

Vergaderjaar 2016–2017

34 104

Langdurige zorg

Nr. 177

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 mei 2017

De Wet langdurige zorg (Wlz) is ruim twee jaar van kracht. In deze periode heeft de uitvoeringspraktijk van de Wlz een ontwikkeling doorgemaakt. Vanaf 1 januari 2015 is eerst stevig ingezet op een zorgvuldige invoering en rechtmatige uitvoering van de Wlz. Na de afronding van de implementatie van de Wlz is gestart met het centraal stellen van vernieuwing van de uitvoeringspraktijk van de Wlz. In de brief «Waardig leven met zorg»¹ zijn deze ambities beschreven. Deze voortgangsrapportage Wlz is de tweede rapportage over de vernieuwing van de uitvoeringspraktijk van de Wlz. De brief «Waardig leven met zorg» schetst een perspectief van vernieuwing waarin centraal staat dat iedereen die is aangewezen op langdurige zorg vanuit de Wlz ongeacht zijn beperking zoveel mogelijk het leven moet kunnen leiden dat hijzelf wil leven.

In deze voortgangsrapportage ga ik in op de stand van zaken in het proces waarin sterk is ingezet op vernieuwing. Deze vernieuwing is erop gericht om betere zorg voor de cliënt te bewerkstelligen. Er zijn stappen gezet op het gebied van het maatwerkprofiel. Ook is het experiment persoonsvolgende zorg officieel van start gegaan op 1 januari 2017. Op het gebied van technologie zijn mooie resultaten bereikt. Tijdens de Nederlandse E-health week is de Health Deal gesloten rondom Academy Het Dorp. 52 organisaties gaan samenwerken op het gebied van technologische innovatie binnen de gehandicaptenzorg.

Naast deze inzet op vernieuwing vind ik het van belang om alert te blijven op zaken die erop wijzen dat de uitvoering van de wet nog niet optimaal dienstbaar is aan mensen met intensieve zorg. Samen met veldpartijen wil ik werken aan oplossingen die eraan bijdragen dat de uitvoering verder verbetert. Voorbeelden hiervan zijn de problemen rondom de bekostiging van diagnostische IQ-tests in het indicatieproces van de Wlz en de onduidelijkheid over de reikwijdte van huishoudelijke hulp binnen

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 105

de Wlz. In het laatste geval heeft dit geleid tot een tijdelijke oplossing. In het geval van de IQ-tests ben ik in gesprek met betrokken organisaties om te komen tot een structurele oplossing.

Een ander belangrijk onderwerp dat in deze voortgangsrapportage aan de orde komt, betreft de precieze reikwijdte van de Wlz. De afbakening tussen de Wlz en de Zvw bij de aanspraak op verpleging, voor cliënten met een Wlz-indicatie en met betrekking tot trombosezorg, is verduidelijkt. Er zijn ook nog enkele onderzoeken rondom de afbakening van de Wlz gaande. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar het afwegingskader voor de toegang van kinderen tot de Wlz.

In deze rapportage ga ik ook in op de uitwerking van aanvaarde moties en toezeggingen. Bij de indeling van deze voortgangsrapportage gebruik ik de in de brief «Waardig leven met zorg» beschreven indeling, namelijk: toegang, bekostiging, inkoop en innovatie van zorgverlening. Daarnaast stel ik u op de hoogte van de signalen vanuit monitoring en informatiekanaalen en de evaluatie van het huisvestingsbeleid in de langdurige zorg. Voorts informeer ik u over de voortgang inzake het terugdringen van psychofarmaca.

I Toegang

a. Toegang tot de Wlz van jeugdigen

De leden Otwin van Dijk en Bergkamp hebben twee moties ingediend over voorlichting en afbakening bij de domeinovergang van kinderen die 18 jaar worden. In de eerste motie² wordt gevraagd om ouders van meervoudig of zwaar gehandicapte kinderen te faciliteren met uitgebreide voorlichting over juridische zaken die wijzigen als hun kind 18 jaar wordt. Daarnaast wordt er in deze motie aandacht gevraagd voor het waarborgen van de zorgcontinuïteit. Ten behoeve van het uitvoeren van deze motie is onder andere gesproken met leder(in) en de VGN. Uit deze gesprekken komt naar voren dat deze organisaties (beperkt) vragen ontvangen met betrekking tot deze onderwerpen. De vragen die zij ontvangen zijn vooral gericht op zaken als wettelijke vertegenwoordiging. In het uitvoeren van de motie heb ik daarom hier de nadruk op gelegd.

Zorgcontinuïteit

Veelal is ruim voordat kinderen 18 jaar worden duidelijk of zij toegang hebben tot de Wlz op grond van hun beperkingen na een periode van intensieve kindzorg vanuit de Zvw. Indien geen recht op Wlz-zorg bestaat ontvangen deze kinderen wanneer zij 18 jaar worden verpleegkundige zorg en begeleiding uit de Zorgverzekeringswet en/of Wmo 2015. Wanneer het kind is aangewezen op Wlz-zorg zorgt de wijk- of kinderverpleegkundige ervoor dat hiervoor tijdig contact wordt gelegd met het CIZ. Tot er een geldige Wlz-indicatie is blijft de Zvw verantwoordelijk voor de medische zorg.

Daarnaast komt het in enkele gevallen voor dat wanneer een kind 18 jaar wordt, het te maken krijgt met een overgang vanuit de Jeugdwet naar de Wlz. Jeugdzorginstellingen zullen hiervoor tijdig het CIZ benaderen. Het is niet altijd op voorhand duidelijk welke kinderen zullen instromen in de Wlz. Om te voorkomen dat kinderen van het kastje naar de muur worden gestuurd, is het belangrijk dat de afbakening tussen de Jeugdwet en de Wlz beter bekend wordt bij gemeenten. In mijn brief van 25 januari 2017³

² Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 66

³ Kamerstuk 31 839, nr. 559

heb ik u geschetst welke acties ik nu al onderneem om kwetsbare jongeren te ondersteunen bij hun overgang naar volwassenheid.

Voorlichting

Voor de wet is iedere Nederlander vanaf 18 jaar meerderjarig en daarmee ook beslissingsbevoegd. Tot 18 jaar kunnen ouders als wettelijk vertegenwoordigers voor hun kind de financiën regelen en beslissen over de inzet van zorg. Ouders worden door verschillende instanties tijdig geïnformeerd over wijzigingen met betrekking tot algemeen geldende zaken zoals de zorgverzekering, zorgtoeslag en kinderbijslag. Daarnaast zijn er zaken waar uitsluitend ouders mee te maken krijgen wanneer het kind op de leeftijd van 18 jaar niet beslissingsbevoegd is. Het gaat om het tijdig in stellen van mentorschap, bewindvoering of curatele. Daarnaast dient een gewaarborgde hulp te worden vastgesteld wanneer de zorg wordt georganiseerd middels een pgb. Het is van belang dat wettelijke vertegenwoordiging en (zo nodig) de gewaarborgde hulp tijdig worden geregeld waardoor de zeggenschap over de invulling en de financiering van de zorg niet in gevaar komen. Verder geven cliëntorganisaties aan dat het nodig is ouders te informeren over de eigen bijdrage die vanaf het 18^e jaar wordt opgelegd en het aanvragen van een uitkering wanneer deze jongeren op hun 18^e niet kunnen werken en geen opleiding volgen. Ik vind het belangrijk dat ouders op bovenstaande onderwerpen tijdig kunnen beschikken over de juiste informatie. Daarom ga ik organiseren dat vanaf het voorjaar van 2017 uitgebreide informatie over deze onderwerpen beschikbaar via de websites regelhulp.nl en informatielangdurigezorg.nl. Daarnaast worden ouders via cliëntondersteuners geholpen en zullen verschillende belangenorganisaties op de beschikbaarheid van deze voorlichting wijzen. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierbij een belangrijke rol.

Afwegingskader toegang van jeugdigen

Naar aanleiding van een motie⁴ van de leden Otwin van Dijk en Bergkamp heeft bureau HHM een onderzoek uitgevoerd naar een apart afwegingskader voor toegang tot de Wlz voor kinderen.

Bijgevoegd bij deze voortgangsrapportage vindt u het rapport over dit onderwerp⁵. Het is van belang dat ik mijn beleidsreactie met de VNG en het CIZ afstem. Deze volgt voor het zomerreces.

b. Afname van personen van 18 tot 24 jaar met een lvg-profiel

Tijdens het AO Wlz van 24 november 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 150) heb ik toegezegd dat in de eerstvolgende voortgangsrapportage Wlz specifiek zal worden ingegaan op de afname van het aantal personen van 18 tot 24 jaar met een lvg-profiel. Dit onderwerp maakt deel uit van lopend onderzoek naar de groei verstandelijk gehandicapten in de langdurige zorg. Dit onderzoek wordt binnenkort afgerond. In een volgende voortgangsrapportage Wlz zal ik hierop terugkomen.

c. Herindicatie van cliënten met een ggz-b indicatie

Binnen de Wlz zijn er bijna 8.000 cliënten met een ggz-b indicatie. Zij hebben op grond van het overgangsrecht een indicatie gekregen voor drie jaar. Dit overgangsrecht van drie jaar loopt af op 1 januari 2018. Dit jaar zal daarom het CIZ samen met de betrokken behandelaars een herindica-

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 119

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

tietraject uitvoeren. Op grond van de Wlz is het aan de behandelaar om te bepalen of de cliënt nog steeds is aangewezen op behandeling met verblijf. Zo ja, dan geeft het CIZ een nieuw ggz-b besluit af voor maximaal drie jaar. Het streven is om dit traject uiterlijk 1 juli 2017 af te ronden. Cliënten en hun behandelaars hebben dan voldoende tijd om zorg en ondersteuning vanuit een ander domein te regelen. Daarnaast geeft dit gemeenten en zorgverzekeraars de tijd om voldoende zorg en ondersteuning in te kopen.

Ik ben met de betrokken partijen in gesprek om te zorgen voor een goede afstemming, duidelijke communicatie richting cliënten en behandelaars en, indien van toepassing, een zorgvuldige overgang voor de cliënt naar de gemeente en/of zorgverzekeraar.

d. Herindicatietraject Wlz-indiceerbaren

In mijn brief van 7 juli 2016⁶ heb ik gerapporteerd over het herindicatietraject Wlz-indiceerbaren. In mijn brief heb ik u een verslag van het CIZ over de uitkomsten van traject in het vooruitzicht gesteld. Bijgaand treft u dit verslag aan⁷.

Voor de cliënten die voor onbepaalde tijd toegang hebben gekregen tot de Wlz heb ik een vangnetconstructie geregeld. Dit vangnet is op 1 januari 2017 in werking getreden. Op grond daarvan behouden cliënten vanaf 1 januari 2017 nog drie jaar lang minimaal de zorg die zij in 2016 hadden. Indien zij meer zorg nodig hebben, kunnen zij een aanvraag doen bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan dan zorg toekennen op basis van het geïndiceerde zorgprofiel. Een deel van de cliënten heeft inmiddels hierover contact gezocht met het zorgkantoor.

Ongeveer 3.300 cliënten zullen per 1 juli 2017 zorg en ondersteuning vanuit de Zvw of de gemeente krijgen. Het CIZ heeft alle cliënten hierover schriftelijk geïnformeerd. Met partijen zijn goede afspraken gemaakt om de overdracht goed te laten verlopen. Alle cliënten hebben op 1 april 2017 duidelijkheid gekregen over de zorg en ondersteuning die ze zullen krijgen vanuit de gemeente en/of Zvw. De pgb-houders onder hen hebben vanaf 1 april nog 3 maanden om de overeenkomsten in orde te maken.

Van de cliënten die zorg gaan ontvangen via de Wmo of Jeugdwet heeft het CIZ de persoonsgegevens overgedragen aan gemeenten. De VNG heeft hun leden hierover geïnformeerd via de ledenbrief. Daarnaast hebben gemeenten via Vektis informatie ontvangen over de zorg de cliënten nu ontvangen. Voor de zorginkoop van gemeenten is het van belang dat zij weten bij welke zorgaanbieders de cliënten nu zorg ontvangen. Vanaf 1 februari zijn gemeenten gestart om de cliënten actief te benaderen om een aanvraag te doen. Cliënten met pgb zijn via het infobulletin bij de pgb-beschikking nogmaals geïnformeerd over de overdracht per 1 juli en de mogelijkheden hulp in te roepen van een onafhankelijke cliëntondersteuner. De zorgkantoren zullen een belactie uitvoeren onder de pgb-houders die een aanvraag doen voor wijkverpleging vanuit de Zvw. Met de zorgverzekeraars is afgesproken dat zij volgen of alle cliënten daadwerkelijk een aanvraag doen. Voor de cliënten die naturazorg ontvangen is van belang dat ook de zorgaanbieders alert zijn dat hun cliënten tijdig een aanvraag doen bij de gemeente of wijkverpleegkundige. Aanbieders zijn geïnformeerd via het berichtenverkeer en hebben informatie gekregen via de VGN.

⁶ Kamerstukken 34 104 en 31 839, nr. 133

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

e. CIZ-kwartaalrapportage

In november 2016 en maart heeft het CIZ rapportages over het derde en vierde kwartaal van 2016 opgeleverd. Hierin rapporteert het CIZ over het aantal aanvragen en genomen besluiten voor Wlz-zorg en zorg vallend onder de Wlz-subsidieregelingen. Ook geeft de rapportage een beeld van de ontwikkeling van het aantal cliënten dat aanspraak heeft op Wlz-zorg.

Het CIZ ontvangt maandelijks circa 14.500 aanvragen. Hiervan zijn 9.000 reguliere aanvragen voor Wlz-zorg, 2.600 BOPZ-aanvragen en 2.500 aanvragen voor eerstelijnsverblijf (ELV) en circa 400 aanvragen voor overige zorgvormen. De laatste drie kwartalen is de maandelijks aanvragenstroom redelijk stabiel. Van de reguliere aanvragen voor Wlz-zorg leidt circa 90% tot een nieuw of gewijzigd besluit voor Wlz-zorg in termen van een zorgprofiel.

Op 1 januari 2017 hebben 290.000 cliënten aanspraak op Wlz-zorg op basis van een zorgprofiel. Dat is 1.800 meer dan op 1 oktober 2016. De verandering in de stand per 1 januari 2017 is sterk beïnvloed door de overheveling van ELV naar de Zvw per 1 januari 2017 en de instroom van Wlz-indiceerbaren wiens zorgprofiel is ingegaan per 1 januari 2017. Dit leidt per saldo tot een afname van het aantal cliënten met een VV-indicatie en een stijging van het aantal cliënten met een VG-indicatie. Het aantal cliënten met een hoog pakket in de VV en VG stijgt nog enigszins. De daling van het aantal cliënten in de lage pakketten zet zich voort, vooral in de sector VV.

U treft de rapportages aan op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport/inhoud/rapporten-ministerie-van-vws/rapporten-over-het-thema-care> en ook op de website van het CIZ: <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Paginas/Cijfers-en-feiten.aspx>.

f. Beleidsevaluatie Hervorming Langdurige Zorg: toegang tot zorg vanuit de Wlz

Het deelrapport «Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg» is gemaakt in opdracht en onder begeleiding van het SCP, als onderdeel van de beleidsevaluatie Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) die het SCP op verzoek van VWS uitvoert. Het rapport heb ik u op 24 januari 2017 aangeboden⁸.

BMC heeft onderzocht hoe aanvragers en professionals de toegangsprocedure ervaren. In dit onderzoek staan de ervaringen centraal van 652 aanvragers (zorgvragers of hun naasten), 278 medewerkers van het CIZ en 86 medewerkers van zorgkantoren. Samengevat:

- Zorgvragers en naasten zijn vaak positief over het aanvraagproces bij het CIZ, wel is er behoefte aan meer informatie over de Wlz.
- Er wordt weinig gebruik gemaakt van onafhankelijke cliëntondersteuning.
- Medewerkers van het CIZ zijn positief over de indicatiestelling.
- Zorg wordt veelal naar keuze geleverd.
- In praktijk wordt weinig extra keuzevrijheid ervaren om zorg vanuit de Wlz thuis te ontvangen.

⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 170

In het rapport wordt onder meer een aantal verbeterpunten beschreven dat betrekking heeft op de indicatiestelling voor de Wlz door het CIZ. Ik beschouw deze verbeterpunten als belangrijke signalen. Onderstaand ga ik in op een aantal van deze verbeterpunten.

Aanvraagproces bij het CIZ en informatie over de Wlz

Het indicatieproces wordt als klantgericht, zorgvuldig, snel en duidelijk ervaren. Wel kan de informatie over de afhandeling van de aanvraag beter, zo wordt aangegeven. Aanvragers en hun naasten hebben daarnaast aangegeven behoefte te hebben aan heldere informatie over de wettelijke toegangscriteria van de Wlz.

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

Ik zal, in samenspraak met het CIZ, verkennen op welke wijze cliënten beter kunnen worden geïnformeerd over de behandeling van de aanvraag, en over de wettelijke toegangscriteria van de Wlz. Vanaf 15 februari 2017 is de website www.informatielangdurigezorg.nl beschikbaar. Op deze website is informatie opgenomen over de wettelijke toegangscriteria, alsmede de eigen bijdrage in de Wlz. Daarnaast wijs ik op www.regelhulp.nl, de wegwijzer naar zorg en ondersteuning. Ik zal bezien of aan cliënten de informatie ook op andere wijzen ter beschikking kan worden gesteld.

Onafhankelijke cliëntondersteuning

De Wlz en Wmo 2015 voorzien in «onafhankelijke cliëntondersteuning» om aanvragers te helpen bij het vinden en organiseren van passende zorg. Hier zou meer bekendheid aan moeten worden gegeven, zo komt naar voren in het rapport.

Ik wil samen met het veld de vindbaarheid en bekendheid van cliëntondersteuning vergroten. Vanuit hun primaire verantwoordelijkheid zijn de zorgkantoren hierbij als eerste aan zet. De rol van VWS zal vooral faciliterend zijn.

Oordeel van medewerkers van het CIZ over indicatiestelling

Volgens de CIZ-medewerkers in het onderzoek verloopt de indicatiestelling over het algemeen goed. De beleidsregels voor de indicatiestelling geven voldoende houvast. Wel merken medewerkers van het CIZ op dat het indiceren van een aantal groepen zorgvragers moeilijk kan zijn. Het gaat hierbij vooral om kwetsbare ouderen met lichamelijke beperkingen en/of ouderdomsklachten, kinderen en jongvolwassenen en cliënten met een combinatie van een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening. Het vaststellen van de blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, of permanent toezicht, kan complex zijn.

Zoals ik al vaker heb aangegeven, staat voorop dat mensen de zorg en ondersteuning moeten krijgen die zij nodig hebben. De vertaalslag van de afbakening tussen de wettelijke domeinen in de praktijk, is niet altijd eenvoudig, ook al zijn de regels voor indicatiestelling voor zorg helder.

Periodiek vindt met het CIZ afstemming plaats over de kwaliteit van het indicatiestellingsproces.

Als onderdeel daarvan voert het CIZ kwaliteitsaudits uit. Dat leidt tot professionalisering binnen het CIZ.

Als een cliënt – een kwetsbare oudere, een kind of jongvolwassene, of een cliënt met combiproblematiek – geen indicatie heeft voor de Wlz, zijn de gemeenten en/of de zorgverzekeraars (Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet) er verantwoordelijk voor dat passende zorg en ondersteuning wordt geboden.

Ook vanuit de Zvw en/of de Wmo 2015 kan voor cliënten met een levenslange en levensbrede zorg- en ondersteuningsvraag, passende zorg worden georganiseerd in de eigen omgeving van de cliënt. Dit geldt dus niet alleen voor zorg vanuit de Wlz. De Zvw kent een breed basispakket waarvan verpleging en verzorging (wijkverpleging) deel uitmaken. Voor de Wmo 2015 geldt dat de individuele situatie van de cliënt leidend is, zodat de ondersteuning goed kan worden afgestemd op de behoefte van de cliënt en diens omgeving.

De levensbrede zorg en ondersteuning die nodig is voor mensen om langer thuis te kunnen blijven wonen wordt op veel punten nog verbeterd. Daar lopen afspraken over met veldpartijen, zoals bijvoorbeeld in het kader van de Ontwikkelagenda «Volwaardig Meedoen». In deze agenda is afgesproken welke doelstellingen (vertegenwoordigers van) gemeenten, cliënten en VWS gezamenlijk nastreven. Een reeks aan (gesubsidieerde) activiteiten en projecten worden door deze organisaties uitgevoerd die bijdragen aan dezelfde te behalen doelstellingen op lokaal niveau. Die doelstellingen zijn – 1. versterken van de positie van cliënt en mantelzorger, 2. meer maatwerk en meer levensbreed aanbod en 3. Een inclusieve samenleving verrijkt met maatschappelijke initiatieven. Als deze doelstellingen zijn behaald, dan kan gezegd worden dat de praktijk merkbaar beter is geworden voor de cliënt.

Keuzevrijheid in de praktijk

Medewerkers van zorgkantoren geven aan dat het proces met betrekking tot zorg vanuit de Wlz zonder verblijf in de praktijk nog verbeterd kan worden.

Mijn inzet is dat de Wlz bijdraagt aan meer keuzevrijheid van de zorgvragers, onder meer door het aanbieden van meerdere leveringsvormen thuis.

In mijn beleidsreactie op «Maatwerk in de Wlz»⁹ heb ik aangegeven dat ik voor alle cliënten die in de thuissituatie Wlz-zorg willen ontvangen, wil onderzoeken hoe meer rekening gehouden kan worden met persoonlijke omstandigheden. Ik heb het CIZ gevraagd om te verkennen hoe al bij de indicatiestelling meer maatwerk kan worden geboden. Ik zal u hierover voor de zomer nader informeren.

g. Cliëntondersteuning Wlz

Bijgevoegd bied ik u het rapport «Cliëntondersteuning in de Wlz; een rol van zorgkantoren» aan¹⁰. In dit rapport presenteert de NZa de uitkomsten van haar onderzoek naar cliëntondersteuning in de Wlz. Doel van dit onderzoek is vast te stellen of de zorgkantoren pro-actieve cliëntgerichte

⁹ Kamerstuk 34 104, nr. 167

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

dienstverlening bieden, zodat cliënten in de langdurige zorg tijdig passende zorg krijgen, met aandacht voor individueel welzijn. De NZa concludeert dat zorgkantoren hierin eerste stappen hebben gezet. Alle zorgkantoren hebben zich ingespannen om hun *zichtbaarheid* te vergroten, een *actievere invulling* van de cliëntondersteuning te realiseren en de *kwaliteit* van de informatievoorziening te verbeteren. Zorgkantoren hebben diverse goede initiatieven genomen om cliënten beter te kunnen begeleiden naar passende zorg, met aandacht voor individueel welzijn. Maar volgens de NZa is van een echte trendbreuk naar een gestructureerde aanpak met méér individuele zorgbemiddeling en ondersteuning nog geen sprake. Zorgkantoren zouden voor méér cliënten, méér moeten kunnen betekenen. Om deze trendbreuk te bewerkstelligen vraagt de NZa aan de zorgkantoren om verbeterplannen op te stellen.

h. Zorgplicht en wachtlijstbeheer

De NZa heeft in februari 2017 het rapport «Wachtenden in de langdurige zorg» gepubliceerd, dat gaat over de uitoefening van de zorgplicht door de zorgkantoren. Dit rapport is als bijlage aan deze brief toegevoegd¹¹. Conclusie is dat er veel goed gaat bij de zorgbemiddeling, maar er desondanks toch structurele verbeteringen moeten worden doorgevoerd. De NZa heeft de zorgkantoren opgedragen om verbeterplannen op te stellen.

De zorgkantoren zijn momenteel bezig met het uitvoeren van hun eigen actieplan om met alle cliënten contact op te nemen, teneinde hen meer proactief te bemiddelen. Hierbij verzamelen de zorgkantoren alle kwantitatieve en kwalitatieve informatie die nodig is voor het verbeteren van de zorgbemiddeling. Begin mei rapporteert ZN over de bevindingen van dit traject. Zoals ik heb toegezegd in mijn beleidsreactie van 3 november 2016¹² informeer ik uw Kamer nog voor het zomerreces over de resultaten, evenals over de structurele verbetermaatregelen op basis van de verbeterplannen van de zorgkantoren.

i. Onderzoek vertegenwoordiging bij het beheer van pgb

In de brief «voortgang portaal, pgb-Wlz en pgb-Zvw» van 16 december 2016¹³ heb ik u geïnformeerd over het onderzoek dat ik heb uitgezet naar vertegenwoordiging bij het beheer van een pgb voor budgethouders. Het gaat dan om het in kaart brengen van de huidige praktijk en toepassing van pgb-vertegenwoordiging in de vier zorgdomeinen, de eventuele knelpunten die zich daarbij voordoen en de mogelijke oplossingsrichtingen. Ik kan u melden dat het onderzoek inmiddels is gestart. Eind november 2017 is het onderzoek gereed.

II Bekostiging

a. Doorontwikkeling bekostiging Wlz

Op 21 maart 2017 heb ik van de NZa een advies over de doorontwikkeling van de bekostiging binnen de Wlz ontvangen. Bijgaand treft u dit advies aan¹⁴. In het rapport geeft de NZa (na consultatie van veldpartijen) aan dat de zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor de intramurale zorg als eenduidig, eenvoudig en flexibel worden ervaren. De NZa concludeert dat voor de intramurale zorg grootschalige veranderingen in de ZZP-systematiek (als bekostigingsinstrument) op dit moment onwenselijk en niet aan de orde

¹¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

¹² Kamerstuk 34 104, nr. 147

¹³ Kamerstukken 25 657 en 28 828, nr. 275

¹⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

zijn. De NZa geeft in hetzelfde rapport aan dat de langdurige zorg thuis nog niet helemaal is uitgekristalliseerd. Dat sluit aan bij hetgeen ik in mijn beleidsreactie van 20 februari 2017 op het gezamenlijk advies van de NZa en het Zorginstituut over het maatwerk(profiel) in de Wlz¹⁵ heb aangegeven. In die brief heb ik aangegeven dat ik voor alle cliënten die in de thuissituatie Wlz-zorg ontvangen, wil onderzoeken hoe bij de indicatiestelling meer rekening gehouden kan worden met persoonlijke omstandigheden, waarmee meer passende zorg en ondersteuning mogelijk wordt.

In het verlengde van de impactanalyse verpleegzorg¹⁶, zal de NZa ook ingaan op de verpleegzorg in de thuissituatie. Dit zal onderdeel uitmaken van het integrale kostprijsonderzoek dat eind 2017 beschikbaar komt.

b. Pgb-aanbieders gecontracteerd door zorgkantoren

Zoals in de brief Waardig leven met zorg is aangegeven, streef ik ernaar om voor kleinschalige zorgaanbieders de omzetting van pgb-bekostiging naar bekostiging op basis van zorg in natura te vereenvoudigen. Inmiddels zijn er tussen zorgkantoren en meerdere pgb-initiatieven gesprekken gaande over een mogelijke overstap en zijn er ook daadwerkelijk initiatieven die (voor een gedeelte) een overstap gemaakt hebben, zoals bijvoorbeeld Dagelijks Leven. Het aantal succesvolle omzettingen van pgb naar zorg in natura verschilt echter wel per zorgkantoor.

In de vorige voortgangsrapportage heb ik toegezegd te bezien in hoeverre de drempels met betrekking tot verantwoording en toetreding kunnen worden beperkt. In het afgelopen half jaar heb ik, om de overstap van pgb naar zorg in natura te stimuleren, overleggen gevoerd met alle betrokken partijen ((kleinschalige) zorgaanbieders, zorgkantoren, IGZ, ZN en het Zorginstituut) om de ervaren knelpunten bij een dergelijke overgang goed in beeld te krijgen. De meeste belemmeringen worden ondervonden bij regelgeving en verantwoording bij zorg in natura. Hierbij werd door partijen genoemd dat een aanbieder een contract moet afsluiten met een zorgkantoor, hij aangesloten moet zijn op I-Wlz (elektronische informatie-uitwisseling), moet beschikken over een WTZI-toelating en een NZa-rekenstaat moet invullen. Op zich zijn dit redelijke eisen, maar alles bij elkaar genomen kan dit voor (met name kleine) zorgaanbieders een reden vormen om niet over te stappen van pgb naar zorg in natura als daar geen andere voordelen tegenover staan. Daar komt bij dat de pgb-initiatieven het gevoel kunnen hebben dat zij minder snel in aanmerking komen voor een bezoek van de IGZ. Uit een gesprek met de IGZ is mij echter gebleken dat er geen verschil is in de criteria die worden gehanteerd bij het toezicht op pgb-gefinancierde initiatieven versus zorg in natura. Over de (ervaren) regeldruk en administratieve lasten binnen de Wlz en de aanpak ervan heb ik uw Kamer in een separate brief¹⁷ geïnformeerd.

Concreet zijn in de regelgeving twee bepalingen naar voren gekomen die als belemmerend worden ervaren bij het overstappen van pgb-initiatieven naar zorg in natura. Het gaat om de bepaling¹⁸ dat een zorgkantoor geen pgb verleent indien de verzekerde het voornemen heeft om dit pgb uitsluitend te besteden aan de inkoop bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast vervalt in sommige gevallen de wooninitiatieventoelage van pgb-houders. Momenteel verken ik de uitvoerbaarheid van het wegnemen van deze beperkingen.

¹⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 167

¹⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 266

¹⁷ Kamerstuk 29 515, nr. 400

¹⁸ Besluit langdurige zorg, artikel 3.6.2, eerste lid, onderdeel d

c. Huishoudelijke hulp in de Wlz

Met ingang van 2017 wordt huishoudelijke hulp voor Wlz-cliënten met een modulair pakket thuis (mpt) geleverd via het zorgkantoor vanuit de Wlz. Tot en met 2016 kregen zij deze hulp via gemeenten vanuit de Wmo 2015. Gemeenten hebben de huishoudelijke hulp voor bestaande cliënten met een mpt op 1 april 2017 overgedragen aan de zorgkantoren.

Onlangs is gebleken dat de reikwijdte van Wlz-aanspraak «*het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde*» zoals beschreven in de wet, voor mensen met de leveringsvormen mpt en pgb onbedoeld minder ruim is dan wat onder huishoudelijke hulp wordt begrepen. Praktisch zou dit voor Wlz-cliënten met een mpt of pgb tot gevolg kunnen hebben dat andere huishoudelijke taken, zoals het bereiden van maaltijden en het doen van de was, niet meer onder de aanspraak vallen. Tijdens het VAO Trekkingsrechten van 22 december 2016 heb ik toegezegd om spoedig hiervoor een oplossing te vinden (Handelingen II 2016/17, nr. 39, item 43).

Inmiddels ben ik in overleg met ZN, de zorgkantoren, het Zorginstituut en de NZa gekomen tot een voorlopige oplossing. Deze oplossing houdt in dat de aanspraak «huishoudelijke hulp» voor Wlz-cliënten met een pgb of mpt wordt verduidelijkt. Zoals ik tijdens het AO Decentralisatie Wmo en wijkverpleging van 1 februari 2017 reeds gemeld heb (Kamerstukken 29 538 en 34 104 en 29 509, nr. 237), betekent dit voor pgb-Wlz cliënten dat zij de huishoudelijke hulp op dezelfde manier kunnen declareren als in 2015 en 2016. Deze verbreding van de reikwijdte van huishoudelijke hulp geldt ook voor Wlz-cliënten die per 1 januari 2017 een mpt hebben.

Voor een definitieve oplossing is wijziging, met terugwerkende kracht, van de Wlz noodzakelijk. Ik ben dan ook voornemens om, in ieder geval voor verzekerden met een mpt of pgb, de Wlz aan te passen, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015. Totdat de definitieve oplossing gereed is, wordt de voorlopige oplossing toegepast.

Continuïteit in omvang

Ik heb signalen gekregen dat bij de overgang van huishoudelijke hulp van gemeenten naar zorgkantoren, er cliënten zijn die te maken krijgen met een teruggang in het aantal uren huishoudelijke hulp. Dit is het geval wanneer de door gemeenten geboden omvang van huishoudelijke hulp geheel of gedeeltelijk niet past binnen het voor 2017 al ingerichte budget in mpt en pgb. Ik vind het niet wenselijk dat mensen abrupt te maken krijgen met een teruggang van huishoudelijke hulp vanwege de overheveling van deze hulp van gemeenten naar de zorgkantoren. Daarom heb ik besloten om zorgkantoren in deze overgangssituatie voor het jaar 2017 de ruimte te bieden om meer zorg c.q. een hoger budget aan cliënten met een mpt of pgb toe te kennen dan de huidige regels toestaan. Het gaat dan om situaties waarbij het totaal aan benodigde zorg niet past binnen het geïndiceerde zorgprofiel en andere regelingen zoals de regeling «extra kosten thuis» of «meerzorg» bij de cliënt niet van toepassing zijn.

Dit betekent dat cliënten en zorgaanbieders voor het jaar 2017 afspraken kunnen maken met de zorgkantoren over het invullen van de zorg binnen het geïndiceerde zorgprofiel, indien de omvang van de huishoudelijke hulp niet binnen het mpt of pgb past. Ook deze maatregel zal ik met terugwerkende kracht tot 1 april 2017 regelen via een aanpassing van de Regeling langdurige zorg. Gedurende dit jaar wordt dan met de cliënt besproken hoe vanaf 2018 het totaal aan zorg wel binnen het mpt/pgb kan passen.

d. NZa-rapport openstaande vorderingen AWBZ

Als bijlage bij de voortgangsrapportage zend ik u het rapport «Openstaande vorderingen pgb AWBZ» van de NZa van 8 december 2016¹⁹. Met dit rapport doet de NZa haar jaarlijkse verslag over het aantal openstaande vorderingen AWBZ en de ontwikkelingen daarvan in vergelijking met de afgelopen jaren.

Uit het rapport blijkt dat het aantal nieuwe vorderingen afneemt. Ook het aantal budgethouders met openstaande vorderingen pgb AWBZ neemt sinds halverwege 2015 af. Wel blijft het aantal betalingen achter op 2015. Ook neemt de ouderdom van de openstaande vorderingen AWBZ toe. Het totaalbedrag aan openstaande vorderingen uit de gehele AWBZ-periode was € 184.405.000 in het tweede kwartaal van 2016.

Mede door de hoogte van dit bedrag heb ik bij de totstandkoming van de Wlz diverse maatregelen genomen. Zo vindt er een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling plaats. De toegang tot een pgb is daarnaast verscherpt en het bewustkeuzegesprek is voortgezet zodat een verzekerde bewust en goed geïnformeerd voor het pgb kiest en zijn pgb ook kan beheren. Met de komst van Wlz is ook de gewaarborgde hulp geïntroduceerd.

Met het trekkingsrecht zijn de controles van de achterkant naar de voorkant verschoven. Het pgb wordt bovendien niet meer op de eigen rekening van de budgethouder gestort. In de Wlz worden ook de huisbezoeken gecontinueerd en vinden er nog steeds materiële controles plaats.

Aandacht voor het voorkomen en terugdringen van openstaande vorderingen blijft, ook onder de Wlz, nodig. Vanaf 2017 ontvang ik daarom ook jaarlijks rapportages over openstaande vorderingen pgb Wlz. Totdat alle openstaande vorderingen pgb AWBZ zijn afgeboekt, dit zal in 2020 zijn, blijft de NZa mij periodiek hierover informeren. Deze rapporten zullen aan uw Kamer worden aangeboden.

e. Stand van zaken beleid te goeder trouw en aanspreken fraudeurs

Tijdens het AO trekkingsrechten pgb d.d. 21 december 2016 (Kamerstuk 25 657, nr. 281), heeft uw Kamer (mevrouw Volp, PvdA), gevraagd hoe vaak zorgkantoren al civielrechtelijk procederen en welke resultaten dit heeft opgeleverd.

Aanspreken fraudeur

De afgelopen jaren zijn in de AWBZ en Wlz stappen gezet om de risico's op fraude met pgb's in te perken. Waar toch sprake is van fraude moet de fraudeur worden verplicht de onterecht verkregen zorggelden terug te betalen. Eind 2015 heb ik hierover afspraken gemaakt met ZN en zorgkantoren. Uitgangspunt is dat budgethouders die te goeder trouw hebben gehandeld worden ontzien. Zorgkantoren beoordelen in individuele casuïstiek of de budgethouder te goeder trouw heeft gehandeld. Indien de fraude is veroorzaakt door een derde dan spreken zorgkantoren deze fraudeurs aan op civielrechtelijke wijze (via een akte van cessie of op basis van een onrechtmatige daad).

¹⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Civiel procederen

De afgelopen periode waren de inspanningen van zorgkantoren gericht op de budgethouders. De beoordeling te goeder trouw in individuele casuïstiek heeft van zorgkantoren extra inspanningen gevraagd. Het resultaat daarvan is dat zorgkantoren budgethouders die te goeder trouw hebben gehandeld hebben benaderd om de vordering over te dragen (via een akte van cessie). Ik kan u al melden dat er twee civiele zaken, met in totaal meer dan honderd budgethouders, zijn gestart. Andere civielrechtelijke en strafrechtelijke procedures zijn in voorbereiding. Hoeveel dit er concreet zullen worden, kan ik u nog niet melden.

f. Keurmerk pgb

Ik heb u toegezegd om te onderzoeken hoe we een keuze-instrument voor pgb-houders vorm kunnen geven en of dit aan kan sluiten bij al bestaande initiatieven. Via de Voortgangsrapportage van het programmaplan Rechtmatige Zorg – aanpak fouten en fraude van 25 oktober 2016²⁰ heb ik u geïnformeerd over het traject en de resultaten van de bijbehorende werkgroep van Per Saldo, de Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ), ZZP-Nederland, de VNG, de gemeente Nijmegen, Ieder(in), ZN en VWS. De conclusie van deze werkgroep is dat de al bestaande Hulpguids van Per Saldo een goed instrument kan zijn voor pgb-houders om een keuze te maken voor een pgb-aanbieder. Ook is geconstateerd dat deze hulpguids (www.persaldohulpguids.nl) nog onvoldoende bekend is. Daarom is met de Patiëntenfederatie afgesproken dat op www.ZorgkaartNederland.nl een verwijzing zal worden opgenomen naar de Hulpguids van Per Saldo. Daarnaast zal samen met Per Saldo de bekendheid van de Hulpguids verder vergroot worden.

g. Bekostiging IQ-test

In september 2016 heeft MEE Nederland aandacht gevraagd voor problemen rondom de bekostiging van diagnostische tests. Tijdens het AO Wlz op 24 november 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 150) heb ik toegezegd een oplossing te zoeken voor dit probleem. Voor de burger mogen daar geen kosten aan verbonden zijn.

In het indicatieproces voor de Wlz heeft het CIZ onder andere een IQ-test nodig om te bepalen of iemand een verstandelijke beperking heeft. De meeste mensen die een Wlz-indicatie aanvragen bij het CIZ hebben al in een eerder traject een IQ-test af laten nemen, bijvoorbeeld binnen het speciaal onderwijs. Er is echter een kleine groep mensen die nooit eerder een IQ-test heeft gemaakt. Om te voorkomen dat deze mensen als gevolg hiervan geen toegang kunnen krijgen tot de Wlz (omdat de grondslag niet kan worden vastgesteld) ben ik met het CIZ in overleg om een oplossing te zoeken voor dit probleem en heb ik hen gevraagd om een uitvoeringstoets. Over de uitkomsten hiervan zal ik u voor de zomer informeren.

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

Het Zorginstituut heeft medio maart 2015 een standpunt uitgebracht over de afbakening tussen de Wlz en de Zvw, bij de aanspraak op verpleging voor cliënten met een Wlz-indicatie. Het gaat hierbij om verpleging in het kader van Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT). Het standpunt stelt dat alle verpleging aan mensen met een Wlz-indicatie onder de Wlz valt. Uitzondering hierop is de verpleging die direct wordt

²⁰ Kamerstuk 28 828, nr. 98

aangestuurd door de medisch specialist; dan komt de verpleging ten laste van de Zvw.

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland heeft Gupta Strategists een onderzoek uitgevoerd naar de huidige uitvoeringspraktijk voor de MSVT. Dit onderzoek is als bijlage toegevoegd²¹.

De resultaten van dit onderzoek heeft de NZa betrokken bij de besluitvorming over de bekostiging van de MSVT. Per 1 januari 2018 wijzigt de bekostiging als volgt:

- De aparte prestatie voor MSVT voor zorgaanbieders die verpleging en verzorging thuis bieden vervalt. Zij kunnen deze zorg declareren onder de prestaties voor verpleging en verzorging.
- De prestatie MSVT binnen de medisch specialistische zorg blijft behouden.
- Binnen de langdurige zorg worden de zzp- en vpt tarieven per 1 januari 2018 verhoogd, in verband met de zorg die ten laste van het Wlz-kader gedeclareerd moet worden.

i. Trombosezorg voor de Wlz-cliënt in een zorginstelling vanuit de Wlz

Op 31 maart 2016 heeft het Zorginstituut Nederland een standpunt uitgebracht rondom trombosezorg. Er is vastgesteld dat trombosezorg voor een Wlz-cliënt die in een zorginstelling verblijft en daar behandeling ontvangt, onder de Wlz valt.

Met ingang van 1 januari 2018 zal de trombosezorg voor Wlz-cliënten die verblijven in een zorginstelling en daar behandeling ontvangen worden bekostigd vanuit de Wlz. De trombosezorg zal een integraal onderdeel worden van het zzp-tarief.

III Inkoop

a. Experiment persoonsvolgende zorg

Op 1 januari 2017 is het experiment persoonsvolgende zorg officieel van start gegaan. Het experiment is gebaseerd op mijn brief van 10 juni 2016²² en heeft nader vorm gekregen in een aantal beleidsregels van de NZa²³. Het experiment vindt plaats in de regio Rotterdam voor de gehandicaptenzorg (zorgkantoor Zilveren Kruis) en in de regio Zuid-Limburg (zorgkantoor CZ) voor de verpleging en verzorging. Doel van het experiment is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun wensen, behoeften en manier van leven past. Om dat doel te halen worden in het experiment een aantal lijnen uitgezet:

- het versterken van de positie van de cliënt;
- het vergroten van de keuzevrijheid door een gedifferentieerd aanbod;
- persoonsvolgende zorg binnen een intramurale instelling.

Voor elk van de experimenteerregio's zijn regionale projectleiders aangesteld. Deze hebben als taak, met partijen die betrokken zijn bij het experiment, er voor te zorgen dat cliënten op basis van goede informatie hun keuze kunnen maken.

²¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

²² Kamerstukken 34 104 en 25 657, nr. 129

²³ Beleidsregel van de NZa Experiment Persoonsvolgende inkoop 2017, BR/REG-17159 en Nadere regel - NR-REG-1733 Monitoring Experiment persoonsvolgende inkoop 2017

Daarbij is de overgang vanuit het bestaande zorgaanbod in de Wmo 2015, Zvw of jeugdhulp nog niet optimaal. De huidige (onafhankelijke) cliëntondersteuning onder de Wlz start nu pas na de indicatiestelling, terwijl in de praktijk de keuze voor een zorgaanbieder of een specifieke locatie dan al is gemaakt (onder meer zichtbaar uit het hoge aantal voorkeursaanbieders bij aanvraag van een indicatie). Daardoor wordt de keuze in de praktijk gemaakt veelal zonder dat er met de cliënt goed gekeken is naar de persoonlijke zorgvraag, behoeften en wensen in verhouding tot het bestaande aanbod. Met het opstarten van het proces van vraagverheldering wordt er in het experiment voor gezorgd dat de cliënt een keus maakt voor een zorgaanbod dat het best bij hem past. Daarbij is van belang dat er toegankelijke en complete informatie over het aanbod en de kwaliteit ervan beschikbaar is. Om extra onafhankelijke cliëntondersteuning mogelijk te maken is voor beide regio's een extra bedrag van ruim € 100.000 ter beschikking gesteld. Hiermee is invulling gegeven aan de motie Leijten.²⁴

Het vergroten van de keuzevrijheid door een gedifferentieerd aanbod aan te bieden, krijgt vorm doordat de betrokken zorgkantoren geen productieafspraken meer maken met zorgaanbieders. Zij vergoeden uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte. Alle bestaande en nieuwe zorgaanbieders die voldoen aan het inkoopkader van ZN en de zorgkantoren krijgen een contract. Mensen met een Wlz-indicatie kunnen kiezen van welke zorgaanbieders zij zorg in natura (ook extramuraal) willen ontvangen.

Het experiment wordt kwantitatief en kwalitatief gemonitord. De kwantitatieve monitoring gebeurt door de NZa. De kwalitatieve monitoring door Bureau HHM. Met deze monitoring kan het experiment gedurende de looptijd «gevoed» worden.

Het experiment wordt landelijk gevolgd door de stuurgroep Persoonsvolgende zorg waaraan naast vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS ook de Patiëntenfederatie Nederland, leder(in), VGN, ActiZ, Per Saldo, de NZa en de betreffende zorgkantoren deelnemen. De regionale projectleiders rapporteren regelmatig aan de stuurgroep over de stand van zaken van de uitvoering van het experiment. Waar nodig kan de stuurgroep de uitvoering in overleg met alle betrokkenen bijstellen.

b. Positie kleine zorgaanbieders

De Branchevereniging kleinschalige zorg constateert dat niet alle kleine aanbieders volledig zijn voorbereid of onvoldoende op de hoogte zijn van de vereisten die gelden om langdurige zorg op een verantwoorde wijze te kunnen leveren. In overleg met het Ministerie van VWS beziet de branchevereniging op welke wijze kleine aanbieders een versnelde professionaliseringsslag kunnen maken op het gebied van zorg en ondersteuning.

IV Innovatie van zorgverlening

a. E-Health week

Er zijn veel activiteiten op het gebied van e-health. De laatste keer dat u hier over bent geïnformeerd was in de Voortgangsrapportage «E-health en zorgvernieuwing»²⁵ op 6 oktober 2016. De E-Health week van 2016 die VWS met de Europese Commissie en HIMSS Europe heeft georganiseerd

²⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 144

²⁵ Kamerstuk 27 529, nr. 141

seerd²⁶ inspireerde tot vervolg. Daarom is van 21 t/m 27 januari 2017 de Nederlandse E-Health week georganiseerd. 249 organisaties hebben hun activiteiten gepresenteerd. Terwijl er al heel veel kan en de voordelen voor de patiënt en de omgeving evident zijn, wordt nog niet alle e-health gebruikt. Daarnaast gaan de technologische ontwikkelingen heel hard en zijn deze ontwikkelingen voor gezondheid en zorg van grote betekenis. De zorg kan hierdoor «van wachtkamer naar woonkamer» en de «koude» technologie biedt mogelijkheden voor warme zorg en voor meer regie van mensen over de eigen gezondheid. Patiënten met chronische aandoeningen kunnen met behulp van slimme technologie blijven werken en meedoen.

Een mooi voorbeeld is de iZi erwaarwoning, een demo-woning in Den Haag vol technologische hulpmiddelen, die ouderen helpen om langer zelfstandig te kunnen blijven. Ouderen kunnen er een tijdje verblijven en ervaren of ze met deze technologie uit de voeten kunnen. Zo is er bijvoorbeeld een digitale deurspion, een kookveiliger die het gas kan afsluiten als de rookmelder afgaat en een nachtlampje met bewegings-sensor voor als je 's nachts het bed uit moet. Voor mensen die vergeet-achtig zijn is er de kleine pratende robot Tessa die dagelijkse herinneringen en suggesties geeft en persoonlijke muziek speelt. Het project iZi is een samenwerking van de gemeente met woningcorporatie Haag Wonen, welzijnsorganisatie Xtra en verschillende leveranciers.

Vernieuwende hulpmiddelen geven vrijheid, bijvoorbeeld door de inzet van GPS-technologie voor dementerende ouderen en van insuline-pompjes voor kinderen met diabetes. Vernieuwing in de zorg zien we overal om ons heen. Gelukkig maar, want die vernieuwing is hard nodig als wij ook in de toekomst betere en betaalbare zorg willen.

b. Health Deal Academy Het Dorp

Eén van de mooie resultaten tijdens deze E-Health week is het sluiten van de Health Deal rondom Academy Het Dorp door 52 organisaties. Daarin werken zorgaanbieder SiZa, cliënten, kennisinstellingen, financiers, een zorgverzekeraar, bedrijven en overheden (naast VWS, EZ en SZW ook de Provincie Gelderland en de gemeente Arnhem) met elkaar samen, met als doel om innovatie in de langdurende zorg vanuit een breed perspectief te stimuleren. Door kennis te bundelen, effectiviteit te onderzoeken en innovaties in de praktijk door de eindgebruikers zelf uit te laten testen. Het gaat bij dit alles vooral om levensbrede innovaties specifiek ten behoeve van mensen met beperkingen. Naast zorg en ondersteuning gaat het om wonen en werken. Kerndoel is mensen ondanks hun beperkingen een zo zelfstandig mogelijk leven te laten leiden. Dit initiatief wordt door het Rijk gesteund (samenwerking VWS, EZ en SZW).

Voor uitgebreide informatie over de E-Health week verwijs ik naar de brief²⁷ terzake aan de Tweede Kamer van 9 februari 2017.

V Monitoring en informatiekkanalen

a. Ervaringen van cliënten

Om een goed beeld te krijgen van de ervaringen van cliënten met de hervorming van de langdurige zorg zijn vanaf 2015 verschillende informatiekkanalen beschikbaar, waaronder het Meldpunt Juiste Loket.

²⁶ Kamerstuk 27 529, nr. 139

²⁷ Kamerstuk 27 529, nr. 145

Het Meldpunt Juiste Loket is ingesteld voor cliënten die niet weten waar zij moeten aankloppen voor hun zorg of ondersteuning. In 2016 zijn er bij dit meldpunt ruim 4200 meldingen gedaan. 64% van de meldingen betreft een eenvoudige melding en 36% betreft casuïstiek van een complexere aard. Een groot deel van de vragen betreft de Wmo (43%). 23% van de vragen gaat over de Wlz.

In 2015 waren er nog ruim 8500 meldingen. De dienstverlening concentreert zich op de complexe casussen op het grensvlak van de verschillende domeinen. Bij deze casussen verricht het Meldpunt Juiste Loket zeer nuttig werk. Door een actieve interventie worden cliënten ondersteund bij het vinden van de juiste zorg en ondersteuning. Ik heb dan ook besloten om in 2017 het Juiste Loket te handhaven.

De gezamenlijke cliëntenorganisaties zijn op mijn verzoek gestart met een onderzoek naar de keuzepadten van de cliënten indien zij een beroep doen op de Wlz. Het onderzoek biedt inzicht in de keuzemomenten van de cliënten in de verschillende sectoren (GGZ, GHZ en V&V) en de informatie en ondersteuning die zij daarbij nodig hebben. Het onderzoek is begin mei afgerond. Het rapport treft u bijgaand aan²⁸. Uit het rapport komt naar voren dat de keuzepadten van de verschillende doelgroepen sterk verschillen. Tevens wordt stelsel van langdurige zorg als complex ervaren en is er behoefte aan meer ondersteuning bij het keuzeprocess. Het rapport onderstreept de noodzaak voor de extra activiteiten met betrekking tot informatievoorziening aan en ondersteuning van de cliënten.

b. Ervaringen van zorgaanbieders

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van zorgaanbieders met de Wlz heeft Vilans een analyse uitgevoerd die heeft geresulteerd in het rapport «Wlz-Monitor. Signalen van zorgaanbieders. Resultaten 2016». Het rapport treft u in de bijlagen aan²⁹. Het rapport kijkt vooral naar de ontwikkelingen 2016 ten opzichte van 2015.

Een andere bron betreft de helpdesk zorgaanbieders. Het aantal vragen dat door aanbieders aan de helpdesk is gesteld, is sterk afgenomen ten opzichte van 2015 (ruim 1600 vs ruim 600). Gezien het beperkte aantal vragen heb ik besloten de afzonderlijke helpdesk op april 2017 te beëindigen en zorgaanbieders ook in de gelegenheid te stellen om via het Meldpunt Juiste Loket hun vragen te stellen.

Uit de monitor Wlz 2016 komt het beeld naar voren dat zorgaanbieders hun administratieve systemen hebben aangepast aan de nieuwe situatie en dat zij goed op de hoogte zijn van de Wlz-ontwikkelingen.

Daarnaast wijzen de zorgaanbieders op een aantal aandachtspunten in de Wlz.

In 2016 was er extra druk op het eerstelijnsverblijf dat bij zorgaanbieders voor knelpunten heeft gezorgd. Inmiddels is in 2016 extra budget beschikbaar gesteld.

Een ander aandachtspunt betreft de levering van mpt en vpt. Een aantal aanbieders geeft aan dat het aanbod van deze leveringsvormen lastig te realiseren is, onder meer vanwege de omvang van de financiële vergoeding. Dit aspect zal worden meegenomen in het kostenonderzoek van de NZa. De resultaten van dit onderzoek komen eind 2017 beschikbaar.

²⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

²⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Tenslotte vormen de administratieve lasten een blijvend aandachtspunt. Uit de Vilans-rapportage blijkt dat het merendeel van de Wlz-aanbieders ook zorg en ondersteuning levert in het kader van de Wmo, de Jeugdwet of de Zvw. De administratieve verantwoording met betrekking tot de zorg en ondersteuning in de verschillende domeinen is dan ook de belangrijkste oorzaak van de ervaren administratieve lasten. Ik heb uw Kamer met mijn brieven van 30 maart 2017 (Wmo³⁰ en Wlz³¹) geïnformeerd over mijn aanpak van de regeldruk.

VI Psychofarmaca

Tijdens het VAO Ouderenzorg³² heb ik aangegeven de motie-Krol³³ over te nemen. Deze motie vraagt mij uw Kamer jaarlijks een voortgangsrapportage met zo concreet mogelijke gegevens inzake het terugdringen van psychofarmaca te doen toekomen. Hierbij voldoe ik aan deze motie.

Als bijlage treft u de Voortgangsrapportage aan van het programma «Het kan beter met minder» over 2016³⁴, uitgevoerd door Vilans in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP). Dit programma is officieel gelanceerd tijdens een kick-off bijeenkomst op 22 januari 2016. In mijn brief d.d. 29 maart 2016³⁵ heb ik hier al aan gerefereerd. Tijdens deze bijeenkomst konden zorginstellingen zich aanmelden voor deelname aan de pilots. Er doen momenteel 42 zorginstellingen mee. In de VG-sector blijft het aantal aanmeldingen achter. In december 2016 heeft Vilans met vertegenwoordigers uit de VG-sector besproken hoe deelname vanuit deze sector kan worden gestimuleerd. Het is de bedoeling dat gedurende de looptijd van het programma ten minste 50 organisaties aan de pilots meedoen.

De hoofdmoot van de activiteiten binnen het programma «Het kan beter met minder» wordt gevormd door het actieprogramma en onderzoek en monitoring binnen de deelnemende organisaties. De rapportage bevat nog weinig kwantitatieve data vanwege de aanloop, de werving van organisaties, en de start van de metingen. In de volgende jaarrapportage zal worden weergegeven hoe ver het psychofarmacagebruik binnen een instelling is teruggedrongen en welke interventies er bij de organisaties ingezet zijn. Het landelijk programma richt zich op het verder ontwikkelen van kennis rondom psychofarmaca en de verspreiding daarvan in het veld.

Naast het programma «Het kan beter met minder» lopen er trajecten voor richtlijnontwikkeling rondom omgaan met probleemgedrag, waarbij expliciet aandacht is voor (psychosociale) interventies die de inzet van psychofarmaca helpen voorkomen. Verenso is in 2015 begonnen met de herziening van de bestaande multidisciplinaire richtlijn voor de ouderenzorg. Eind 2016 startte de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) het traject voor de ontwikkeling van een richtlijn probleemgedrag voor de VG-sector. Dit wordt de eerste multidisciplinaire richtlijn voor deze sector.

³⁰ Kamerstuk 29 515, nr. 399

³¹ Kamerstuk 29 515, nr. 400

³² Handelingen II 2015/16, nr. 85, item 5

³³ Kamerstuk 31 765, nr. 206

³⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³⁵ Kamerstukken 29 477 en 25 424, nr. 368

In het AO Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen van 17 november 2016³⁶ heb ik toegezegd in mijn voortgangsrapportage psychofarmaca terug te zullen komen op de oproep van de KNMP om voor elk verpleeghuis een toezichthoudend apotheker aan te stellen. Hiermee zou de kwaliteit van de farmaceutische ouderenzorg beter kunnen worden gewaarborgd. Ook zou de apotheker kunnen toezien op het psychofarmacagebruik binnen de organisatie.

Bij de invoering van de Geneesmiddelenwet in 2007 is de toezichthoudende functie van de apotheker komen te vervallen. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hen geleverde zorg; ook voor de farmaceutische zorg. De IGZ houdt hier toezicht op.

Ik vind het echter van belang dat de apotheker meekijkt bij de verstrekking van psychofarmaca. In de «Veilige principes in de medicatieketen», die in maart 2012 zijn gepubliceerd door de Task Force medicatieveiligheid care (ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, Patiëntenfederatie NI en V&VN) en daarmee als veldnorm geldt voor de VVT, staat dat apotheker, arts en zorgorganisatie afspraken maken over periodieke medicatiebeoordeling bij cliënten waar dit relevant is en de rol van cliënt en zorgmedewerkers hierbij (stap 6.4). Daarnaast krijgen apothekers, bijvoorbeeld via de medisch farmaceutische beslisregels, een automatisch signaal als een middel in een te hoge dosering wordt voorgeschreven, als dit middel interfereert met andere medicatie, et cetera. Op basis van deze signalen kan de apotheker vervolgens handelen. Bij navraag onder apothekers hoor ik verschillende geluiden over of men ook een signaal krijgt als een psychofarmacon langer dan nodig wordt voorgeschreven, en zo ja, of er na een dergelijk signaal ook wordt gehandeld. Dat laatste lijkt in elk geval veelal niet te gebeuren. De huidige systematiek van medicatiebewaking lijkt dus effectiever te kunnen worden benut. Ik wil hier op korte termijn nader over doorspreken met de KNMP.

Ik ben echter van mening dat het nóg effectiever is als alle actoren in het medicatieproces – dus ook de (huis)arts als voorschrijver en de zorgmedewerker als degene die de medicatie dagelijks toedient - zich meer bewust zouden zijn van de eigen rol en verantwoordelijkheid en die van hun medespelers in dit proces, en zij elkaar hierop stelselmatig scherp houden. Ik zie met Vilans en met experts vanuit de betrokken partijen en de IGZ op welke wijze de diverse rollen en verantwoordelijkheden beter kunnen worden benut en waar nodig versterkt.

VII Antibiotica-resistentie

In het AO Infectiepreventie en ebola van 26 november 2014 (Kamerstuk 25 295, nr. 25) heeft de Minister toegezegd dat ik de NZa zou verzoeken om te onderzoeken of de beleidsregel MRSA zou kunnen worden verbreed naar alle relevante micro-organismen. Mijn verzoek en overleg met de NZa hebben er mede toe geleid dat er naast de beleidsregel MRSA een beleidsregel Bijzonder Resistente Micro-organismen (BRMO) is vastgesteld. Op 14 december 2016 maakte de NZa de beleidsregel BRMO uitbraak 2014–2016 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2014 bekend. De NZa heeft op 17 maart 2017 de beleidsregel BRMO 2017 bekendgemaakt, die met terugwerkende kracht geldt vanaf 1 januari 2017. Er is gekozen voor een aparte beleidsregel BRMO. De beleidsregel BRMO kan simpeler zijn dan de MRSA beleidsregel omdat de maatregelen die hier genomen worden eenvoudiger zijn en minder beperkingen en uitzonde-

³⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 252

ringen kennen. Met deze beleidsregels zijn er voor verpleeghuizen geen substantiële financiële belemmeringen om bij uitbraken resistentie te bestrijden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn