vorm van toezicht bij de aandoening én bij het zorgprofiel, waar de setting van de afdeling op is ingesteld.

Daarbij zal in een instelling een groot deel van de tijd op meerdere cliënten tegelijkertijd toegezien kunnen worden; voortdurend toezicht door één zorgverlener alleen voor deze bewoner is niet nodig in een instelling. Daarmee is er geen onderbouwing voor meerzorg.

Casus 3: Meerzorgaanvraag op basis van toezicht, conclusie: toekennen meerzorg

Verzekerde is een 18-jarige jongen met een licht verstandelijke beperking en autistische trekken en een GGZ-B profiel. Een deel van zijn medisch-psychiatrische voorgeschiedenis is niet duidelijk vanwege een zwervend bestaan. Bij verzekerde is sprake van hyperseksualiteit waarbij hij op extreme wijze voortdurend medebewoners fysiek benadert. Zijn gedrag is zeer moeilijk beïnvloedbaar en de inzet van anti-libido medicatie bleek niet mogelijk. Meerzorg werd aangevraagd om continue een-op-eenbegeleiding te kunnen bieden, tegelijkertijd te observeren en te monitoren en een passende behandeling te gaan opzetten. Het betreft hier een bijzondere zorgbehoefte ten opzichte van het zorgprofiel en de verwachting is dat langdurige behandeling nodig is. Er wordt meerzorg toegekend voor 3 jaar.

6 Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie

In hoofdstuk 4 kwamen we tot de conclusie dat uiteindelijk de medisch of zorginhoudelijk adviseur een vergelijking zal moeten maken met de cliënt in de instelling met het betreffende zorgprofiel als uitgangspunt, om zodoende te *voorkomen* dat meerzorg wordt geïndiceerd ten behoeve van het compenseren van inefficiëntie door schaalverkleining. Meerzorg moet immers worden besteed aan een *bijzondere zorgbehoefte*. Dit sluit niet uit dat deze bijzondere zorgbehoefte al dan niet deels is gelegen in een bijzondere vorm van toezicht, anders dan beoogd in het zorgprofiel, maar sluit wel uit dat dit is gelegen in een eenvoudige vorm van toezicht waar elke Wlz-geïndiceerde behoefte aan heeft en waarin elk zorgprofiel voorziet.

Hiermee is de vraag nog niet beantwoord hoe de medisch adviseur verder moet afwegen of meer toezicht nodig is dan het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling. In hoofdstuk 5 hebben we nader toegelicht dat een afwegingskader moeilijk te geven is. Uit de regelgeving zijn drie referentiepunten af te leiden om een vergelijking te kunnen maken met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling, namelijk:

1. een *globale omschrijving van de aard en inhoud* van het geïndiceerde zorgprofiel;
2. *het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte* behorend bij het zorgzwaartepakket (ZZP) dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel;
3. het *basisbedrag* in bijlage H.

Geen van deze referentiepunten geeft op dit moment helderheid over de aard, inhoud en mate van toezicht voor een deelpopulatie (in de instelling). De omschrijving van de aard en inhoud in de zorgprofielen is niet nauwkeurig genoeg, zeker als het gaat om toezicht. Het aantal uren behorend bij het ZZP dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel, laat het toezicht wat ten tijde van de AWBZ behoorde tot de verblijfssetting buiten beschouwing. Bovendien zegt het aantal uren bijvoorbeeld niets over de aard, inhoud, intensiviteit en complexiteit van de zorg of het toezicht. En ook de vertaling in de bekostiging in bijlage H zegt niets over het toezicht. En ook hier is een gedeelte van het toezicht wat vroeger deel uitmaakte van de verblijfssetting buiten beschouwing gelaten. Daarnaast sluiten deze referentiepunten niet goed op elkaar aan. Zo verhoudt de globale omschrijving van de zorgprofielen waarin bewust ruimte aan de professional wordt gegeven zich niet tot de andere referentiepunten die wel een zeer nauwkeurige omschrijving van de zorgbehoefte gebaseerd op een gemiddelde van een populatie veronderstellen.

Tot slot is er geen directe, herleidbare relatie meer tussen de bedragen van het basisbedrag in bijlage H en de kosten van verblijf en vpt. Dit komt omdat het basisbedrag in 2011 is vastgesteld en automatisch is geïndexeerd, maar de wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden in het ZZP-tarief daarin niet zijn meegenomen. Ook zouden de kosten van het toezicht wat destijds deel uitmaakte van de verblijfssetting moeten zijn verdisconteerd in het bedrag dat staat aangegeven bij begeleiding in bijlage H. Dit lijkt niet het geval.

Hier wreekt zich dat de wettelijke aanspraken op zorg individueel zijn en functioneel zijn beschreven, maar de ZZP-bekostiging is gebaseerd op het gemiddelde van de zorgbehoefte van de doelgroep van een bepaald ZZP. In de praktijk is daarom niet de feitelijke, individuele zorgvraag het uitgangspunt, maar het beschikbare budget. Maar ook daar speelt een probleem: er is geen herleidbare relatie (meer) tussen de tarieven van de intramurale zorg en de bedragen die beschikbaar zijn voor zorg thuis (bijlage H). Ten slotte zijn er ook geen voldoende uitgekristalliseerde kwaliteitsstandaarden op grond waarvan een objectiveerbare vaststelling kan worden gemaakt van de individuele zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande kosten.

De medisch of zorginhoudelijk adviseur kan op dit moment niets anders doen dan een grove inschatting maken of de cliënt 25 procent meer zorg (en toezicht) nodig heeft dan hij met het geïndiceerde zorgprofiel in de instelling zou krijgen. Zonder duidelijke referentie is moeilijk te bepalen of een cliënt in aanmerking kan komen voor meerzorg. Daarbij zou een omschrijving van de zorg behorend bij de zorgprofielen leidend moeten zijn. Dat zou in ieder geval duidelijker uit de wetgeving moeten blijken. Het aantal uren noch de bekostiging geeft duidelijkheid over de aard, intensiteit en complexiteit van zorg, dat geldt met name voor het toezicht. De uren en de bekostiging kan alleen in *samenhang* worden gezien met de omschrijving van de zorg in de zorgprofielen.

6.2 **Discussie over een mogelijke verbetering al dan niet binnen de huidige wetgeving**

Een manier om meerzorg vervolgens nauwkeuriger te bepalen, zou een meer gedetailleerde beschrijving van het zorgprofiel zijn, een juiste en herleidbare vertaling daarvan in de bekostiging en voldoende uitgekristalliseerde kwaliteitsstandaarden³⁹ die het mogelijk maken een voldoende objectiveerbare vaststelling van de individuele zorgbehoefte te maken. Deze oplossing vloeit voort uit het geconstateerd probleem met betrekking tot de bepaling van meerzorg zelf.

Een nauwkeuriger beschrijving van het zorgprofiel vereist echter een zorgvuldige afweging van de mogelijke impact op het systeem als geheel. Het is daarbij van belang om te bepalen in hoeverre een meer gedetailleerde omschrijving van het zorgprofiel mogelijk en wenselijk is, hoever daarin kan worden gegaan (het blijft immers een schatting/benadering) en hoe het zich verhoudt tot de ruimte aan de professional. Wat betreft dit laatste merken we nog op dat de wetgeving uitgaat van de gemiddelde zorgbehoefte van de populatie van het zorgprofiel. Als het gemiddelde nauwkeuriger is omschreven, betekent dit theoretisch gezien niet dat er geen ruimte meer is voor de professional om voor de individuele cliënt de zorgbehoefte te bepalen, van een gemiddelde wordt immers per definitie afgeweken. Het enkele feit dat meerzorg pas mogelijk is als de zorgbehoefte 25 procent meer is dan het geïndiceerde zorgprofiel, geeft op zichzelf al een ruimte aan voor individuele invulling van het geïndiceerde zorgprofiel. De precieze verdeling over de zorgvormen afzonderlijk is een zaak tussen de verzekerde en de zorgaanbieder, vast te leggen in het zorgplan.

Desalniettemin bestaat het gevaar dat de invulling van de keuzeruimte in de functiegerichte zorgomschrijvingen (zorgvormen) te zeer wordt voorbeschikt met een nauwkeuriger beschrijving van de zorgprofielen, wat fixerend zou kunnen werken voor passende zorg voor de individuele verzekerde. Al snel zou het kunnen worden gezien als een vaststaande omschrijving die de gehele ruimte van het zorgprofiel bepaalt. Dit zou de keuzeruimte en de range voor de professional kunnen verkleinen en beperken. Het nauwkeurig formuleren van de zorgbehoefte in de zorgprofielen is al een normering van de zorgbehoefte en de verantwoordelijkheid voor indicatie zou nog verder tot in detail worden verschoven naar de minister die ver verwijderd staat van de zorgbehoefte van de individuele verzekerde.

³⁹ Zie hierover meer in hoofdstuk 3 van het [Signalement van meerzorg naar passende zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

Tegelijkertijd is voor de bepaling van passende, persoonsgerichte *meezorg* nu juist van belang dat helder is wat de grens en omvang is van hetgeen wat de individuele verzekerde op basis van het zorgprofiel krijgt of kan krijgen.⁴⁰ Het is een tegenstelling waar we in het kader van dit advies geen antwoord op hebben.

Daarnaast begrijpt het Zorginstituut dat een nadere omschrijving van de zorgprofielen een grote exercitie zou kunnen betekenen voor de wetgever (afhankelijk van de mate waarin). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in zijn reactie op het conceptrapport aangegeven dat een aspect van het advies (het nauwkeuriger omschrijven van de profielen) onvoldoende toegevoegde waarde heeft voor het achterliggende maatschappelijke knelpunt, namelijk de grenzen van betaalde zorg thuis. Hoewel het doel van deze duiding en het daaruit volgende advies slechts gelegen is in het bevorderen en mogelijk maken van een eenduidige uitleg van de regelgeving, staat meezorg desalniettemin niet los van de mogelijkheid om Wlz-zorg thuis te kunnen bieden. Daarbij komt dat er ontwikkelingen zijn zoals het Rapport WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen⁴¹ waarin 'thuis als het kan' een van de speerpunten is. Hoewel dit programma vooralsnog niet van toepassing is op de gehandicaptenzorg en de GGZ, geldt dat wellicht wel voor de toekomst. Voorkomen moet worden dat (grote) wetsexercities en wetstransities door elkaar heen lopen zonder mogelijk geheel met elkaar in lijn te zijn. In het *Signalement van meezorg naar passende zorg* is het vereenvoudigen van de regelgeving een van de geagendeerde punten. In dit signalement is nader aan het licht gebracht dat de regelgeving zeer complex is en onvoldoende duidelijkheid biedt om deze nader te duiden en eenduidig te kunnen uitleggen, zodanig dat de uitleg is terug te voeren op de regelgeving. Het Zorginstituut sluit niet uit dat er in het licht van de bevordering om langer thuis te wonen en passende zorg, radicalere manieren zijn om de regelgeving te vereenvoudigen en te verbeteren. De Advies Commissie Pakket (ACP) heeft het Zorginstituut bij de bespreking van het concept geadviseerd dit nader te bekijken, mogelijk in de vorm van een systeemadvies.

6.3 Advies

We adviseren de minister van Langdurige Zorg wel de referentie te verduidelijken. Op dit moment is niet geheel duidelijk *welke* referentie moet worden gehanteerd en hoe de referenties zich tot elkaar verhouden. Een omschrijving van de zorg behorend bij de zorgprofielen zou leidend moeten zijn. Dat zou in ieder geval duidelijker uit de wetgeving moeten blijken. Het aantal uren noch de bekostiging geeft duidelijkheid over de aard, intensiteit en complexiteit van zorg, dat geldt met name voor het toezicht. De uren en de bekostiging kunnen alleen *in samenhang* worden gezien met de omschrijving van de zorg in de zorgprofielen. Daarbij adviseren we de bekostiging (bijlage H) beter te laten aansluiten op de naturatarieven voor verblijf en vpt.

Voor de tijd dat de regelgeving (zorgprofielen) onvoldoende duidelijkheid biedt om de aanspraak op meezorg te bepalen en er evenmin een beter alternatief voorhanden is qua regelgeving, zal het temeer van belang zijn dat de betrokken medisch adviseur deskundig is en een goed beeld heeft bij het zorgprofiel in de instelling. Eventueel zouden meer voorbeeldcasussen behulpzaam kunnen zijn, zo nodig kan het Zorginstituut nader bezien hoe hieraan vorm kan worden gegeven.

⁴⁰ Dat de vaststelling van meezorg enigszins uiteenloopt, valt echter niet te voorkomen, alleen al vanwege het feit dat de zorgbehoefte in de instelling erg afhangt van de instelling specifieke omstandigheden. De vergelijking met het zorgprofiel in de instelling bij de bepaling van meezorg bij een mpt en of pgb betreft immers een fictieve situatie en zoals aangegeven zal een omschrijving van de zorg in de zorgprofielen altijd een benadering zijn van de werkelijkheid.

⁴¹ [WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#).

7 Reacties van geconsulteerde partijen

7.1 Consultaties

Het concept van dit rapport "Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pbg" is ter consultatie voorgelegd aan partijen. We hebben daarbij drie vragen gesteld:

1. *Geeft deze duiding u duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?*
2. *Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt met betrekking tot de uitleg van het begrip toezicht?*
3. *Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt met betrekking tot de uitleg van toezicht bij meerzorg?*

De volgende partijen hebben hierop inhoudelijk gereageerd:

- Actiz
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- MantelzorgNL
- Ieder(in)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Per Saldo

De reacties van de partijen hebben we als bijlage toegevoegd, daarin hebben we ook een overzicht gegeven van de partijen die zijn geconsulteerd. Hieronder volgt een samenvatting van de reactie per organisatie en wat we ermee hebben gedaan.

7.2 Reacties Zorginstituut per organisatie

7.2.1 Actiz

Actiz geeft aan dat de duiding een goede achtergrond schetst van het toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft. In de duiding wordt echter geconcludeerd dat slechts een grove inschatting kan worden gemaakt of de cliënt recht heeft op meer zorg en dat advies wordt gegeven de referentie te verduidelijken en zo mogelijk aan te scherpen. Een inhoudelijk logische conclusie die volgt uit de duiding, maar Actiz vraagt zich af of dit nodig is en wenselijk is. Jaren geleden is ervoor gekozen af te stappen van een urenopbouw per zorgprofiel om juist de ruimte te laten aan de zorginstelling de urenmix verpleging, verzorging en begeleiding te bepalen. Op die manier kan per cliënt en per zorginstelling een professionele inschatting worden gemaakt van de zorg en ondersteuningsbehoefte. Actiz zou het onwenselijk vinden als een poging wordt gedaan de zorgprofielen der mate 'dicht te regelen' dat geen ruimte overblijft voor eigen invulling en verdeling 'verpleging, verzorging en begeleiding'.

Reactie

Wij begrijpen de zorg van Actiz over het nauwkeuriger omschrijven van de zorgprofielen in relatie tot het geven van ruimte voor een professionele inschatting van de zorg en ondersteuningsbehoefte van de individuele cliënt. Er is dan ook bewust voor gekozen het aantal uren per zorgvorm niet meer weer te geven in de zorgprofielen. Ook het Zorginstituut vraagt zich of in hoeverre dit wenselijk is en hoever hierin moet gegaan. We blijven echter wel bij ons advies de referentie te verduidelijken en zo mogelijk te verscherpen.

Het is belangrijk om hierin een onderscheid te maken tussen:

1. de aanspraak die volgt uit artikel 3.2.1 en 3.1.1 van de Wlz en de nadere invulling daarvan in de zorgprofielen. De zorgprofielen gaan uit van een gemiddelde ten behoeve van de bekostiging; en
2. bepaling van meerzorg in relatie tot de zorgprofielen.

Elke verzekerde met een Wlz-indicatie heeft recht op de zorgvormen en diensten als beschreven in de aanspraken voor zover hij daar redelijkerwijs op is aangewezen en voor zover de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgprofielen moeten niet worden beschouwd als *individuele* invulling van de aanspraak, dat zijn ze immers niet. De individuele verzekerde wordt echter wel ingedeeld in een groep cliënten waarvan de gemiddelde zorgbehoefte globaal nader is omschreven in het bijbehorende zorgprofiel. Dit geeft enige richting aan of enig houvast voor de bepaling waarop de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en geeft vooral de mogelijkheid om enige eenvoud aan te brengen in de bekostiging. Zoals aangegeven in het advies in hoofdstuk 6 hoeft een nauwkeuriger omschreven gemiddelde theoretisch niet te betekenen dat er helemaal geen ruimte meer is voor de professional om voor de individuele cliënt de zorgbehoefte te bepalen. Het enkele feit dat meerzorg pas mogelijk is als de zorgbehoefte 25 procent meer is dan het geïndiceerde zorgprofiel, geeft op zichzelf al een ruimte aan voor individuele invulling van het geïndiceerde zorgprofiel, maar ook het feit dat het gaat om een gemiddelde, geeft al aan dat individuele invulling nader moet worden bepaald. Zoals aangegeven in paragraaf 4.1 houdt dit in dat een deel van de populatie daar in (ruim) genoeg aan heeft, maar een ander deel er te kort aan heeft. Binnen een instelling middelt dat zich theoretisch uit, en krijgt iedereen de zorg die nodig is. Pas als een verzekerde meer dan 25 procent boven het gemiddelde zit, is er recht op meerzorg.

Wat het probleem is bij meerzorg is dat onduidelijk is wat het gemiddelde nu eigenlijk precies is. Ten eerste is niet duidelijk waarnaar moet worden gekeken, met andere woorden; welk referentiepunt is leidend; de globale omschrijving, *het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte* behorend bij het Zorgzwaartepakket (ZZP) dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel, dan wel het basisbedrag in bijlage H (als het gaat om mpt en pgb). We denken dat de globale omschrijving leidend zou moeten zijn en dat de bekostiging daarop zou moeten aansluiten. Als we echter kijken naar de globale omschrijving van de zorgbehoefte geeft dat niet veel helderheid wat betreft het toezicht. Onderzocht moet worden of vooral het toezicht nauwkeuriger kan worden omschreven ter bepaling van meerzorg, niet om de individuele zorgbehoefte en aanspraak dicht te timmeren. We hebben mede naar aanleiding van de reactie Actiz de conclusie aangepast en hebben uitgebreider stilgestaan bij de mogelijke nadelen van een nauwkeuriger omschrijving van de zorgprofielen.

7.2.2

VGN

VGN geeft aan dat het advies aansluit bij de ontwikkelingen die gaande zijn rondom VG7 en meerzorg. Het ministerie van VWS heeft KPMG gevraagd om de profielen VG6 en VG7 te onderzoeken en advies te geven over herbeschrijving. De VGN heeft bureau HHM gevraagd om een specificatie/beschrijving van passende zorg VG7 te maken. Medewerkers van het Zorginstituut zijn hierbij ook betrokken. De uitkomst van deze twee trajecten bieden kwalitatieve input, maar beogen ook handvatten aan de NZa te bieden om de beleidsregelwaarden beter te kunnen vaststellen. Mogelijk dat deze trajecten op termijn ook meer duidelijkheid kunnen geven voor de extra kosten in een thuissituatie.

Reactie

Het Zorginstituut deelt de constatering dat de ontwikkelingen die gaande zijn rondom VG7 kunnen aansluiten bij dit advies. Het is goed om het advies dat wordt gegeven in dit advies in verband te brengen met deze ontwikkelingen.

Verder geeft VGN aan dat bij het referentiepunt "het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte behorend bij het ZZP dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel" opgemerkt dient te worden dat dat gemiddeld aantal uren door de NZa al jarenlang niet meer vastgesteld wordt. Per 2019 zijn maximum beleidsregelwaarden herijkt bij het integrale kostenonderzoek waarbij geen nieuwe opbouw van het ZZP in uren onderscheiden is. Het gemiddeld aantal uren dat laatstelijk voorhanden is, is gedateerd en heeft geen onderbouwd verband meer met de beleidsregelwaarden die vastgesteld zijn.

Reactie

Deze opmerking bevestigt te meer dat het referentiepunt niet bruikbaar is ter bepaling van meerzorg. Het probleem is dat de wetgever in de NvT bij artikel 2.2 hier wel naar verwijst ter bepaling van meerzorg.

Tekstuele aanpassingen

Tot slot heeft VGN twee tekstuele aanpassingen voorgesteld:

- Bladzijde 22: Omdat het bij meerzorg gaat om de vergelijking met de situatie als ware de verzekerde in een instelling en de inzet van de sociale omgeving al is meegenomen bij de toekenning van een leveringsvorm thuis, kwamen we tot de conclusie dat de inzet van de sociale omgeving bij de indicatie van meerzorg geen rol speelt.
Aanvulling van rode tekst (hier schuin) is nodig ter verduidelijking.

We hebben de voorgestelde aanpassing overgenomen.

- Bladzijde 23: Binnen een instelling middelt dat zich *theoretisch* uit, en krijgt iedereen de zorg die nodig is.
Aanvulling van rode tekst (hier schuin) is vereist omdat we het uitmiddelen in de praktijk niet altijd zien. Het veronderstelt onterecht voor elke individuele organisatie dat een deel van de cliëntenpopulatie (ruim) genoeg heeft aan het gemiddelde waar beleidsregelwaarden op gebaseerd zijn en een ander deel er te kort aan heeft. Dat beide delen even groot zijn. Terwijl cliënten niet “ad rondom” bij aanbieders geplaatst worden.

We hebben de voorgestelde aanpassing overgenomen.

7.2.3

MantelzorgNL

MantelzorgNL geeft aan de conceptduiding in grote lijnen te kunnen volgen. Daarnaast plaatst MantelzorgNL kanttekeningen waar we achtereenvolgens op zullen reageren.

Het valt MantelzorgNL op dat de mantelzorger niet wordt genoemd in het stuk. Dit terwijl de mantelzorg een belangrijke positie inneemt aangaande de Wlz-zorg thuis. MantelzorgNL geeft aan dat doordat mantelzorg niet wordt benoemd, ervan uit lijkt te worden gegaan dat mantelzorg te allen tijde aanwezig is, en flexibel meebeweegt met *de zorgbehoefte van de zorgvrager*. Helaas is dit in de praktijk niet het geval. Het gevaar dreigt dat de mantelzorger overbelast raakt.

Verder geeft MantelzorgNL aan dat in de Wlz de zorgbehoefte van de aanvrager leidend is, een groot verschil als men de regelgeving bekijkt vanuit de Wmo of Zvw. Indien er meerzorg nodig is, hoeft dit echter niet slechts veroorzaakt te worden door een verslechterde situatie van de aanvrager. Ook uitval van mantelzorg kan een oorzaak zijn, of een vermindering van mantelzorg.

Reactie

Terecht merkt MantelzorgNL op dat de mantelzorg een belangrijke positie inneemt aangaande de Wlz-zorg thuis. Het is echter niet zo dat de mantelzorg niet genoemd staat in stuk. We hebben het woord ‘informele zorg’ gebruikt waarmee we ook mantelzorgers bedoelen.

Informele zorg omvat alle zorg en ondersteuning waar je niet voor betaalt en die niet door een professional wordt verricht. Mantelzorg, occasionele burenhulp of georganiseerd vrijwilligerswerk zijn vormen van informele zorg. In de praktijk zal het echter wel het meest gaan om mantelzorg. Er wordt, zeker als het gaat om zorg thuis, een groot beroep gedaan op de mantelzorg. Mantelzorgers kunnen mogelijk worden ondersteund door de gemeente of er kan vanuit de Wlz gebruik worden gemaakt van logeeropvang. Als de mantelzorg overbelast raakt en daardoor uitvalt kan het zo zijn dat de Wlz-zorg thuis niet meer kan worden geboden omdat het niet verantwoord en doelmatig meer te leveren is zonder de mantelzorg, de cliënt moet dan naar de instelling. Als de mantelzorg echter ook in de bijzondere zorgvraag voorzag, kan een beroep worden gedaan op meerzorg bij het uitvallen van de mantelzorg. Dit laatste hebben we toegevoegd aan paragraaf 4.1.

7.2.4

Ieder(in)

Ieder(in) geeft aan dat de duiding duidelijkheid geeft over hoe hier vanuit de wet- en regelgeving naar wordt gekeken. De duiding geeft ook aan dat een deel toezicht binnen de meerzorg namelijk de bijzondere vorm van toezicht, anders dan al is verdisconteerd in het zorgprofiel, vanwege de toegangscriteria tot de Wlz niet is uit te sluiten. De omvang hiervan is moeilijk tot niet te bepalen op grond van de huidige beschikbare referentiepunten. Dat geldt overigens ook voor het deel toezicht dat wel is verdisconteerd in het zorgprofiel. Om dit beter te kunnen kwantificeren wordt aan de minister geadviseerd de referentie te verduidelijken zodat dit beter geobjectiveerd kan worden, dit gaat leiden tot een juister gebruik van meerzorg en de bekostiging beter zal aansluiten.

Wat betreft de vraag of we essentiële zaken over het hoofd hebben gezien of onjuiste afwegingen hebben gemaakt met betrekking tot de uitleg van het begrip toezicht, merkt Ieder(in) op dat de omvang van toezicht zowel in de thuissituatie als in de instelling sterk afhankelijk kan zijn van diverse relationele aspecten die per persoon zeer verschillend kunnen zijn. Invloeden die niet gemeten kunnen worden zijn de persoonlijke verschillen die zorgverleners, mantelzorgers en naasten met zich meebrengen. Ook de context waarin de zorg plaats vindt is zeker van belang. Denk dan bijvoorbeeld aan het omgaan met personeelskrapte. De gehaastheid/stress waarmee verzorgend personeel ondanks de krapte toch probeert alles te doen wat zij moeten doen, kan indirect leiden tot meer toezicht omdat bepaalde cliëntgroepen met onrust reageren op stressfactoren. De ene verzorgende kan hier beter mee omgaan dan de andere, dat geldt ook voor patiënten zowel in de instelling als thuis. Een overbelaste mantelzorger zal op den duur ook minder gevoelig kunnen zijn voor de noden van de mens die hij/zij verzorgt. Ook spelen wederzijdse sympathieën/antipathieën een rol in de zorgrelatie. Ook die zijn niet te meten. Zo zijn er tal van relationele aspecten die niet zijn te meten maar die wel van invloed kunnen zijn op de omvang van het toezicht. Deze weging van de hele relationele kant en de betekenis hiervan voor de mate van toezicht missen wij in deze duiding.

Reactie

We hebben dit aspect toegevoegd aan het advies en geplaatst in paragraaf 5.7 van het advies. We hadden aanvankelijk in paragraaf 5.6 aangegeven dat de zorgbehoefte van een verzekerde ook wordt bepaald of beïnvloed door de wijze waarop deze zorg wordt geboden. De zorgbehoefte van de verzekerde staat met andere woorden niet los van de wijze waarop zorg wordt geboden. We vinden dat de beschreven relationele kant en de beschreven afhankelijkheid van de context dit verder verduidelijken en inzichtelijk maken. Dit is een van de redenen waarom het moeilijk is de omvang van het toezicht te bepalen. We hebben hierover daarom een aparte paragraaf toegevoegd aan hoofdstuk 5.

Verder geeft Ieder(in) aan dat bij de uitleg van toezicht bij meerzorg de invloed van onbegrepen pijnklachten en de onrust die daaruit voort kan komen, bijvoorbeeld bij mensen met VG-problematiek, niet belicht is. Dit kan ook invloed hebben op de omvang van het toezicht. Verder zijn er meerdere triggers, per persoon zeer verschillend, die tot onrust kunnen leiden en vragen om incidenteel meer toezicht. Dit ondervang je ook niet met uitgekristalliseerde kwaliteitscriteria. Kwantificeren zal moeilijk blijven voor de mate van toezicht die wordt veroorzaakt door onvoorspelbaar gedrag en die relationeel van aard is, zeker in de gehandicaptenzorg. Voor de bijzondere vorm van toezicht bij meerzorg vanuit medisch inhoudelijk perspectief kunnen misschien referenties worden gevonden die de individuele zorgbehoefte beter objectiveerbaar maken. Dan nog zegt dat niet een op een iets over de mate van toezicht maar kan wel meer inzicht geven en dan misschien leiden tot een beter passende bekostiging boven op het gemiddelde zorgprofiel al of niet met EKT.

Reactie

Dit is eveneens een reden dat de omvang van toezicht moeilijk is te bepalen en ook incidenteel of tijdelijk van aard kan zijn. Ook dit aspect hebben we toegevoegd aan het advies in paragraaf 5.8.

7.2.5

NZa

De NZa geeft aan dat het feit dat het rapport zich beperkt tot mpt en pgb ten onrechte suggereert dat het probleem van toezicht niet speelt wanneer er sprake is van verblijf of vpt, ook zou het tot spraakverwarring leiden over het begrip meerzorg.

Reactie

Het advies spitst zich inderdaad toe op toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb, omdat daar de meeste discussies over blijken te gaan. Dit wil echter niet zeggen dat het probleem van de bepaling van de omvang van toezicht niet ook speelt bij verblijf en vpt. We hebben dat in de samenvatting en de inleiding wat duidelijker aangegeven.

7.2.6

CIZ

Het CIZ geeft aan geen opmerkingen te hebben bij het conceptrapport.

Het stuk bevestigt het idee van het CIZ dat in de breedte de indicatiestelling en bekostiging van zorg op basis van de bestaande zorgprofielen niet meer goed past bij de Wlz, waarin de cliënt de zorg ook thuis kan ontvangen.

7.2.7

ZN

Doel van de duiding

ZN geeft aan dat de beoordeling van de duiding afhangt van het doel dat de duiding moet dienen. Er spelen volgens ZN twee zaken:

1. Het verduidelijken van de term toezicht ten behoeve van de uitvoeringspraktijk. De duiding geeft aan dat er in sommige casussen sprake is van toezicht, anders dan bedoeld met 'toezicht' volgens de Wlz en mogelijk anders dan verdisconteerd in het zorgprofiel. Om dit verschil inzichtelijk te maken is het noodzakelijk het 'toezicht verdisconteerd in het zorgprofiel', nader toe te lichten en/of het 'zorgprofieloverstijgende toezicht' verder te duiden.
2. Het achterliggende maatschappelijke knelpunt, namelijk de grenzen aan betaalde zorg thuis. Dit is de aanleiding geweest van de geschillen die hebben geleid tot deze duiding.

De duiding biedt volgens ZN een aantal aanknopingspunten voor de uitvoeringspraktijk, waaronder het uitgangspunt dat eenvoudig/passief toezicht uit het zorgprofiel wel bekostigd kan worden, maar niet uit de meerzorg. Daarnaast het aanknopingspunt dat ondoelmatigheid thuis door schaalverkleining per definitie niet uit de meerzorg vergoed kan worden. Dit biedt duidelijkheid over welke zorg dus wel onder de meerzorg valt.

Echter is het toekennen van toezicht écht maatwerk. De mate en vorm waarin toezicht plaatsvindt, hangt volledig af van de situatie van de cliënt.

De duiding snijdt volgens ZN een maatschappelijk ervaren knelpunt aan (namelijk de grenzen aan betaalde zorg thuis), maar voorziet niet in een advies/leidraad hoe een medisch adviseur toezicht -anders dan men nu doet- zou dienen te beoordelen.

Er zijn momenteel al richtlijnen ten aanzien van de wijze waarop de zorg en het toezicht thuis ingericht moeten worden (denk hierbij aan de 40-uurs norm, vergoedingenlijst etc.). Op dit moment voelen de medisch adviseurs betrokken bij de casuïstiek reeds de ruimte op casusniveau maatwerk te leveren, waarbij doelmatige en verantwoorde zorg het uitgangspunt is, aldus ZN.

Reactie

Het doel van dit advies is duidelijkheid te verschaffen hoe om te gaan met toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb). Daarbij speelt de vraag hoe meerzorg kan bestaan uit toezicht, in welke mate dat dan kan, en over welke zorgvormen het dan gaat. Het uiteindelijke doel is het mogelijk maken van een eenduidige uitleg van de huidige regelgeving.

Hoewel we kunnen aangegeven dat er een wettelijk recht op toezicht volgt uit de Wlz, over welke zorgvormen het dan gaat (dat opzichzelfstaand toezicht onder begeleiding valt), en ook kunnen aangegeven hoe dit moet worden geplaatst in het kader van meerzorg, constateren we ook dat de wet- en regelgeving te weinig duidelijkheid geeft over het referentiepunt aan de hand waarvan moet worden bepaald wanneer er meer zorg nodig is dan het zorgprofiel in de instelling. Daarmee hebben we niet een maatschappelijk knelpunt willen aankaarten van de grenzen van betaalde zorg thuis, maar willen aangeven dat de regelgeving te weinig houvast biedt om een afweging te maken wanneer meerzorg aan de orde is (met name in de vorm van toezicht) en daarmee ook in welke omvang. Daarbij gaat het overigens wel degelijk om toezicht ingevolge de Wlz, het zorgprofiel is slechts een gemiddelde van de doelgroepbevolking. Meerzorg is bedoeld voor cliënten die (25%) over dat gemiddelde komen, maar wel *Wlz-zorg* (waaronder toezicht) nodig hebben en daar ook aanspraak op hebben. In dit rapport concludeert het Zorginstituut dat de regelgeving dermate complex is dat ze een eenduidige uitleg op basis van de wet- en regelgeving niet mogelijk is. Een bepaalde methode of richtlijn valt dan ook niet goed terug te voeren op de regelgeving

Toegevoegde waarde duiding

ZN geeft vervolgens aan dat de zorgkantoren van mening zijn dat de toegevoegde waarde van de duiding evenals het verduidelijken van zorgprofielen onvoldoende is als het gaat om het oplossen van het maatschappelijke knelpunt. Om dit knelpunt op te lossen moet het volgens de zorgkantoren gaan over de vraag hoe je de grenzen aan de zorg thuis uitlegt aan de cliënt of naaste. Daarnaast gaat het ook over vroegtijdig cliënten en hun naasten informeren en voorbereiden op het moment dat zorg thuis (inclusief het 'toezicht') niet meer mogelijk is. Nu zien zorgkantoren dat dit besef soms (te) laat komt, en men is nog niet klaar voor de overstap naar zorg in natura.

Reactie

Zoals reeds aangegeven is het doel van dit advies niet gelegen in het oplossen van een maatschappelijk knelpunt van de grenzen aan betaalde zorg thuis. Doelmatigheid als bedoeld in artikel 3.3.2 en 3.3.3 van de Wlz is een taak van de zorgkantoren en speelt inderdaad een belangrijke rol in het kader van meerzorg. Als de vraag van de cliënt om meerzorg gelegen is in het oplossen van ondoelmatigheden door schaalverkleining in de thuissituatie welke niet kunnen worden gecompenseerd met mantelzorg en of EKT, dan zou de consequentie kunnen zijn dat de cliënt naar de instelling moet. Wij kunnen ons voorstellen dat dit een lastige afweging is. Echter waar de grenzen aan de zorg thuis ook gelegd worden, op basis maatschappelijke discussie of politieke besluiten, zal het altijd lastig blijven om af te wegen wanneer de grens is bereikt en hoe dit te communiceren naar de cliënt.

Eenzijdige definitie van doelmatigheid

In het licht van het achterliggende maatschappelijke knelpunt stelt ZN dat zorgkantoren aangeven dat de definitie doelmatigheid eenzijdig is. Er spelen meer factoren mee dan alleen de vergelijking met instellingszorg, bijvoorbeeld de doelmatigheid van uurtarieven van zorgverleners, kwaliteit van de zorg etc.

Een algemene opmerking die het stuk daarnaast oproept is de vergoeding van toezicht uit het 'basis' profiel (dus zonder meerzorg). In het stuk wordt duidelijk aangegeven dat alle varianten van toezicht uit het pgb gefinancierd mogen worden, mits het vergoed kan worden binnen 100-125% van het pgb budget. Alle Wlz zorg, ingezet binnen dat budget, wordt gezien als doelmatige besteding omdat de zorg in het geheel goedkoper is dan instellingszorg. Hierbij is het dus niet meer relevant of de zorg an sich doelmatig is, en bijvoorbeeld goedkoper zou kunnen in een instelling. Zorgkantoren vinden het belangrijk om ook kritisch te kijken naar dit aspect van toezicht.

Doelmatigheid gaat in de ogen van zorgkantoren ook over wat is redelijk om vanuit gemeenschapsgeld te vergoeden. Een suggestie zou zijn om in het kader van toezicht vanuit het pgb bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen toezicht als onderdeel van een zorgfunctie en passief toezicht (zonder noodzaak tot actieve observatie). De laatste vorm van toezicht zou dan niet passend zijn binnen het pgb tenzij deze aan een groep geleverd wordt.

Reactie

Wij onderschrijven dat er verschillende vormen van 'doelmatigheid' zijn te onderscheiden. In dit advies hebben we ons willen beperken tot de bespreking van de *doelmatigheidsgrens*, doelmatig in de zin van artikel 3.3.2, derde en vierde lid, en artikel 3.3.3, vierde lid, van de Wlz, vanwege de consequentie en relevantie die het heeft voor het bepalen van de aanspraak op meerzorg specifiek voor mpt en pgb. Dat betekent echter niet dat we vinden dat bijvoorbeeld doelmatigheid in kader van *redelijkerwijs aangewezen op*, als bedoeld in artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz, buiten beschouwing moet worden gelaten in de beoordeling. We beschouwen het als een gegeven dat deze vorm van doelmatigheid wordt meegenomen in de beoordeling.⁴² De reden dat moet worden vergeleken met het zorgprofiel in de instelling en dat meerzorg geen betrekking kan hebben op ondoelmatigheden door schaalverkleining heeft echter te maken met de *doelmatigheidsgrens* en niet zozeer met doelmatigheid in het kader van redelijkerwijs aangewezen op als bedoeld in artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz.

Om verwarring te voorkomen zullen we in het advies in paragraaf 2.1 het onderscheid verduidelijken.

7.2.8

Per Saldo

Per Saldo deelt de conclusie dat slechts een grove inschatting kan worden gemaakt van het oordeel dat de hulpvrager 25% meer zorg (en toezicht) nodig heeft dan dat hij/zij met zijn of haar profiel in een instelling zou krijgen. Als gevolg daarvan is de situatie ontstaan dat zorgkantoren en hun medewerkers eigen beleid en regels zijn gaan hanteren, waardoor willekeur kan ontstaan. Daarom onderschrijft Per Saldo nadrukkelijk het advies van het Zorginstituut aan de minister om de referentie te verduidelijken en te verscherpen aan de hand waarvan kan worden bepaald wat de zorg is die verzekerd is op grond van het geïndiceerde zorgprofiel en hier de bekostiging vervolgens zo goed mogelijk op aan te sluiten. Per Saldo vindt dat het daarbij niet alleen gaat om een beschrijving van de zorg maar ook om de wijze waarop het budget van het basisprofiel berekend moeten worden zodat er voldoende zorg voor kan worden ingekocht.

Daarbij vraagt Per Saldo aandacht voor de onderstaande punten.

Doordat de bedragen die beschikbaar zijn voor de zorg thuis (Bijlage H) niet zijn meegegroeid met de tarieven van de intramurale zorg zijn de budgetten voor veel budgethouders te laag om de gewone zorg thuis in te kopen en zijn zij om deze reden genoodzaakt een beroep te doen op EKT of meerzorg. Wellicht kan een ophoging van het EKT een oplossing bieden. Het niet meegroeien met de budgetten voor de intramurale zorg is in het bijzonder problematisch voor de budgethouders die in een wooninitiatief wonen omdat zij in principe geen beroep kunnen doen op EKT.

Het feit dat de ophoging EKT niet voldoende is om uit te komen met het budget is op zichzelf al een aanduiding dat er waarschijnlijk sprake is van een uitzonderlijke zorgvraag. Het feit dat de zorgprofielen dermate globaal zijn opgesteld dat onduidelijk is uit welke uren zij zijn opgebouwd, betekent echter niet dat de berekening van meerzorg aan de hand van het aantal uren van de benodigde zorg los moet worden gelaten.

De duiding stelt dat het al dan niet inzetten van de sociale omgeving geen rol speelt bij de indicatie van meerzorg en ziet als voor de hand liggend dat de informele zorg een vorm van toezicht voor zijn of haar rekening neemt, waarbij gedacht wordt aan opzichzelfstaand toezicht voor zover dat onder begeleiding valt behorende bij het profiel. Het is gewenst het begrip opzichzelfstaand toezicht nader uit te werken aan de hand van de praktijk. Meerzorg is niet bedoeld om toezicht in te kopen. Naar de mening van Per Saldo doet zich hier het probleem voor dat we niet weten hoeveel toezicht onderdeel uitmaakt van het profiel. Ook dit dient nader te worden uitgewerkt om te kunnen bepalen hoeveel toezicht er door de budgethouder zelf zou moeten worden geregeld.

⁴² Zie paragraaf 1.1.1.

In de praktijk blijkt dat heel veel budgethouders gebruik moeten maken van ingewikkelde regelingen om voldoende budget beschikbaar te krijgen. De wens van Per Saldo is dat de profielen voor veel meer budgethouders passend zijn voor hun individuele situaties. Belangrijk is dat het perspectief voor de lange termijn gericht blijft op het ontwikkelen van een maatwerkindicatie en gebaseerd is op de individuele zorgbehoefte van de budgethouder, waarin de totale hulpvraag in beeld wordt gebracht, dus in één hand komt te liggen. Per Saldo verwijst hierbij naar een toegevoegde bijlage. Deze bijlage is in dit rapport toegevoegd aan de reactie van Per Saldo (zie ook de bijlage).

In de bijlage geeft Per Saldo aan dat er overleg is geweest met het CIZ en de CCE in 2015 wat heeft geresulteerd in een gezamenlijk advies aan het ministerie van VWS. Uitgangspunt in dit advies was dat het CIZ uitspraken doet over alle indicaties inclusief meerzorg. Dat vanuit dit uitgangspunt wordt afgeweken bij de combinatie meerzorg-probleemgedrag-zorg in natura. Als er sprake is van de combinatie meerzorg-probleemgedrag-pgb wordt het CCE door het CIZ gevraagd vooraf te adviseren. In het indicatiebesluit wordt rekening gehouden met periodieke hertoetsingen door het CCE én met de mogelijkheid dat de behoefte aan meerzorg in relatie tot probleemgedrag tijdelijk is of afneemt. In alle gevallen blijft het zorgkantoor verantwoordelijk voor de doelmatigheidstoets.

Reactie

De reactie van Per Saldo onderschrijft de constatering die zijn gedaan in het advies. Het advies in de bijlage is reeds meegenomen in het *Signalement van meerzorg naar passende zorg*⁴³, maar valt buiten het bestek van dit advies.

⁴³ [Signalement van meerzorg naar passende zorg | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

8 Advies van de Adviescommissie Pakket (ACP)

Het Zorginstituut heeft op 12 mei het conceptadvies in de Adviescommissie Pakket (ACP) besproken. De ACP was van mening dat de oplossing van problematiek van de complexe wetgeving en de lastige bepaling van meerzorg niet of niet alleen moest worden gezocht in de verdere aanscherping van die wetgeving door een nauwkeuriger omschrijving van de zorgprofielen, maar dat verder moest worden gekeken. Het systeem als geheel zou in ogenschouw moeten worden genomen. Hieruit zou mogelijk een systeemadvies volgen. Aangezien een dergelijk systeemadvies breder gaat dan de problematiek rond meerzorg alleen, wordt hier in dit rapport niet verder op ingegaan. Het Zorginstituut neemt de suggestie mee in haar werkzaamheden als pakketbeheerder.

Bijlage 1 Overzicht geconsulteerde partijen

We hebben de volgende partijen geconsulteerd:

Zorgaanbieders

- Actiz
- GGZ Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg (VGN)
- Zorgthuisnl
- Valente

Cliënten

- Per Saldo
- MIND
- LOC
- LSR
- Kansplus
- Ieder(in)
- MantelzorgNL

Zorgverzekeraars/Zorgkantoren

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Beroepsverenigingen

- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen (VIA)
- Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAGZ)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapt (NVAVG)
- Verenso
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)

Overige

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

We hebben van de volgende partijen een inhoudelijke reactie ontvangen:

- Actiz
- VGN
- MantelzorgNL
- NZa
- CIZ
- ZN
- Per Saldo

Bijlage 2 Reacties geconsulteerde partijen

Mail Zorginstituut

Van: Zakelijkzorg <Zakelijkzorg@zinl.nl>

Verzonden: donderdag 25 augustus 2022 15:52

Aan: info@actiz.nl; info@deNederlandseggz.nl; Info <info@vgn.nl>; info@zorgthuisnl.nl; info@valente.nl; info@pgb.nl; info@wijzijnmind.nl; info@loc.nl; info@hetlsr.nl; info@kansplus.nl; post@iederin.nl; info@mantelzorg.nl; info@zn.nl; info@nvo.nl; secretariaat@vavolksgezondheid.nl; secretariaat@nvavg.nl; info@verenso.nl; secretariaat@nvvg.nl; info@bpsw.nl; landelijkbureau@cce.nl; info@nza.nl; info@ciz.nl

CC: Hopman, A.M. <FHopman@zinl.nl>; Haan, mw. M. den <MdenHaan@zinl.nl>; Voort, mw. I. van der <IVoort@zinl.nl>; Zakelijkzorg <Zakelijkzorg@zinl.nl>

Onderwerp: Concept inhoudelijke consultatie duiding toezicht

Geachte heer, mevrouw,

In het 'Signalement van meerzorg naar passende zorg' *) heeft het Zorginstituut geagendeerd meer duidelijkheid te verschaffen hoe om te gaan met toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).

Naar aanleiding daarvan hebben we de 'Duiding toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb' geschreven.

We sturen u hierbij dit document toe. We willen u de volgende vragen stellen:

1. Geeft deze duiding u duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?
2. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van het begrip toezicht?
3. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt m.b.t. de uitleg van toezicht bij meerzorg?

Het betreft uitdrukkelijk een inhoudelijke consultatie. Beleidsmatige wenselijkheden vallen buiten de scope van deze duiding.

Graag ontvangen we uw reactie uiterlijk 9 september 2022. U kunt deze zenden naar Mdenhaan@zinl.nl.

*) <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/05/04/signalement-van-meerzorg-naar-passende-zorg>

drs. Ineke van der Voort - van Beusekom

Manager team langdurige zorg

.....
Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
Tel +31 (0)6 52330163

ivoort@zinl.nl

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

Goedemiddag,

Dank voor het toesturen van de 'duiding toezicht omtrent meerzorg' en de mogelijkheid tot het inhoudelijk reageren. Hierbij een korte reactie vanuit ActiZ:

1. Geeft deze duiding u duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?

De duiding schetst een goede achtergrond van het toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft. In de duiding wordt echter geconcludeerd dat slechts een grove inschatting kan worden gemaakt of de cliënt recht heeft op meer zorg en dat advies wordt gegeven de referentie te verduidelijken en zo mogelijk aan te scherpen. Een inhoudelijk logische conclusie die volgt uit de duiding, maar wij vragen ons als ActiZ af of dit nodig is en wenselijk is. Jaren geleden is ervoor gekozen af te stappen van een urenopbouw per zorgprofiel om juist de ruimte te laten aan de zorginstelling de urenmix verpleging, verzorging en begeleiding te bepalen. Op die manier kan per cliënt en per zorginstelling een professionele inschatting worden gemaakt van de zorg en ondersteuningsbehoefte. Wij zouden het onwenselijk vinden als een poging wordt gedaan de zorgprofielen der mate 'dicht te regelen' dat geen ruimte overblijft voor eigen invulling en verdeling 'verpleging, verzorging en begeleiding'.

2. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van het begrip toezicht?

Nee

3. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van toezicht bij meerzorg?

Nee

Laat vooral weten als er vragen zijn!

Met vriendelijke groet,

XXXX

Junior beleidsadviseur



XXXX | www.actiz.nl



XXXX

[Disclaimer e-mail](#) [Privacy statement](#)

Beste [M],

Wij hebben een blik kunnen werpen op de concept-duiding en -advies omtrent toezicht in het kader van meerzorg bij leveringsvormen mpt en pgb. We geven jullie graag het volgende mee.

- Het is een ingewikkeld vraagstuk. Het advies "Om meerzorg vervolgens nauwkeuriger te bepalen, zou een meer gedetailleerde beschrijving van het zorgprofiel nodig zijn, een juiste en herleidbare vertaling daarvan in de bekostiging en voldoende uitgekristalliseerde kwaliteitsstandaarden die het mogelijk maken een voldoende objectiveerbare vaststelling van de individuele zorgbehoefte te maken" kunnen we volgen. Het sluit aan bij de ontwikkelingen die gaande zijn rondom VG7 en meerzorg. VWS heeft KPMG gevraagd om de profielen VG6 en VG7 te onderzoeken en advies te geven oer herbeschrijving. De VGN heeft bureau HHM gevraagd om een specificatie/beschrijving van passende zorg VG7 te maken. Medewerkers van het ZINL zijn hierbij ook betrokken. De uitkomst van deze twee trajecten bieden kwalitatieve input, maar beogen ook handvatten aan de NZa te bieden om de beleidsregelwaarden beter te kunnen vaststellen. Mogelijk dat deze trajecten op termijn ook meer duidelijkheid kunnen geven voor de extra kosten in een thuissituatie.
- Bij het referentiepunt "het gemiddeld aantal uren binnen de brandbreedte behorend bij het ZZP dat voor de bekostiging dient van het geïndiceerde zorgprofiel" dient opgemerkt te worden dat dat gemiddeld aantal uren door de NZa al jarenlang niet meer vastgesteld wordt. Per 2019 zijn maximum beleidsregelwaarden herijkt bij het integrale kostenonderzoek waarbij geen nieuwe opbouw van het ZZP in uren onderscheiden is. Het gemiddeld aantal uren dat laatstelijk voorhanden is, is gedateerd en heeft geen onderbouwd verband meer met de beleidsregelwaarden die vastgesteld zijn.

Tekstueel:

- Bladzijde 22: Omdat het **bij meerzorg** gaat om de vergelijking met de situatie als ware de verzekerde in een instelling en de inzet van de sociale omgeving al is meegenomen bij de toekenning van een leveringsvorm thuis, kwamen we tot de conclusie dat de inzet van de sociale omgeving bij de indicatie van meerzorg geen rol speelt.
Aanvulling van rode tekst is nodig ter verduidelijking

- Bladzijde 23: Binnen een instelling middelt dat zich **theoretisch** uit, en krijgt iedereen de zorg die nodig is.
Aanvulling van rode tekst is vereist omdat we het uitmiddelen in de praktijk niet altijd zien. Het veronderstelt onterecht voor elke individuele organisatie dat een deel van de cliëntenpopulatie (ruim) genoeg heeft aan het gemiddelde waar beleidsregelwaarden op gebaseerd zijn en een ander deel er te kort aan heeft. Dat beide delen even groot zijn. Terwijl cliënten niet “ad rondom” bij aanbieders geplaatst worden.

Met vriendelijke groet,

XXXX

Senior beleidsadviseur



M: XXXX

E: XXXX@vgn.nl

Werkdagen: ma, di, do en vrij

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

Postbus 413, 3500 AK Utrecht

*Een samenleving waarin iedereen gewoon kan meedoen. Dat is onze droom.
Meer weten? Kijk op vgn.nl/visie2030 en volg ons op social media.*



Dag [M],

Dank voor de uitnodiging om te reageren op 'Duiding toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb. Wij hebben besloten niet inhoudelijk te reageren. Enerzijds omdat de tijd ons hiervoor ontbreekt. Anderzijds omdat wij niet de juiste expertise hebben om hier gefundeerd op te reageren.

Met een hartelijke groet,

XXXX

Coördinator

T XXXX

E XXXX@loc.nl



The banner features an orange background on the left with the text 'Radicale vernieuwing loc'. To the right, in a white box with an orange border, is the text 'Week van de Radicale vernieuwing' and '7 t/m 11 november 2022'. On the far right, a brown circle contains the text 'Meer info'.



Hof van Transwijk 2

3526 XB Utrecht

T 030 284 32 00

W www.loc.nl

Klik [hier](#) voor meer informatie over LOC en onze dienstverlening

Geachte heer, mevrouw Den Haan,

Namens MantelzorgNL reageren wij graag op uw concept inhoudelijke consultatie duiding toezicht.

Allereerst maken wij graag van de gelegenheid gebruik aan te geven dat wij uw concept in grote lijnen kunnen volgen. Daarnaast willen wij graag de hiernavolgende kanttekeningen plaatsen:

- Allereerst valt ons op dat de mantelzorger, welke naar ons idee een belangrijke plaats inneemt aangaande de zorgvraag binnen de MPT's en Vpt's, niet wordt genoemd in uw stuk. Dit terwijl de mantelzorg een belangrijke positie inneemt aangaande de wlz-zorg thuis.
- Doordat mantelzorg niet wordt benoemd, lijkt er vanuit gegaan te worden dat mantelzorg ten alle tijden aanwezig is, en flexibel meebeweegt met **de zorgbehoefte van** de zorgvrager. Helaas is dit in de praktijk niet het geval. Het gevaar dreigt dat de mantelzorger overbelast raakt.
- In de wlz is de zorgbehoefte van de aanvrager lijdend, een groot verschil als men de regelgeving bekijkt vanuit de WMO of ZVW. Indien er meerzorg nodig is, hoeft dit echter niet slechts veroorzaakt te worden door een verslechterde situatie van de aanvrager. Ook uitval van mantelzorg kan een oorzaak zijn, of een vermindering van mantelzorg.

Wij hopen dat bovenstaande punten meegenomen kunnen worden in uw advies.

Met vriendelijke groet,

XXXX & XXXX

MantelzorgNL

Met vriendelijke groet,

XXXX XXXX | XXXX

Wil je ook in gesprek met de staatssecretaris over de toekomst van mantelzorg in Nederland? Meld je dan aan voor het webinar op 9 november.



Hoewel bovenstaande informatie/bovenstaand advies tot stand gekomen is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid, kunnen hieraan geen rechten ontleend worden.

Wij gaan zorgvuldig om met persoonsgegevens conform de huidige privacy wetgeving, lees hiervoor ons [privacy](#) statement.

Geachte mevrouw den Haan, beste [M],

Tussen alle bedrijvigheid door is het dan toch gelukt om de inhoudelijke consultatie duiding toezicht te lezen.

Dit is in een notendop wat Ieder(in) hierover zou willen opmerken.

Hoop dat u er iets mee kunt doen en excuses voor de late indiening maar dank dat het nog kon.

Hierbij de beantwoording van de onderstaande door u gestelde vragen:

1. Geeft deze duiding u duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?

Deze duiding geeft duidelijkheid over hoe hier vanuit de wet-/regelgeving naar wordt gekeken. De duiding geeft ook aan dat een deel toezicht binnen de meerzorg namelijk de bijzondere vorm van toezicht, anders dan al is verdisconteerd in het zorgprofiel vanwege de toegangscriteria tot de Wlz niet is uit te sluiten. De omvang hiervan is moeilijk tot niet te bepalen op grond van de huidige beschikbare referentiepunten. Dat geldt overigens ook voor het deel toezicht dat wel is verdisconteerd in het zorgprofiel. Om dit beter te kunnen kwantificeren wordt aan de minister geadviseerd de referentie te verduidelijken zodat dit beter geobjectiveerd kan worden, dit gaat leiden tot een juister gebruik van meerzorg en de bekostiging beter zal aansluiten.

2. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van het begrip toezicht?

Zoals ik in de beantwoording van bovenstaande vraag al schreef wil Ieder(in) hierbij graag opmerken dat de omvang van toezicht zowel in de thuissituatie als in de instelling sterk afhankelijk kan zijn van diverse relationele aspecten die per persoon zeer verschillend kunnen zijn. Invloeden die niet gemeten kunnen worden zijn de persoonlijke verschillen die zorgverleners, mantelzorgers en naasten met zich meebrengen. Ook de context waarin de zorg plaats vindt is zeker van belang. Denk dan bijv. aan het omgaan met personeelskrapte. De gehaastheid/stress waarmee verzorgend personeel ondanks de krapte toch probeert alles te doen wat zij moeten doen kan indirect leiden tot meer toezicht omdat bepaalde clientgroepen met onrust reageren op stressfactoren. De ene verzorgende kan hier beter mee omgaan dan de andere, dat geldt ook voor patiënten zowel in de instelling als thuis. Een overbelaste mantelzorger zal op den duur ook minder gevoelig kunnen zijn voor de noden van de mens die hij/zij verzorgd. (Gezien de toekomstige vergrijzing, de intentie van de huidige minister om de verpleeghuisplaatsen niet uit te breiden en het gebrek aan mantelzorgers en vrijwilligers is dit er wel eentje om over na te denken). Ook spelen wederzijdse sympathieën/antipathieën een rol in de zorgrelatie. Ook die zijn niet te meten. Zo zijn er tal van relationele aspecten die niet zijn te meten maar die wel van invloed kunnen zijn op de omvang van het toezicht. Deze weging van de hele relationele kant en de betekenis hiervan voor de mate van toezicht missen wij in deze duiding.

3. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van toezicht bij meerzorg?

Bij de uitleg van toezicht bij meerzorg is de invloed van onbegrepen pijnklachten en de onrust die daaruit voort kan komen, bijv bij mensen met VG problematiek, niet belicht. Dit kan ook invloed hebben op de omvang van het toezicht. Verder zijn er meerdere triggers, per persoon zeer verschillend, die tot onrust kunnen leiden en vragen om incidenteel meer toezicht.

Dit ondervang je ook niet met uitgekristalliseerde kwaliteitscriteria.

Kwantificeren zal moeilijk blijven voor de mate van toezicht die wordt veroorzaakt door onvoorspelbaar gedrag en die relationeel van aard is, zeker in de gehandicaptenzorg.

Voor de bijzondere vorm van toezicht bij meerzorg vanuit medisch inhoudelijk perspectief kunnen misschien referenties worden gevonden die de individuele zorgbehoefte beter objectiveerbaar maken. Dan nog zegt dat niet één op één iets over de mate van toezicht maar kan wel meer inzicht geven en dan misschien leiden tot een beter passende bekostiging boven op het gemiddelde zorgprofiel al of niet met EKT.

Met vriendelijke groet,

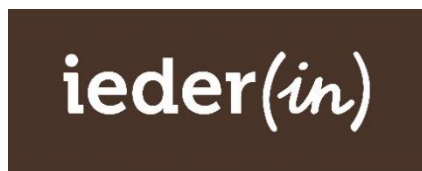
XXXX

Beleidsmedewerker

T: XXXX

M: XXXX@iederin.nl

Werkdagen: ma. t/m do.



Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht | Postbus 169, 3500 AD Utrecht | T 030-720 00 00
E post@iederin.nl I www.iederin.nl |   

 [Platform Klink](#)  [Niets Over Ons Zonder Ons](#)
 [Vraag of probleem? Meldpunt Ieder\(in\) 085-400 70 22](#)

Geachte mevrouw de Haan,

Ik heb het hier onderstaande bericht ontvangen en hierbij stuur ik u mijn reactie.

*In het 'Signalement van meerzorg naar passende zorg' *) heeft het Zorginstituut geagendeerd meer duidelijkheid te verschaffen hoe om te gaan met toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).*

Naar aanleiding daarvan hebben we de 'Duiding toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb' geschreven. We sturen u hierbij dit document toe. We willen u de volgende vragen stellen:

- 1. Geeft deze duiding u duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?*
- 2. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van het begrip toezicht?*
- 3. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt mbt de uitleg van toezicht bij meerzorg?*

Het betreft uitdrukkelijk een inhoudelijke consultatie. Beleidsmatige wenselijkheden vallen buiten de scope van deze duiding. Graag ontvangen we uw reactie uiterlijk 9 september 2022. U kunt deze zenden naar Mdenhaan@zinl.nl.

Na het lezen van de samenvatting heb ik begrepen dat de duiding / het advies betrekking heeft op Meerzorg van Wlz-zorg in de thuissituatie die wordt geleverd via een mpt of pgb. Dat het probleem van de omvang van toezicht niet speelt wanneer er sprake is van de leveringsvormen zzp of vpt. Aangezien dit bij ons al tot een soort spraakverwarring heeft geleid zou graag zien dat het begrip Meerzorg verder verduidelijkt wordt in het stuk.

Graag wil ik dit telefonisch verder toelichten.

Met vriendelijke groet,

XXXX

Beleidsmedewerker | Directie Regulering

XXXX



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Dag [M],

Via Ineke ontvingen we de 'Duiding toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb'.

Wij hebben daar op dit moment geen opmerkingen bij.

Het stuk bevestigt ons idee dat in de breedte de indicatiestelling en bekostiging van zorg op basis van de bestaande zorgprofielen niet meer goed past bij de Wlz, waarin de cliënt de zorg ook thuis kan ontvangen.

We blijven graag op de hoogte van het vervolg.

met vriendelijke groet,

X

Adviseur Analyse en Advies

CIZ

Orteliuslaan 1000

3528 BD Utrecht

Postbus 2062

3500 BG Utrecht

M XXXX

E XXXX@ciz.nl

I www.ciz.nl

aanwezig: maandag, dinsdag, woensdag, donderdag

Zorg vanuit de Wlz aanvragen? Ga naar www.mijnwlzaanvraag.ciz.nl

Geachte mevrouw Den Haan,

Dank voor de vraag. Toezicht (beoordelen) valt buiten de scope van ons werk, het is veel meer een vraagstuk/dilemma voor zorgkantoren en budgethouders. Deze inhoudelijke consultatie laten we dan ook aan ons voorbij gaan, ook omdat we het niet passend vinden om als een van de geconsulteerde partijen benoemd te worden terwijl het zoals gezegd buiten de scope van ons werk valt.

XXXX

Programmaleider GZ / Meezorg

www.cce.nl



Werkdagen: ma t/m do

Tel: XXXX

Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

www.cce.nl /// <https://cce.nl/publicatie/begrijp-de-context-verander-het-probleemgedrag>

Reactie ZN (21 januari 2023)

Aanleiding

Zorginstituut Nederland heeft afgelopen jaar de “*Duiding en advies over toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb*” opgesteld. Dit rapport spitst zich toe op toezicht in het kader van meerzorg bij de leveringsvormen mpt en pgb, en heeft tegelijkertijd ook betrekking op de problemen over de bepaling van de omvang van het toezicht voor zover deze spelen bij de leveringsvormen verblijf en volledig pakket thuis (vpt). Naar aanleiding van aan het Zorginstituut voorgelegde meerzorggeschillen over de vraag of en hoe meerzorg kan bestaan uit toezicht, in welke mate dat dan kan, hebben zij deze duiding opgesteld.

Deze duiding is net na de zomer bij veldpartijen geconsulteerd, echter heeft ZN per abuis deze consultatie niet ontvangen. ZiNL en VWS willen echter wel graag onze reactie ontvangen, waardoor wij op dit moment in het traject alsnog van de gelegenheid gebruik maken om reactie te geven. *Geeft deze duiding u geeft duidelijkheid over toezicht en de wijze waarop dit binnen meerzorg een plaats heeft? Waarom (niet)?*

Reactie ZN op duiding en advies over toezicht in kader meerzorg thuis

De beoordeling van de duiding hangt af van het doel dat de duiding moet dienen.

In onze ogen spelen er in dat kader twee zaken:

1. Het verduidelijken van de term toezicht ten behoeve van de uitvoeringspraktijk. De duiding geeft aan dat er in sommige casussen sprake is van toezicht, anders dan bedoeld met ‘toezicht’ volgens de Wet langdurige zorg en mogelijk anders dan verdisconteerd in het zorgprofiel. Om dit verschil inzichtelijk te maken is het noodzakelijk het ‘toezicht verdisconteerd in het zorgprofiel’, nader toe te lichten en/of het ‘zorgprofieloverstijgende toezicht’ verder te duiden.
2. Het achterliggende maatschappelijke knelpunt, namelijk de grenzen aan betaalde zorg thuis. Dit is de aanleiding geweest van de geschillen die hebben geleid tot deze duiding.

De duiding biedt een aantal aanknopingspunten voor de uitvoeringspraktijk, waaronder het uitgangspunt dat eenvoudig/passief toezicht uit het zorgprofiel wel bekostigd kan worden, maar niet uit de meerzorg. Daarnaast het aanknopingspunt dat ondoelmatigheid thuis door schaalverkleining per definitie niet uit de meerzorg vergoed kan worden. Dit biedt duidelijkheid over welke zorg dus wel onder de meerzorg valt.

Echter is het toekennen van toezicht écht maatwerk. De mate en vorm waarin toezicht plaatsvindt, hangt volledig af van de situatie van de cliënt.

1. *Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt met betrekking tot de uitleg van het begrip toezicht?*

De duiding snijdt ons inziens een maatschappelijk ervaren knelpunt aan (namelijk de grenzen aan betaalde zorg thuis), maar voorziet niet in een advies/leidraad hoe een medisch adviseur toezicht -anders dan men nu doet- zou dienen te beoordelen.

Er zijn momenteel al richtlijnen t.a.v. de wijze waarop de zorg en het toezicht thuis ingericht moeten worden (denk hierbij aan de 40-uurs norm, vergoedingenlijst etc.). Op dit moment voelen de medisch adviseurs betrokken bij de casuïstiek reeds de ruimte op casusniveau maatwerk te leveren, waarbij doelmatige en verantwoorde zorg het uitgangspunt is.

Toegevoegde waarde duiding onvoldoende

De zorgkantoren zijn van mening dat de toegevoegde waarde van de duiding evenals het verduidelijken van zorgprofielen onvoldoende is als het gaat om het oplossen van het maatschappelijke knelpunt (punt B bij reactie op vraag 1). Om dit knelpunt op te lossen moet het gaan over de vraag hoe je de grenzen aan de zorg thuis uitlegt aan de cliënt of naaste. Daarnaast gaat het ook over vroegtijdig cliënten en hun naasten informeren en voorbereiden op het moment dat zorg thuis (inclusief het 'toezicht') niet meer mogelijk is. Nu zien zorgkantoren dat dit besef soms (te) laat komt, en men is nog niet klaar voor de overstap naar ZIN.

Eenzijdige definitie van doelmatigheid

In het licht van het achterliggende maatschappelijke knelpunt geven zorgkantoren aan dat de definitie doelmatigheid eenzijdig is. Er spelen meer factoren mee dan alleen de vergelijking met instellingszorg, bijvoorbeeld de doelmatigheid van uurtarieven van zorgverleners, kwaliteit van de zorg etc.

Een algemene opmerking die het stuk daarnaast oproept is de vergoeding van toezicht uit het 'basis' profiel (dus zonder meerzorg). In het stuk wordt duidelijk aangegeven dat alle varianten van toezicht uit het pgb gefinancierd mogen worden, mits het vergoed kan worden binnen 100-125% van het pgb budget. Alle Wlz zorg, ingezet binnen dat budget, wordt gezien als doelmatige besteding omdat de zorg in het geheel goedkoper is dan instellingszorg. Hierbij is het dus niet meer relevant of de zorg an sich doelmatig is, en bijvoorbeeld goedkoper zou kunnen in een instelling. Zorgkantoren vinden het belangrijk om ook kritisch te kijken naar dit aspect van toezicht.

Doelmatigheid gaat in de ogen van zorgkantoren ook over wat is redelijk om vanuit gemeenschapsgeld te vergoeden. Een suggestie zou zijn om in het kader van toezicht vanuit het pgb bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen toezicht als onderdeel van een zorgfunctie en passief toezicht (zonder noodzaak tot actieve observatie). De laatste vorm van toezicht zou dan niet passend zijn binnen het pgb tenzij deze aan een groep geleverd wordt.

De in de duiding gehanteerde definitie van doelmatigheid sluit tevens niet aan bij toekomst waarbij meer mensen thuis zullen moeten blijven wonen met zorg en een intramurale plek niet zondermeer voor handen is, o.a. door vergrijzing, personeelskrapte en vastgoedproblematiek.

Overall is de conclusie dat de toegevoegde waarde van de duiding nog te summier is. Het sluit nog onvoldoende aan om de knelpunten in de beoordeling van meerzorg / toezicht op te lossen. Tevens sluit het onvoldoende aan op de transitie "langer thuis".

3. Hebben we essentiële zaken over het hoofd gezien of onjuiste afwegingen gemaakt met betrekking tot de uitleg van toezicht bij meerzorg?

Zie antwoord bij vraag 2.

Reactie PerSaldo**Van:** XXXX <XXXX@pgb.nl>**Verzonden:** donderdag 9 maart 2023 11:38**Aan:** Haan, mw. M. den <MdenHaan@zinl.nl>**CC:** XXXX <XXXX@pgb.nl>**Onderwerp:** Reactie conceptrapport Zorginstituut + bijlage Maatwerkindicatie notitie CIZ, CCE en PS

Beste [M],

Nog heel erg bedankt voor de mogelijkheid om te reageren op het conceptrapport van het Zorginstituut. Hierbij tref je onze reactie aan en ik hoop dat deze nog als bijlage opgenomen kan worden in het rapport. Ook tref je een bijlage aan die wij samen met het CIZ en het CCE hebben gemaakt. Dit is een oud rapport, maar nog steeds actueel.

Onze reactie:

Per Saldo deelt de conclusie van de duiding dat slechts een grove inschatting kan worden gemaakt van het oordeel dat de hulpvrager 25% meer zorg (en toezicht) nodig heeft dan dat hij/zij met zijn of haar profiel in een instelling zou krijgen. Als gevolg daarvan is de situatie ontstaan dat zorgkantoren en hun medewerkers eigen beleid en regels zijn gaan hanteren, waardoor willekeur kan ontstaan. Daarom onderschrijft Per Saldo nadrukkelijk het advies van het Zorginstituut aan de minister om de referentie te verduidelijken en te verscherpen aan de hand waarvan kan worden bepaald wat de zorg is die verzekerd is op grond van het geïndiceerde zorgprofiel en hier de bekostiging vervolgens zo goed mogelijk op aan te sluiten. Per Saldo vindt dat het daarbij niet alleen gaat om een beschrijving van de zorg maar ook om de wijze waarop het budget van het basisprofiel berekend moeten worden zodat er voldoende zorg voor kan worden ingekocht.

Daarbij vragen wij aandacht voor de onderstaande punten.

Doordat de bedragen die beschikbaar zijn voor de zorg thuis (Bijlage H) niet zijn meegegroeiwd met de tarieven van de intramurale zorg zijn de budgetten voor veel budgethouders te laag om de gewone zorg thuis in te kopen en zijn zij om deze reden genooddaakt een beroep te doen op EKT of meerzorg. Wellicht kan een ophoging van het EKT een oplossing bieden. Het niet meegroeien met de budgetten voor de intramurale zorg is in het bijzonder problematisch voor de budgethouders die in een wooninitiatief wonen omdat zij in principe geen beroep kunnen doen op EKT.

Het feit dat de ophoging EKT niet voldoende is om uit te komen met het budget is op zichzelf al een aanwijzing dat er waarschijnlijk sprake is van een uitzonderlijk zorgvraag. Het feit dat de zorgprofielen dermate globaal zijn opgesteld dat onduidelijk is uit welke uren zij zijn opgebouwd, betekent echter niet dat de berekening van meerzorg aan de hand van het aantal uren van de benodigde zorg los moet worden gelaten.

De duiding stelt dat het al dan niet inzetten van de sociale omgeving geen rol speelt bij de indicatie van meerzorg en ziet als voor de hand liggend dat de informele zorg een vorm van toezicht voor zijn of haar rekening neemt, waarbij gedacht wordt aan opzichzelfstaand toezicht voor zover dat onder begeleiding valt behorende bij het profiel. Het is gewenst het begrip opzichzelfstaand toezicht nader uit te werken aan de hand van de praktijk. Meerzorg is niet bedoeld om toezicht in te kopen. Naar de mening van Per Saldo doet zich hier het probleem voor dat we niet weten hoeveel toezicht onderdeel uitmaakt van het profiel. Ook dit dient nader te worden uitgewerkt om te kunnen bepalen hoeveel toezicht er door de budgethouder zelf zou moeten worden geregeld.

In de praktijk blijkt dat heel veel budgethouders gebruik moeten maken van ingewikkelde regelingen om voldoende budget beschikbaar te krijgen. De wens van Per Saldo is dat de profielen voor veel meer budgethouders passend zijn voor hun individuele situaties. Belangrijk is dat het perspectief voor de lange termijn gericht blijft op het ontwikkelen van een maatwerkindicatie en gebaseerd is op de individuele zorgbehoefte van de budgethouder, waarin de totale hulpvraag in beeld wordt gebracht, dus in één hand komt te liggen (zie ook de bijlage).

Met vriendelijke groet,

XXXX

XXXXXXXXXX

XXXX@pgb.nl

XXXX

aanwezig | maandag, dinsdag en donderdag



Bezoekadres Churchillaan 11, 3^e etage, 3527 GV UTRECHT

Postadres Postbus 19161, 3501 DD UTRECHT



Volg ons op:

Indicatiestelling meerzorg

Inleiding

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

Integrale indicatiestelling voor pgb-houders

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

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

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

Aline, Daan en Rieneke hebben als volgt geredeneerd.

Meerzorg-aanvragen waarbij probleemgedrag niet op de voorgrond staat

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

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

Een eigen benadering voor meerzorg bij probleemgedrag.

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

Dit op grond van de volgende overwegingen:

- Probleemgedrag is geen cliëntkenmerk maar het resultaat van een negatieve wisselwerking tussen een (kwetsbare) cliënt met en zijn omgeving. Het vaststellen en onderzoeken van deze wisselwerking vraagt bijzondere expertise, die bij het CCE voor handen is. De expertise van het CIZ is een andere.

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

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

Onderscheid tussen meerzorg voor pgb-houders en zorg in natura

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

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

Als er sprake is van zorg in natura is het belang *voor de cliënt* om vooraf te weten of er wel of geen meerzorg-middelen beschikbaar zijn minder urgent. De verantwoordelijkheid voor het verwerven van de noodzakelijke middelen voor een passend zorgaanbod ligt dan immers bij de zorgaanbieder⁴⁴. Bij de combinatie meerzorg – zorg in natura – probleemgedrag verdient de huidige procedure via het zorgkantoor nadrukkelijk de voorkeur. Context en zorgplan – belangrijk voor onderzoek en advies bij probleemgedrag – zijn in principe pas bekend na opname, dus na de indicatiestelling. De route via het zorgkantoor laat bovendien ruimte voor de verdere ontwikkeling van een meer kwalitatieve benadering zoals hierboven beschreven.

In alle gevallen geldt nog de doelmatigheidstoets van het zorgkantoor.

Advies

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

Samenvattend:

- Uitgangspunt is dat het CIZ uitspraken doet over alle indicaties inclusief meerzorg.

⁴⁴ Neemt niet weg dat ook de zorgaanbieder moet kunnen rekenen op snelle afhandeling van een eventuele meerzorg-aanvraag. Een en ander conform bestaande regelgeving.

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

Utrecht, 14 augustus 2015

Colofon

Volgnummer	2022009449
Contactpersoon	A. de Wildt 020-7978227
Uitgave	Zorginstituut Nederland
Afdeling	Zorg
Team	Langdurige Zorg
Uitgebracht aan	Minister voor Langdurige Zorg en Sport