

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

168643-113003-HLZ

Bijlage(n)

2

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

Datum 6 november 2013

Betreft Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg

Geachte voorzitter,

In mijn brief van 25 april jongstleden heb ik de contouren geschetst van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning¹. Deze hervorming is gebaseerd op de visie dat de samenleving mensen meer mogelijkheden biedt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven, voor meer gelijke deelname en meer eigen regie. Wie ondersteuning en zorg nodig heeft, krijgt die zoveel mogelijk dichtbij, in de eigen leefomgeving. Deze ondersteuning en zorg zijn gericht op zelfredzaamheid van mensen en het versterken van de zelfstandigheid. Voor kwetsbare mensen die vanwege hun beperkingen niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen, en die een beschermende en veilige omgeving nodig hebben, is zorg beschikbaar via de nieuwe Wet Langdurige Zorg (Wlz). Hierdoor ontstaat een situatie, waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing vinden voor hun behoefte aan ondersteuning en in tweede instantie voor hun ondersteuning en/of zorg een beroep kunnen doen op gemeenten en de zorgverzekeraar respectievelijk in aanmerking kunnen komen voor zorg via de Wlz.

In het nota-overleg dat ik op 10 en 13 juni jongstleden met uw Kamer heb gevoerd, heb ik toegezegd de Tweede Kamer in een brief te informeren over de gevolgen van de hervorming voor bepaalde groepen, de besluitvorming over de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de mogelijkheden voor een persoonsgebonden-instrument in de Zorgverzekeringswet (Zvw), waardoor meer eigen regie mogelijk wordt. Ik heb deze toezegging herhaald in de brief 'Voortgang Hervorming Langdurige Zorg' van 9 juli jongstleden².

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april is aangekondigd dat er een nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw komt. Naast de extramurale verpleging die nu nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt, valt ook de extramurale persoonlijke verzorging die nauw met verpleging samenhangt onder de aanspraak wijkverpleging. Daarbij is

¹ TK 2012-2013, 30 597, nr. 296

² TK 2012-2013, 30 597, nr. 368

in de brief aangegeven dat er een nadere inhoudelijke verkenning zal plaatsvinden naar de samenhang tussen verpleging en verzorging. De brief die thans voor u ligt beschrijft de uitkomsten van deze verkenning, bevat een nadere uitwerking voor de positionering van persoonlijke verzorging en beschrijft de effecten op de premie voor zowel Wlz als Zvw.

In deze brief worden achtereenvolgens de volgende onderwerpen behandeld:

1. De nadere uitwerking van de positionering van de extramurale persoonlijke verzorging;
2. De nadere uitwerking van de besluitvorming over de positionering van de langdurige GGZ;
3. De effecten van de overhevelingen op de premie in Wlz en Zvw;
4. De mogelijkheden voor een persoonsgebonden-instrument in de Zvw;
5. De gevolgen van de hervorming voor bepaalde groepen cliënten.

In de genoemde brief van 9 juli jongstleden heb ik een overzicht opgenomen van de financiële effecten van de Hervorming van de Langdurige Zorg. In bijlage 2 heb ik een geactualiseerd overzicht van de financiële effecten waarin de besluitvorming uit voorliggende brief is verwerkt, opgenomen.

1. Nadere uitwerking persoonlijke verzorging

1.1 Positionering persoonlijke verzorging

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april jl. is aangekondigd dat er een nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw komt. Naast de extramurale verpleging die nu nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) valt, valt ook de extramurale persoonlijke verzorging die nauw met verpleging samenhangt onder de aanspraak wijkverpleging.

Conform hetgeen in de brief is opgenomen, is in kaart gebracht voor welke cliënten geldt dat er een nauwe samenhang is tussen verpleging en verzorging. Het blijkt dat dit voor de overgrote meerderheid van de cliënten geldt. Voor een kleine groep wordt ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals wassen, aankleden en douchen, meer in samenhang met begeleiding geleverd.

De behoefte aan samenhang tussen verpleging en verzorging komt voort uit de idee dat het onwenselijk is om lijfsgebonden zorg voor mensen - in de praktijk van alle dag - op te splitsen. Steeds meer thuiszorgorganisaties tonen aan dat, als het werk georganiseerd wordt in kleinschalige zelfsturende teams, die verpleging en verzorging integraal leveren, de zorg beter wordt afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënt en hierdoor de zelfredzaamheid verbetert. Dit is onder meer te danken aan de manier waarop (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden de zorg rondom de cliënt organiseren, namelijk door kennis en kunde te delen en af te stemmen wie de zorg verleent. Deze manier van organiseren is over het algemeen goedkoper en cliëntvriendelijker.

Uitgangspunt voor de positionering van verzorging is nadrukkelijk de *zorginhoudelijke* samenhang tussen vormen van zorg geweest, en niet de overlap tussen vormen van zorg en ondersteuning als zodanig. Het gaat dan ook niet

zozeer om het aantal hulpverleners - cliënten zullen vaak ondersteuning en zorg uit zowel de Wmo 2015 als de Zvw ontvangen - maar wel om het soort hulpverleners die zorg in samenhang leveren.

De overgrote meerderheid van de huidige gebruikers van verzorging bestaat uit ouderen met (forse) lichamelijke aandoeningen. Ongeveer 84% (ruim 330.000 gebruikers) van het totaal aantal gebruikers van verzorging heeft een grondslag somatiek. De medische problematiek van deze groep is over het algemeen dominant. Het gaat om mensen waarbij hun gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren, zoals kwetsbare oudere mensen die dikwijls al (intensief) te maken hebben met de huisarts en/of het ziekenhuis.

De verzorging die aan deze groep geboden wordt, houdt vaak het overnemen van zorg in, zoals het overnemen van het wassen en aankleden. De groep mensen met een somatische aandoening maakt ook het meest gebruik van verpleging, circa 87% (bijna 165.000 gebruikers) van het totaal aantal gebruikers van verpleging betreft mensen met een somatische aandoening. De verzorging en de verpleging voor deze groep zal vanaf 2015 in samenhang vanuit de aanspraak wijkverpleging in de Zvw geboden worden. Dit geldt ook voor mensen met een lichamelijke beperking en mensen met dementie, samen ongeveer 10% van het totale aantal gebruikers van persoonlijke verzorging.

Het gaat hier ook om mensen die (nog) alleen verzorging nodig hebben. Ik acht het van belang dat een verpleegkundige deze cliënten ook met enige regelmaat en ziet en verzorgt. De verpleegkundige kan hierbij de cliënt observeren, problemen signaleren en daaraan gekoppeld handelen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan eerste symptomen van decubitus, uitdroging, smetten en therapietrouw. Tijdige signalering hiervan voorkomt meer ernstige aandoeningen die gepaard gaan met hogere kosten of ziekenhuisopnames.

Een voorbeeld is een wondje aan de voet dat meestal met ontsmetting en eenvoudige hygiëne goed te verhelpen is. Cliënten met vaatproblemen en/of diabetes lopen hierbij echter een groot risico op ernstige infecties die uiteindelijk tot amputatie kunnen leiden.

In totaal gaat het om 95% van het budget van de totale persoonlijke verzorging dat onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw zal komen te vallen. De in het Regeerakkoord afgesproken taakstelling blijft gehandhaafd.

Uit de praktijk blijkt dat verzorging ook kan samenhangen met begeleiding in plaats van met verpleging. Verzorging wordt dan meer in het verlengde van begeleiding geleverd. Voor deze mensen geldt dat er over het algemeen geen sprake is van een somatische aandoening en/of primaire medische problematiek, maar in de regel behoefte aan ondersteuning bij ADL, in plaats van het overnemen er van. Dit komt met name voor bij mensen met een verstandelijke beperking, zintuiglijke beperking en psychiatrische problematiek. Deze ondersteuning bij ADL positioneer ik onder de Wmo.

Van alle mensen die gebruik maken van persoonlijke verzorging wordt minder dan 1% geleverd aan mensen met een zintuiglijke beperking, ongeveer 2% aan mensen met een verstandelijke beperking en ook 2% aan mensen met psychiatrische problematiek. Het gaat in totaal om 5% van het budget van

persoonlijke verzorging dat wordt gedecentraliseerd naar gemeenten. De afgesproken taakstelling in het Regeerakkoord geldt ook voor het bedrag dat naar gemeenten wordt gedecentraliseerd.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

Indien deze mensen verpleging nodig hebben, kunnen zij uiteraard een beroep doen op de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Wanneer deze mensen een somatische aandoening krijgen waardoor een medische hulpvraag ontstaat, zullen zij zowel verpleging als hun verzorging vanuit de aanspraak wijkverpleging ontvangen. Verder blijft voor mensen die begeleiding en ADL ondersteuning krijgen via de Wmo 2015, de medische zorg vanzelfsprekend verzekerd in de Zvw. Dat betekent bijvoorbeeld dat mensen die ondersteuning vanwege psychische problematiek krijgen via de Wmo 2015, daarnaast de behandeling van hun psychische stoornis vergoed krijgen vanuit de Zvw, net zoals dat nu het geval is.

Bovenstaande inhoudelijke lijn met betrekking tot de positionering van verzorging is getoetst bij partijen in het zorgveld, zoals cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Daaruit is gebleken dat er het meeste draagvlak bestaat voor de positionering van verzorging zoals hierboven beschreven. Tevens heb ik dit voorstel met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), als medeoverheid, besproken. De VNG heeft aangegeven dat deze positionering van persoonlijke verzorging niet hun voorkeur heeft.

Los van de precieze positionering is het cruciaal dat de samenwerking op lokaal niveau tussen gemeenten en zorgverzekeraars stevig wordt geïntensiveerd. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben een gezamenlijk belang, namelijk het vergroten van de kwaliteit van de dienstverlening, het beheersen van de kosten en het delen van informatie over de zorg- en ondersteuningsvraag van cliënten. De inzet van professionals, zoals wijkverpleegkundigen, maakt het mogelijk het medische en het sociale domein met elkaar te verbinden. De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen en activiteiten gericht op preventie bevorderen de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en verminderen het beroep op zwaardere vormen van zorg. Innovatieve werkwijzen zoals sociale wijkteams en het buurtgericht werken kunnen verder worden ontwikkeld en breder worden ingezet. De wet- en regelgeving (waaronder de bekostiging) wordt zodanig ingericht dat het samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten stimuleert. Hiermee wordt voldaan aan de strekking van de aangenomen motie van het lid van Dijk over de borging van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten³. De komende tijd wordt het bovenstaande verder uitgewerkt in de aanspraak wijkverpleging in de Zvw en in de vormgeving van de Wmo 2015.

Conform mijn toezegging tijdens het notaoverleg op 10 juni jl. streef ik er naar het voorstel voor de Wmo 2015 nog dit jaar bij uw Kamer in te dienen. Tevens zal ik er zorg voor dragen dat uw Kamer bij de behandeling van het voorstel voor de Wmo 2015 beschikt over de strekking van het voorstel voor de beoogde Wlz en de concept aanspraak wijkverpleging, waardoor u deze in samenhang kunt bezien.

Door deze positionering van verzorging ontstaat uiteindelijk een logische organisatie van de verschillende domeinen. Als eerste de Wmo 2015 die ondersteuning biedt en is gericht is op participatie en begeleiding van mensen thuis, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de persoon zelf en zijn of haar netwerk. Als tweede de Zvw waarin een verzekerd recht bestaat op lijfsgebonden zorg, gericht op genezing, behandeling en verpleging. Tenslotte de Wlz waarin langdurige, intensieve zorg wordt geboden aan mensen die sterk in hun mogelijkheden en regie zijn beperkt, die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en die 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

1.2 Financiële beheersbaarheid in de Zvw

De budgettaire beheersbaarheid van de samenhangende overheveling van verpleging en persoonlijke verzorging naar de Zvw is van groot belang. Ik wil daarin als volgt voorzien.

Sterke eerste lijn

Met de overheveling van verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zvw wordt (wijk)verpleegkundige zorg in de eerstelijns gepositioneerd. Samen met de huisartsenzorg zijn de verpleegkundigen en verzorgenden er op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Door vanuit de eerste lijn mensen thuis te helpen, kan de ziektelast worden verminderd en kunnen complicaties worden voorkomen. Mensen hoeven niet of minder snel naar het ziekenhuis en zijn minder snel aangewezen op intramurale zorg op grond van de Wlz. Omgekeerd kunnen mensen vanuit een ziekenhuis weer sneller naar huis, omdat de eerste lijn daartoe beter is ingericht. Vanuit de akkoorden die met de sectoren zijn gesloten wordt gewerkt aan een substitutiemodel waarmee verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn kan worden aangetoond. Wijkverpleegkundigen vormen een zichtbare schakel tussen de verschillende domeinen. Zij kunnen door de participatie in wijk- en buurtteams zelf signaleren, in kaart brengen welke ondersteuning en/of zorg nodig is en spelen een sleutelrol om de kwaliteit van zorg op peil te houden.

Prikkel voor samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten

De zorgverzekeraar wordt met het onderbrengen van verpleging en verzorging onder de Zvw verantwoordelijk voor het hele domein, van verzorging en verpleging thuis tot en met opname in een ziekenhuis. De overheveling geeft verzekeraars de mogelijkheid een doorlopende zorglijn te creëren met het accent op zelfmanagement, eigen regie en zorg dichtbij huis. Er ontstaat een prikkel voor het inkopen van kwalitatief goede zorg dichtbij mensen thuis. Die ruimte is er ook. Thuiszorgorganisaties die al werken met resultaatgerichte zelfsturende teams laten zien dat het mogelijk is om de kosten per cliënt te laten dalen en tegelijkertijd de tevredenheid van cliënten en professionals substantieel te laten stijgen. Dit wordt met name veroorzaakt doordat verpleging en verzorging vanuit de zelfsturende teams integraal wordt geleverd en de grotere aandacht voor "ontzorgen en zelfredzaamheid". Hiermee neemt het aantal uren zorg per cliënt sterk af omdat de zorg effectiever en efficiënter wordt ingericht zonder dat de aandacht van de zorgverlener voor de cliënt vermindert. Streven moet zijn om te komen tot één zorgarrangement voor de cliënt. Door goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten ontstaat een continuüm tussen ondersteuning, verzorging, verpleging en behandeling.

Scherpe aanspraak op verpleging en verzorging

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2010 het rapport 'verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd' uitgebracht waarin het adviseert verpleging en verzorging onder de Zvw te brengen. Op dit moment werkt het CVZ de aanspraak wijkverpleging, in samenspraak met het veld, uit. Er komt één integrale aanspraak op verpleging en verzorging in verband met geneeskundige zorg.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

De toevoeging 'geneeskundige zorg' in de aanspraak in de Zvw bepaalt het terrein waarop de verpleegkundige onder de basisverzekering werkzaam kan zijn, in dit geval de geneeskundige zorg. Door 'geneeskundige zorg' op te nemen, zal de behoefte aan verpleegkundige zorg voortvloeien uit een ziekte/aandoening/beperving die wordt vastgesteld door een huisarts of medisch specialist. Net als nu specificiert de zorgverzekeraar in de polis de voorwaarden voor de betreffende zorg, zodat dit bij de verzekerde van te voren bekend is. Zoals hiervoor reeds aan de orde kwam, zal ik er voor zorgen dat uw Kamer bij de behandeling van het voorstel voor de Wmo 2015 over de concept aanspraak wijkverpleging beschikt.

Bekostiging

In de nieuwe bekostiging zal de huidige productieprikkel uit de AWBZ niet terugkeren en zal de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige specifiek worden geborgd. Er zal één bekostiging gelden voor de gehele aanspraak wijkverpleging, waardoor de aanbieder verpleegkundigen en verzorgenden zo doelmatig mogelijk kan inzetten. In het bekostigingsmodel moet belonen op (gezondheids)uitkomsten mogelijk zijn. De NZa werkt op dit moment aan een advies voor de bekostiging dat binnenkort wordt verwacht. Deze bekostiging moet het ook mogelijk maken dat verpleegkundigen participeren in wijk- en buurtgerichte organisatie van zorg en ondersteuning. Begin 2014 zal ik de contouren van een nieuwe bekostiging aan uw Kamer voorleggen.

Met aanbieders (Actiz) en zorgverzekeraars heb ik afspraken gemaakt over het beschikbare financiële kader en de taakstelling. Aanbieders en zorgverzekeraars accepteren het feit dat de persoonlijke verzorging wordt overgeheveld naar de Zvw met de bovengenoemde budgettaire taakstelling. Ze hebben toegezegd dat het beschikbare financiële kader, met inachtneming van de zorgplicht van verzekeraars, als uitgangspunt dient bij de zorginkoop en de zorgverlening. Inzet op zorgvernieuwing draagt in belangrijke mate bij aan het behalen van de noodzakelijke besparing. De zorginkoop door zorgverzekeraars en de bekostiging van de aanspraak moeten die zorgvernieuwing stimuleren. Met betrokken partijen is afgesproken om één en ander op korte termijn nader uit te werken, inclusief datgene wat nodig is om de transformatie op een verantwoorde wijze door te voeren.

Bovenstaande afspraken zijn erop gericht om overschrijdingen te voorkomen. Indien ondanks de gemaakte afspraken zich toch een overschrijding voordoet in deze sector, beschikken we over verschillende instrumenten om deze te redresseren. Het is enerzijds mogelijk om een tariefskorting door te voeren. Anderzijds bestaat de mogelijkheid om de inzet van een macrobeheersinstrument (MBI) te onderzoeken. Ook in andere delen van de curatieve zorg wordt dit instrument als ultimum remedium gebruikt.

Risicoverevening

De beoogde risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars in de Zvw van de over te hevelen taken zal de hierboven beschreven prikkels versterken. Dit past in het reeds ingezette kabinetsbeleid dat er op gericht is om het systeem van correcties achteraf op het risicovereveningsmodel (de zogenaamde ex post compensaties) versneld af te bouwen. In dat kader is recent uitvoering gegeven aan de afspraken in het Regeerakkoord door bij AMvB vast te leggen dat de Zvw in 2017 volledig risicodragend is. Ook voor de over te hevelen taken uit de AWBZ naar de Zvw is het Kabinetsbeleid er op gericht om deze zo snel als mogelijk (in principe binnen 3 jaar) te verwerken in het ex ante risicovereveningsmodel in de Zvw. Conform het Regeerakkoord blijft de taakstelling op verzorging staan.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

De positionering van de persoonlijke verzorging, de samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten en de ontwikkeling van de wijkverpleegkundige zorg in buurten en wijken is een belangrijke nieuwe benadering. Zoals ook aangekondigd in de brief van 25 april, is het belangrijk deze veranderingen te monitoren. Om die reden zal na drie jaar een evaluatie worden uitgevoerd. Punten die hierbij aan de orde zullen komen zijn de kwaliteit van de toegang tot zorg, kwaliteit van de zorg zelf, samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten en financiële beheersbaarheid.

2. De langdurige GGZ

2.1 Algemeen

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april jongstleden heb ik beschreven dat per 2015 alle intramurale GGZ-zorg voor cliënten vanaf 18 jaar gericht op behandeling wordt overgeheveld naar de Zvw. Omdat op dit moment het eerste jaar intramurale op behandeling gerichte GGZ al uit de Zvw wordt betaald, verdwijnt hiermee de onwenselijke jaargrens tussen de Zvw en de AWBZ. Tevens is aangegeven dat gezamenlijk met de sector de positionering van cliënten die beschermd wonen wordt gezien (voor zover deze niet afhankelijk is van op genezing gerichte zorg). Ook tijdens het nota-overleg op 10 juni jl. is de positionering van 'zware' GGZ cliënten aan de orde geweest. Mevrouw Bergkamp (D66) stelde de vraag of deze mensen niet thuis horen in de Wlz. Ik heb toegezegd dit nader te onderzoeken.

2.2 Positionering van beschermd wonen

De doelstelling is om voor mensen in een beschermde woonvorm het leven daar waar mogelijk te normaliseren en het perspectief op herstel, ontwikkeling en integratie in de samenleving, te bevorderen. Mensen in een beschermde woonvorm hebben primair behoefte aan structuur en begeleiding en voor hen is de nabijheid van een arts niet – meer – noodzakelijk. Het kabinet kiest er dan ook voor om beschermd wonen (nu bekostigd met zorgzwaartepakketten C) vanaf 2015 onder te brengen in de Wmo 2015. De (centrum)gemeenten kunnen hun taak als regisseur op het terrein van huisvesting, inkomen, participatie en begeleiding oppakken en een integraal aanbod verzorgen. Zo bieden we deze doelgroep kansen op participatie. Uiteraard krijgen mensen in een beschermde woonvorm de noodzakelijke ambulante behandeling vergoed uit de Zvw, net zoals nu het geval is. Door beschermd wonen onder te brengen in de Wmo, wordt voorkomen dat het hele leven van iemand die geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, wordt gemedicaliseerd.

De langdurige GGZ-zorg waarbij behandeling voorop staat (nu bekostigd met zorgzwaartepakketten B) zal vanaf 2015 worden overgeheveld naar de Zvw. Bij deze doelgroep is de nabijheid van de behandelaar belangrijk en ligt de focus op de medische behandeling.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

Vanwege het samenspel tussen deze keuze en het ambulantiseringbeleid, heb ik besloten tot een onderzoek naar de effecten van ambulantisering op de ontwikkeling van de langdurige GGZ.

2.3 Zware GGZ cliënten

Ook de vraag waar de zorg en ondersteuning voor zeer zware GGZ cliënten thuishoort, heeft deze zomer mijn volle aandacht gehad. Het gaat hier om zeer kwetsbare mensen die soms langdurig op intensieve intramurale zorg en ondersteuning zijn aangewezen. Een goede borging van deze zorg en ondersteuning is essentieel. Ik heb zowel met veldpartijen als experts intensief gesproken over de vraag of, en zo ja, welke zware GGZ cliënten een beroep zouden moeten kunnen doen op de Wlz. Experts pleiten voor het benaderen van de psychische aandoening vanuit een zo normaal mogelijke situatie, omdat dat de kans op herstel vergroot. Het perspectief op herstel moet nooit, zo stellen zij nadrukkelijk, uit het oog worden verloren. Zij zien vanuit dit perspectief geen noodzaak tot het positioneren van deze zorg in de Wlz. De zorg en begeleiding voor deze cliënten moet juist vanuit de Zvw en de Wmo 2015 optimaal geleverd worden. Bij herstel, of bij het realiseren van een zo normaal mogelijk leven met psychische klachten, wordt behandeling namelijk vrijwel altijd in samenhang geleverd met dagbesteding, begeleiding en bijvoorbeeld toeleiding naar werk. Onder brancheorganisaties verschillen de meningen over de noodzaak van positionering van zware GGZ-clieënten in de Wlz. Wel is iedereen het er over eens dat het vooraf bijzonder lastig is te bepalen wie blijvend zal zijn aangewezen op (intramurale) zorg. De ernst van de aandoening, de duur van de behandeling of de diagnose zijn geen goede voorspellers voor de behoefte aan zorg op de langere termijn.

Alles afwegende heeft het kabinet daarom besloten GGZ-zorg in de Zvw en de Wmo 2015 te positioneren. Mijns inziens sluit deze keuze goed aan bij de bredere beweging in de GGZ zoals ook hierboven beschreven, gericht op herstel, ontwikkeling, participatie en destigmatisering. Dat neemt niet weg dat een aanzienlijk deel van deze zware cliënten langdurig of zelfs levenslang (soms intramurale) zorg zal behoeven, in een kliniek of in een beschermende woonvorm. Zorgverzekeraars en gemeenten geven zich er rekenschap van dat zij er medeverantwoordelijk voor worden dat deze cliënten goede, samenhangende en passende zorg krijgen. Daarbij hecht ik er aan dat zorgverzekeraars en gemeenten nauw gaan samenwerken om integrale, domeinoverstijgende zorg goed te organiseren. Ik ben hierover in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VNG.

In de gevoerde gesprekken over de wenselijkheid van de toegang van zware GGZ-clieënten in de Wlz, heb ik ook zorgen gehoord van met name ouders en familieleden over de toekomst van de betrokkenen. Mensen zijn vooral bezorgd over de vraag of de kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van deze zorg behouden blijven.

Mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben, moeten die kunnen krijgen, ongeacht het stelsel. Ik wil dat er voldoende waarborgen zijn dat zij die zorg of ondersteuning ook krijgen. Die waarborgen zijn er ook. In de Zvw is dat de

zorgplicht die zorgverzekeraars hebben. In het voorstel voor de Wmo 2015 zal de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor beschermd wonen worden opgenomen. Gemeenten gaan via een gesprek na welke maatwerkoplossing nodig is. Ook een persoonsgebondenbudget behoort daarbij in beginsel tot de mogelijkheden. De cliënt kan bij zo'n gesprek zo nodig ondersteuning inroepen van bijvoorbeeld een familielid of mentor. Daarnaast is het goed voorstelbaar dat gemeenten zich bij een aanvraag voor beschermd wonen bij hun onderzoek laten adviseren door bijvoorbeeld de behandelend arts of een betrokken mantelzorger. Het is aan gemeenten om hier samen met de cliënt of zijn belangenbehartiger, invulling aan te geven. Ook de mogelijkheid van een rechtsgang voor de burger blijft in de Wmo 2015 gehandhaafd. Om een zorgvuldige overgang te realiseren en mogelijke zorgen zoveel mogelijk weg te nemen, blijf ik over dit onderwerp in gesprek met het veld en met cliëntenorganisaties zoals het Landelijk Platform GGZ en Per Saldo.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

3. Effecten van de overhevelingen op premie en eigen risico

3.1 Algemeen

De overheveling van zorgtaken uit de AWBZ naar de Zvw heeft consequenties voor de premies die verzekerden betalen. De Zvw kent een lastendekkende premie; hoe hoger de schadelast van verzekeraars, hoe hoger de premies voor verzekerden en de werkgeverslasten. Dus als er zorg van de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld, stijgt de schadelast van verzekeraars, die deze extra uitgaven zullen verwerken in de premie. Elk jaar voorafgaand aan het polisjaar maken verzekeraars hun premie bekend en kunnen verzekerden desgewenst van verzekeraar wisselen.

De AWBZ kent een constante, niet lastendekkende, premie die automatisch wordt ingehouden op loon of uitkering. Dat betekent dat, ondanks het feit dat de AWBZ-uitgaven de afgelopen jaren zijn gestegen, de premies gelijk zijn gebleven. Hierdoor zijn er in het AWBZ-fonds tekorten ontstaan. In 2014 wordt in de VWS begroting een tekort van € 3 miljard voorzien. Door die tekorten kent het AWBZ-fonds momenteel een negatief vermogen van circa € 20 miljard.

Overhevelingen van taken uit de Zvw naar de AWBZ hebben dus gevolgen voor de premies die betaald worden in beide wetten. De gevolgen en oplossingen worden momenteel onderzocht. Daarbij wordt gedacht aan een rijksbijdrage in de Zvw die bijvoorbeeld in drie jaar kan worden afgebouwd. Ik zal u hierover informeren als dit nader is uitgewerkt.

3.2 Eigen risico

Binnen de huidige AWBZ gelden inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen. Bij overheveling van zorg naar de Zvw stijgt het verplichte eigen risico in de Zvw 'automatisch' mee met de kosten in de Zvw. Immers, wettelijk is bepaald dat de hoogte van het eigen risico meegroeit met de totale schadelast in de Zvw, de zogenaamde indexatie.

Door de overhevelingen die zijn aangekondigd in de brief over de hervorming van de langdurige zorg en de extra overheveling van persoonlijke verzorging naar de Zvw, stijgt uit dien hoofde het wettelijke eigen risico per 2015 op jaarbasis met circa € 30 extra. Deze verhoging van het verplichte eigen risico levert ongeveer even veel op als de huidige betreffende eigen bijdragen binnen de AWBZ. De

verhoging van het verplicht eigen risico wordt voor de lage inkomensgroepen op de reguliere wijze gecompenseerd via de zorgtoeslag. Verhogingen van het eigen risico werken standaard door in de zorgtoeslag, uitgaande van het bedrag dat verzekerden gemiddeld genomen meer gaan betalen door de verhoging van het verplicht eigen risico.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

Ik onderzoek of het wenselijk is om een eigen bijdrage in de Zvw in te voeren voor langdurig verblijf in GGZ instelling. Bij de op behandeling gerichte GGZ kan in een aantal gevallen namelijk sprake zijn van zeer langdurige opname. Deze cliënten 'wonen' feitelijk een aantal jaren in die instelling en in de andere stelsels (AWBZ en Wmo) gelden eigen bijdragen voor langdurig verblijf. Daarnaast is van belang dat langdurig verblijf in de Zvw niet aantrekkelijker zou moeten zijn dan ambulante behandeling, waarbij mensen zelf de kosten van verblijf betalen.

3.3 Solvabiliteitseisen

In de motie Bruin Slot⁴ wordt de regering gevraagd om te berekenen hoe groot het bedrag is waarmee zorgverzekeraars hun solvabiliteitspositie moeten verbeteren in verband met de overdracht van taken uit de langdurige zorg naar de Zvw.

In de Zvw zijn zorgverzekeraars onderworpen aan het prudentieel toezicht van De Nederlandsche Bank (DNB). Zorgverzekeraars zijn verplicht om een minimale hoeveelheid solvabiliteit aan te houden. De minimale solvabiliteitseis ligt voor 2014 op 11 procent van de schadelast. Het is niet uit te sluiten dat deze eis na 2014 omhoog gaat onder nieuwe Europese regelgeving over solvabiliteitseisen (Solvency II). De overheveling van verpleging, verzorging, behandeling en de langdurige GGZ leidt tot verhoging van de schadelast die onder de Zvw valt en daarmee ook tot een verhoging van de minimaal aan te houden solvabiliteit met ruim € 400 mln. Zorgverzekeraars kennen op dit moment een fors overschot op de minimaal vereiste solvabiliteit. Zij kunnen er dus voor kiezen om hierop in te teren en voor de verhoging geen extra reserves op te bouwen via een opslag op de nominale premie. In dat geval verslechtert de solvabiliteitsratio met circa 15%-punt. Als zorgverzekeraars er wel voor kiezen om het volledige bedrag van € 400 miljoen te compenseren via de nominale premie dan leidt dit tot een eenmalige opslag op de premie 2015 van circa € 30.

4. Mogelijkheden voor een persoonsgebonden-instrument in de Zvw

Keuzevrijheid is een belangrijk uitgangspunt in de Zvw. Daarom bestaat op grond van de Zvw altijd de keuze om zorg af te nemen van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De Zvw kent immers zowel de mogelijkheid van zorg in natura als de mogelijkheid van restitutie. Ook als de verzekerde heeft gekozen voor een naturapolis kan zorg worden afgenomen van een niet gecontracteerde zorgaanbieder, waarbij de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt. Aanvullend op de keuze tussen een natura- of restitutiepolic bestaat er de mogelijkheid van 'voorschot op restitutie'. De zorgverzekeraar kan, zowel bij een natura- als bij een restitutiepolic, ervoor kiezen in zijn polis een voorschot op restitutie aan te bieden voor in principe alle vormen van zorg die onder de Zvw vallen. Dit voorschot op restitutie kan door de zorgvrager of diens vertegenwoordiger worden gebruikt om zorg in kopen bij instellingen en gekwalificeerde zelfstandigen, maar kan ook worden gebruikt voor het inzetten van niet professionele zorg.

⁴ TK 2012-2013, 29689, nr. 35

Een zorgverzekeraar heeft op grond van de Zvw een verregaande zorgplicht. Onder die zorgplicht wordt verstaan dat de zorgverzekeraar er voor zorgt dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. De zorgverzekeraar moet zorg leveren of bekostigen die voldoet aan de specifieke zorgbehoefte van zijn verzekerde. De zorgverzekeraar moet, bij een naturapolis, beleid hebben ontwikkeld om te zorgen dat de zorgverlening aan verzekerden gewaarborgd blijft, ook als de gecontracteerde zorgaanbieders (kwalitatief en/of logistiek) niet in staat zijn de zorg te leveren.

Kenmerk
168643-113003-HLZ

Van belang is dat het bij zorg die ten laste van de Zvw komt, in principe gaat om zorg die door professionele zorgaanbieders wordt geleverd. Dit kan het beste door middel van zorg in natura of restitutie van declaraties van professionele zorgaanbieders. Echter, dit gaat voor verpleging en de daarmee samenhangende persoonlijke verzorging in mijn ogen niet altijd op. Ik denk daarbij aan situaties waarbij een verzekerde langdurig is aangewezen op bijvoorbeeld onplanbare verpleging. In die situaties zijn er veelal één of meer personen uit de omgeving van de verzekerde die, na instructie van een professionele hulpverlener, een deel van die verpleging levert. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de intensieve kindzorg (zie ook paragraaf 5 en bijlage 1). Ouders leveren dan vaak aan hun kind een groot deel van deze zorg zelf.

In deze situatie is van belang dat zorgverzekeraars bereid zijn om voor deze zorg een voorschot op restitutie voor professionele en niet professionele zorgaanbieders aan hun verzekerden aan te bieden (bijvoorbeeld in de polissen). Hierbij geldt de voorwaarde dat de niet-professionele zorgaanbieders wel de kwaliteit hebben om de betreffende zorg te leveren. Hierover heb ik afspraken gemaakt met ZN. Tevens is van belang dat verzekeraars zorgen voor een goede overgang voor bestaande budgethouders, die nu een persoongebondenbudget op grond van de AWBZ ontvangen. Over de zorgvuldige overgang van bestaande budgethouders naar de Zvw voer ik overleg met de zorgverzekeraars.

Gezien bovenstaande mogelijkheden binnen het systeem van de Zvw en de toezeggingen van ZN acht ik dit een adequate invulling van persoonsgebonden zorg in de Zvw.

5. De gevolgen van de hervorming voor bepaalde groepen cliënten

In de brief 'Voortgang Hervorming Langdurige Zorg' van 9 juli jongstleden⁵ heb ik u toegezegd in te gaan op de aangenomen motie van de leden Van Dijk en Van 't Wout⁶ met betrekking tot de positionering van bepaalde groepen cliënten in de veranderende stelsels. In deze motie wordt verzocht aan te geven voor welke groepen mensen naar een oplossing wordt gezocht en waar de aandachtspunten zitten. In de onderstaande tabel is aangegeven wat de effecten zijn van de positionering van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen (Jeugdwet, Zvw, Wmo 2015 of Wlz). In sommige gevallen is een combinatie van meerdere stelsels mogelijk. In bijlage 1 vindt u meer achtergrondinformatie over de specifieke groepen, over de totstandkoming van de besluitvorming en de verdere uitwerking.

⁵ TK 2012-2013, 30 597, nr. 368

⁶ TK 2012-2013, 30 597, nr. 303

Specifieke groep	Krijgt passende zorg en ondersteuning via:			
	Jeugd-wet	Zvw	Wmo	kern-AWBZ
Thema 1: extramurale AWBZ functies				
Extramurale behandeling	X	X		CVZ: advies pakketbeheer, ter overbrugging AWBZ subsidieregeling
Motie Bergkamp en Dik-Faber ("functie behandeling groep")	indien extramuraal VG tot 18 jr.	indien nodig bij extramurale indicatie		X
Kortdurend verblijf	X		X	
Thema 2: specifieke, samenhangende zorgvraag				
Intensieve kindzorg		X, conform CVZ advies		
Palliatief terminale zorg		X, Regeling PTZ later bezien		
ADL-assistentie en persoonlijke assistentie		indien nodig bij extramurale indicatie	X, lichte groep	X, zware groep (wrs vanaf ZZP 5)
Thema 3: specifieke aandoening/ ziekte/ beperking				
Zintuiglijke gehandicapten		X, behandeling	X, begeleiding en doventolkzorg	
Verstandelijke beperking en gedragsproblematiek	X	indien nodig voor behandeling	X	
(jeugd-)LVG	X	indien nodig voor behandeling	X	
Autisme	X	X	X	
Niet aangeboren hersenletsel		indien nodig voor verpleging en behandeling	X	
Ernstige psychiatrische aandoeningen	X	indien nodig voor GGZ	X, beschermd wonen	
Thema 4: sterke lokale (gemeentelijke) binding				
Multiproblemegezinnen met intensieve thuisbegeleiding			X	
Maatschappelijke opvang			X*, stoppen subsidieregeling De Hoop	
Vrouwenopvang			X*, stoppen bestaande subsidieregeling	
Opvang zwerfjongeren			X*	
Inloop GGZ			X, naar alle gemeenten; deel opvangaanbieders*	

* decentralisatie-uitkering centrumgemeenten

Kenmerk
168643-113003-HLZ

Hoogachtend,
de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn