

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:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1001090-153872-LZ

Bijlagen
1

Uw brief
21 juli 2016

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

Datum 3 oktober 2016
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Van Gerven (SP) en Leijten (SP) over het bericht 'Het kabinet verrekent zich met toestroom Wlz' (2016Z14937).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Van Gerven (SP) en Leijten (SP) over het bericht 'Het kabinet verrekent zich met toestroom Wlz' (2016Z14937).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht 'Het kabinet verrekent zich met toestroom Wlz'?¹

Antwoord 1

Via mijn brief van 15 juli 2016 (kenmerk 948883-148731-LZ) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn reactie op het rapport van het Zorginstituut Nederland, getiteld 'Effecten Wlz, een kwalitatief en kwantitatief beeld van verschuivingen als gevolg van de Wlz-criteria'. In lijn met deze brief is mijn reactie op het genoemde bericht dat het in het rapport gaat over de maximale verschuivingen, die op basis van een theoretische exercitie zijn bepaald. De mate waarin deze verschuivingen zich daadwerkelijk zullen voordoen, is afhankelijk van het concrete gedrag van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten. De mate waarin cliënten daadwerkelijk een beroep doen op de Wlz wordt door het CBS gemonitord en deze monitor wordt bij de evaluatie van de Wlz betrokken.

Vraag 2

Deelt u de mening dat verschillen van respectievelijk 13% en 5% als het gaat om de instroom van gehandicapten en ouderen in de Wet langdurige zorg (Wlz) ten opzichte van de aantallen berekend in het Zorgakkoord grote verschillen zijn? Zo nee, waarom vindt u dit geen grote verschillen?

Antwoord 2

Nee. Zoals ik heb aangegeven bij antwoord 1 betreft het in het rapport de maximale verschuivingen, die op basis van een theoretische exercitie zijn bepaald. Per saldo laten de resultaten zien dat mogelijk meer mensen toegang tot de Wlz zouden kunnen krijgen, dan in een situatie waarbij strikt wordt uit gegaan van de indeling in hoge en lage zorgzwaartepakketten. Voor de ouderenzorg betekent dit een stijging van 5%, voor de gehandicaptenzorg betekent dit een stijging van 13%. De mate waarin deze verschuivingen zich daadwerkelijk zullen voordoen, is afhankelijk van het concrete gedrag van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten.

Vraag 3

Kunt u toelichten wat precies de financiële gevolgen zijn van deze misrekening?

Antwoord 3

Er is geen sprake van een misrekening. Het Zorginstituut Nederland heeft in het rapport de maximale verschuivingen in kaart gebracht, die op basis van een theoretische exercitie zijn bepaald. De mate waarin cliënten daadwerkelijk een beroep doen op de Wlz wordt door het CBS gemonitord en deze monitor wordt bij de evaluatie van de Wlz betrokken.

¹) <https://www.skipt.nl/actueel/id27228-kabinet-verrekent-zich-met-toestroom-wlz.html>

Vraag 4

Is het correct dat de kosten voor de gehandicaptenzorg 1% hoger uitvallen dan in het Zorgakkoord was geraamd? Gaat u extra budget ter beschikking stellen?

Antwoord 4

Nee. Het gaat in het onderzoek niet om de feitelijke ontwikkeling van de gehandicaptenzorg, maar om een theoretische exercitie ten opzichte van de veronderstellingen bij het Zorgakkoord. Het onderzoek heeft binnen dat perspectief in kaart gebracht wat theoretisch gezien de maximale verschuivingen zijn. De mate waarin deze verschuivingen zich daadwerkelijk zullen voordoen, is afhankelijk van het concrete gedrag van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten. De vraag over het beschikbaar stellen van extra budget is daarmee op grond van dit onderzoek niet aan de orde. De NZa adviseert mij jaarlijks over de toereikendheid van het Wlz-kader aan de hand van de feitelijke ontwikkeling van het beroep op Wlz-zorg. De eventuele inzet van extra middelen baseer ik op het advies van de NZa.

Vraag 5

Is het correct dat de kosten voor de ouderenzorg lager uitvallen maar de instroom hoger? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 5

Nee, het gaat in het onderzoek niet om de feitelijke ontwikkeling van de ouderenzorg, maar om een theoretische exercitie ten opzichte van de veronderstellingen bij het Zorgakkoord. Het onderzoek heeft binnen dat perspectief in kaart gebracht wat theoretisch gezien de maximale verschuivingen zijn. Voor de ouderenzorg gaat het volgens het onderzoek om een toename van het aantal cliënten met per saldo 5% en een afname van de kosten met per saldo 5%. De combinatie van lagere kosten en hogere instroom verklaart het onderzoek uit de verschuiving van een relatief grote aantal verzekerden met een 'goedkope' extramurale zorgvraag richting de Wlz en een relatief kleine aantal verzekerden met een 'duur' ZZZP dat niet voldoet aan de Wlz-criteria.

De mate waarin de verschuivingen zich daadwerkelijk zullen voordoen, is afhankelijk van het concrete gedrag van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten.

Vraag 6

Waarom reageert u op het bericht met de opmerking dat het 'een theoretische exercitie' is terwijl Bureau HHM (verder: HHM) zegt ook concrete aanwijzingen te hebben dat de toestroom naar de Wlz daadwerkelijk groeit?

Antwoord 6

Bureau HHM geeft aan dat het om 'theoretisch berekende maximale verschuivingen in aantal verzekerden en kosten' gaat. In hoeverre deze daadwerkelijk gaan plaatsvinden is volgens HHM daarnaast voor een groot deel afhankelijk van het gedrag van verzekerden, CIZ-onderzoekers, gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om goed zicht te houden op de daadwerkelijke verschuivingen beveelt HHM aan om de ontwikkelingen de komende jaren zorgvuldig te monitoren. Deze monitoring heb ik bij het CBS in gang gezet en deze monitor wordt bij de evaluatie van de Wlz betrokken.

Vraag 7

Kunt u aangeven welke concrete aanwijzingen HHM heeft met betrekking tot de groeiende toestroom naar de Wlz? Kunt u deze aanwijzingen voorzien van uw duiding? Neemt u deze aanwijzingen voldoende serieus?

Antwoord 7

Ja. In haar rapport heeft HHM aan de hand van een analyse van indicatiegegevens in beeld proberen te brengen in hoeverre de verschuivingen ook al kwantitatief zichtbaar zijn te maken. Voor alle sectoren komt in grote lijnen hetzelfde beeld naar voren. Sinds het derde kwartaal van 2013 is de instroom per kwartaal redelijk stabiel geweest en is sprake van een toename in het vierde kwartaal van 2014. De experts die HHM heeft geraadpleegd zien in die toename het gedrag van 'zoeken naar zekerheid': voordat de hervorming langdurige zorg (HLZ) plaatsvond hebben diverse verzekerden nog een zzp-indicatie aangevraagd zodat ze weten waar ze aan toe zijn. In het eerste kwartaal van 2015 is het aantal Wlz-indicaties fors gedaald, maar vanaf het tweede kwartaal nemen de aantallen weer toe, met name in de ouderensector. De aanwijzingen voor een groeiende toestroom neem ik uitermate serieus. De ontwikkelingen van het beroep op de Wlz en de toereikendheid van het budgettaire kader Wlz volg ik nauwgezet. De mate waarin cliënten daadwerkelijk een beroep doen op de Wlz wordt door het CBS gemonitord en deze monitor wordt bij de evaluatie van de Wlz betrokken. De NZa adviseert mij jaarlijks over de toereikendheid van het budgettaire kader.

Vraag 8

Heeft u deze aanwijzingen voor de groeiende toestroom naar de Wlz op andere wijze eerder ook gehad? Zo ja, wanneer kreeg u deze aanwijzingen, van wie en wat heeft u met die aanwijzingen gedaan?

Antwoord 8

Ja. Via verschillende kanalen ontvang ik sinds de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 periodiek informatie over de feitelijke ontwikkeling van de Wlz (dus los van de theoretische exercitie van HHM). Het gaat dan onder meer over de feitelijke ontwikkeling van het aantal Wlz-indicaties volgens het CIZ en de feitelijke ontwikkeling van het zorggebruik in de Wlz op basis van de monitor langdurige zorg van het CBS. De NZa adviseert mij, mede op basis van deze feitelijke ontwikkelingen, over de toereikendheid van het budgettaire kader Wlz. Op grond van de adviezen van de NZa heb ik zowel in 2015² als in 2016³ het Wlz-kader verhoogd om tegemoet te komen aan de toenemende instroom. Overigens stonden deze verhogingen los van het HHM-rapport. Het rapport van HHM geeft namelijk geen aanleiding om het budget voor de Wlz te verhogen. HHM merkt in haar rapport op dat bij de maximale verschuivingen de kosten in de ouderensector 5% lager uitvallen en de kosten voor de gehandicaptensector 1%. Omdat de ouderensector groter is dan de gehandicaptensector is er voor de Wlz als geheel geen sprake van hogere kosten.

² TK 2014-2015, nr 34 104, nr. 61 (bijlage bij Kamerstuk)

³ Brief van VWS aan Tweede kamer van 20 september 2016 (kemerik 154812-1014553-LZ)

Vraag 9

U geeft aan dat het een theoretische exercitie betreft en dat "de mate waarin deze verschuivingen zich daadwerkelijk zullen voordoen, afhankelijk is van het concrete gedrag van gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en cliënten, met name de mate waarin gemeenten mensen met een complexere zorgvraag verwijzen naar het CIZ", maar gaat het hier dan niet ook om de vraag of mensen wel de juiste zorg krijgen?

Antwoord 9

Inderdaad. Cliënten moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben. Met de introductie van de Wlz is ervoor gekozen om andere toegangscriteria te hanteren dan voorheen in de AWBZ. Een cliënt dient blijvend te zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, om toegang te krijgen tot de Wlz. Het kan enerzijds zijn dat iemand met een grote, blijvende zorgvraag niet in de Wlz komt, omdat hij of zij er voor kiest met veel mantelzorg thuis te blijven. Of er kan sprake zijn van een tijdelijke zorgvraag. Er zijn anderzijds ook cliënten met een laag ZZP die wel in aanmerking komen voor de Wlz. Het niet meewegen van de sociale context ligt hieraan vaak ten grondslag. Ook bij mensen die voorheen een extramurale indicatie kregen, kan sprake zijn van een noodzaak tot 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Een aantal van de mensen die voorheen een extramurale indicatie kreeg, zou daarom nu in aanmerking kunnen komen voor zorg uit de Wlz. Dit is door mij voorzien, aangezien deze groep mensen grotendeels onder de Wlz-indiceerbaren valt. Daarnaast is van belang dat door mij het meldpunt Juiste Loket is ingesteld, dat maandelijks aan de Implementatietafel HLZ rapporteert. Aan de hand van casuïstiek wordt dan naar oplossingen gezocht. Overigens betekent een en ander niet dat door het toepassen van de Wlz-criteria, groepen mensen ontstaan die geen zorg ontvangen. Mensen met een zorgbehoefte die niet aan de Wlz criteria voldoen, ontvangen zorg uit de andere zorgdomeinen.

Vraag 10

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is met betrekking tot het kunnen inroepen van hulp in relatie tot het krijgen van een Wlz-indicatie?

Antwoord 10

Cliënten hebben recht op ondersteuning in de procedure van de indicatiestelling voor de Wlz. Dat geldt ook bij een aanvraag voor Wlz-zorg voor minderjarige kinderen. De gemeente moet ervoor zorgen dat een onafhankelijke cliëntondersteuner beschikbaar is. Het CIZ wijst de aanvragers voor Wlz-zorg op dit recht.

Vraag 11

U geeft aan dat de ontwikkelingen gemonitord worden en bij de evaluatie worden betrokken, maar bent u dan wel op tijd met het nemen van eventuele stappen, zeker nu HHM ook aangeeft dat een groter aantal cliënten wel degelijk impact kan hebben op individuele zorgaanbieders? Zal een grotere toestroom in de Wlz van gehandicapten en ouderen niet leiden tot vershraling van de zorg omdat het budget niet meegroeit?

Antwoord 11

Zoals ik hiervoor heb aangegeven monitor ik de ontwikkeling van de Wlz nauwgezet. Hierdoor ben ik staat om tijdig stappen te ondernemen bij een ontoereikend Wlz-kader. De NZa adviseert mij hierover. Overigens geeft het rapport van HHM geen aanleiding om het budget voor de Wlz te verhogen. Het rapport laat namelijk zien dat de kosten voor de Wlz per saldo niet hoger uitvallen. Tegenover het relatief grote aantal verzekerden met een 'goedkope' extramurale zorgvraag die voldoen aan de Wlz-criteria staat namelijk ook een (kleiner) aantal verzekerden met een 'duur' ZZP dat niet voldoet aan de Wlz-criteria. Per saldo vallen de kosten voor de Wlz niet hoger uit en is de vraag omtrent verschraving van de zorg in relatie tot het niet meegroeien van het budget dus niet aan de orde.

Vraag 12

Waarom stuurt het Zorginstituut u pas op 9 maart 2016 het rapport van HHM terwijl dat rapport al uit oktober 2015 stamt?⁴

Antwoord 12

Eind 2014 heb ik het Zorginstituut Nederland onder andere gevraagd om in beeld te brengen welke maximale verschuivingen tussen domeinen zullen optreden, te monitoren in hoeverre die zich nu al in de praktijk voordoen en inzicht te verschaffen in de financiële consequenties daarvan.

In de conclusie van het rapport over het afwegingskader Wlz heeft het Zorginstituut aangegeven dat voor bovenstaande vraag meer tijd nodig was en heeft daarbij geen termijn genoemd. Dit advies is u met de nazending op de voortgangsrapportage Wlz op 3 september 2015 toegezonden.⁵ Op 14 december heb ik u geïnformeerd over mijn beleidsreactie op het afwegingskader, daarin heb ik ook aangegeven dat het Zorginstituut verwachtte mij nog in december 2015 de conclusies te kunnen toesturen.⁶ Dat is uiteindelijk 9 maart geworden. Het Zorginstituut geeft daarbij aan dat het tijd heeft genomen om het advies zorgvuldig af te ronden.

Vraag 13

Was u al voor maart 2016 op de hoogte van het bestaan van dit rapport van HHM?

Vraag 14

Was u al voor maart 2016 op de hoogte van de conclusies die in dit rapport worden getrokken?

Antwoord 13 en 14

Zoals te doen gebruikelijk in dit soort adviesaanvragen is er overleg geweest tussen het Zorginstituut Nederland en mijn ministerie over de planning en inhoud van het onderzoek. Hierbij komen ook de voorlopige conclusies aan de orde. Het Zorginstituut Nederland heeft mijn ambtenaren daarvan ook schriftelijk op de hoogte gesteld. In de gesprekken over de adviesaanvraag is onder andere aan de orde geweest dat het onderzoek van HHM een theoretische verkenning is en niet ingaat op de mate waarin verschuivingen zich in de praktijk voordoen, terwijl dit

⁴ TK 2015-2016, nr. 34 104, nr. 134.

⁵ TK 2014-2015, nr. 34 104, nr 70.

⁶ TK 2015-2016, nr. 34 104, nr. 98.

laatste wel onderdeel was van mijn vraag aan het Zorginstituut Nederland. Dit heeft er mede toe geleid dat meer tijd nodig was om het onderzoek af te ronden. Over dat laatste bent u op 3 september en 14 december 2015 geïnformeerd.

Vraag 15

Waarom krijgt de Kamer vervolgens pas op 15 juli 2016, wederom ruim vier maanden later, het rapport van HHM toegezonden? Waarom heeft dit allemaal zo lang geduurd?

Antwoord 15

Bedoeling was het rapport aan te bieden voorzien van een beleidsreactie. Er is geen specifieke reden waarom dat langer heeft geduurd dan gebruikelijk. Het rapport was overigens al openbaar geworden door publicatie op de website van het Zorginstituut in maart 2016.

Vraag 16

Is het rapport van HHM wellicht zo lang blijven liggen in verband met de 500 miljoen euro bezuinigingsopdracht op de langdurige zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 16.

Nee. Het rapport van HHM staat hier los van. Zoals u in de aanbiedingsbrief van het Zorginstituut kunt lezen, komt in de sfeer van kosten een beeld naar voren dat goed strookt met het Zorgakkoord. Het rapport van HHM laat zien dat de financiële effecten van de (maximale) verschuivingen ten opzichte van het Zorgakkoord gering zijn en dat de kosten voor de Wlz niet hoger zullen uitvallen als de maximale verschuiving zich daadwerkelijk voordoet. Vanuit het rapport van HHM komt dus geen budgettair knelpunt voor de Wlz naar voren.

Het schrappen van de taakstelling van € 500 miljoen op de Wlz vanaf 2017 heb ik u 13 juni 2016 gemeld bij het versturen van de voorlopige kaderbrief Wlz 2017. Zorgaanbieders hebben hierdoor meer ruimte gekregen om kwalitatief goede zorg te leveren waarmee kwetsbare cliënten beter in staat worden gesteld om het leven te leiden zoals zij dat willen.