

Aan
VWS

Van
NZa

Telefoonnummer
030 296 8111

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk

Onderwerp
Consultatie wijziging Blz

Datum
27 januari 2021

Inleiding

VWS heeft ons een ontwerpwijziging van het Besluit langdurige zorg voorgelegd, waarin nieuwe bepalingen ten aanzien van het pgb worden voorgesteld.

Hieronder onze bespreking per voorgesteld artikel. In algemene zin hoort daar bij dat wij de voorkeur geven aan een andere benadering van de zaken die VWS hier wil adresseren, dan het aanpassen van het Blz op deze manier. De onderwerpen die in de voorgestelde artikelen 3.6.2 en 3.6.7 aan de orde komen zijn relevant, maar zouden anders, c.q. op een andere plaats, geregeld kunnen worden. De wijziging van artikel 3.2.4 is onzes inziens niet nodig, en kan zelfs in het nadeel van budgethouders uitpakken. Ons voorstel zou daarom daar moeten zijn, dit artikel niet te wijzigen.

Artikelsgewijs

Art. 3.2.4

De toelichting bij het voorstel zegt dat het hier gaat om verzekerden/geïndiceerden in bijzondere situaties, zoals bij wijziging in hun gezondheidssituatie.

“Indien een verzekerde wegens bijzondere omstandigheden reeds zorg ontvangt, wordt een indicatiebesluit uiterlijk binnen twee weken genomen. Het tweede lid bepaalt dat wanneer een verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, het indicatiebesluit in dat geval twee weken terugwerkt tot en met het moment waarop de zorg is aangevangen [...]”

Daar zit dan ook de crux: juist daarvoor is deze wijziging niet nodig, omdat de bestaande tekst al de ruimte laat die nodig is in deze gevallen. Immers:

“De hoofdlijn is dat zorg in de thuissituatie verzekerd is via de Zorgverzekeringswet (Zvw) of dat er een aanspraak bestaat op maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) totdat er een Wlz-indicatie is. De terugwerking van een Wlz-indicatie biedt een oplossing voor noodsituaties waarin bijvoorbeeld mantelzorg wegvalt en de verzekerde vanwege een verzwaarde zorgbehoefte met spoed moet worden opgenomen in een Wlz-instelling. In het geval waar zorg thuis, in afwachting van de CIZ indicatie niet mogelijk is. In andere situaties blijft de Wmo 2015 en/of de Zvw het uitgangspunt.”

Er is dus al in voorzien dat verzekerden over kunnen gaan naar een ander domein, waarbij de bestaande tekst ruimte laat voor alle bestaande vormen van zorg, door te spreken over

“in de wet geregelde zorg”.

De toelichting stelt dat deze aanpassing nodig is om te voorkomen dat geïndiceerden met terugwerkende kracht een pgb gebruiken. Maar juist in de geschetste situaties

- kan al een pgb bestaan o.g.v. Wmo of Zvw,

- loopt anders al een aanspraak en levering van ZIN o.g.v. Wmo of Zvw en
- blijft toekenning van een pgb ook na de twee weken mogelijk, want de bevoegdheid van het zorgkantoor blijft bestaan.

Kenmerk

Pagina
2 van 4

Bij de eerste twee kan de bestaande zorg dus doorlopen¹, bij de derde is er geen hindernis aan te wijzen in bestaande regelgeving. Ook uit de toelichting bij het bestaande artikel 3.2.4 Blz kan niet worden afgeleid dat destijds bedoeld is geweest deze mogelijkheid te beperken tot situaties waarin de verzekerde in een instelling verblijft.²

Wat betreft de rol van het zorgkantoor komt hier bij, dat als al een aanvraag voor een pgb zou worden gedaan in een dergelijk scenario, ligt bij het zorgkantoor al de verplichting om te toetsen of daarmee de verzekerde wel de juiste zorg zal krijgen. Zie daarvoor art. 3.3.3 Wlz, art. 3.6.2 Blz en art. 5.5 Rlz, voor de gevallen waarin een pgb geweigerd wordt. Daarin is o.a. voor een limitatief opgesomd aantal indicaties weigering van een pgb verplicht.

Eerste tussenconclusie: deze aanpassing is niet nodig want het *gestelde* risico wordt in (de samenloop van) andere regelingen al beheerst.

De voorgestelde wijziging leidt tot een inperking van de mogelijkheid om een pgb te verkrijgen vanaf aanvang van de Wlz-zorg, nu zorgkantoren hiermee gebonden zullen worden. Dat zal ook gelden voor niet-voorzien (zorg)vragen die nu wel kunnen worden afgevangen.

De toelichting zegt niets over daadwerkelijke problemen (onnodige kosten, misbruik en vergelijkbare zaken). Wij kunnen niet inschatten of dit voldoende onderzocht is noch zijn bij ons signalen bekend dat hierin problemen zijn.

Tweede tussenconclusie: uit de toelichting blijkt niet dat dit in de praktijk nodig is omdat zich hier problemen mee voordoen.

Voor de goede orde zij hier nog verwezen naar de *Aanwijzingen voor de regelgeving*, Aanwijzing 2.2, die stelt dat tot het tot stand brengen van een regeling alleen wordt besloten indien de noodzaak daarvan is komen vast te staan. De toelichting zegt hierbij onder andere dat daarvoor is

“[...] vereist dat voldoende zekerheid bestaat dat de voorgestelde regeling werkelijk zal leiden tot het oplossen of verminderen van dat probleem, dat er geen minder bezwarende alternatieven zijn, en dat de kosten en lasten daarvan gerechtvaardigd worden door de ernst van het probleem.”

Als hieraan niet is voldaan, bestaat onvoldoende grond om tot regelgeving (in de voorgenomen vorm) over te gaan, “of dient simpelweg van overheidsingrijpen te worden afgezien”.

Het geheel voor art. 3.2.4 overziend: aanpassing is niet nodig én zou leiden tot een verslechtering van de positie van verzekerden (minder opties), maar ook van zorgkantoren (gebonden beschikkingen).

Art. 3.6.2

Dit is een passende methode om inzet van een pgb ook bij gecontracteerde zorgaanbieders mogelijk te maken, zij het dat deze plaats ongelukkig is. Immers, dit artikel opent imperatief met de bepaling dat een pgb *wordt geweigerd* in de gevallen die in dit artikel worden genoemd.

¹ Hier kan een vergelijking gemaakt worden met ZIN. Als daar een contract eindigt loopt zorgverlening door, o.g.v. van art. 4.2.2, lid 5.

² Staatsblad 2014, nr. 520, pag. 56.

Deze nieuwe *kan-bepaling* is niet heel helder als zodanig herkenbaar. Er staat immers dat het zorgkantoor een pgb kan *weigeren*. De vormgeving is die van een uitzondering binnen een uitsluiting. En niet: een pgb kan ook worden aangewend bij een gecontracteerde aanbieder.

Kenmerk

Pagina
3 van 4

Wij begrijpen dat beoogd is te voorkomen dat wanneer een zorgaanbieder die een contract sluit met een zorgkantoor, daardoor al zijn cliënten ook vanuit het pgb zouden moeten overstappen. Om dat effect te voorkomen willen wij voorstellen een afzonderlijke bepaling op te nemen met de strekking dat een toegekend pgb kan worden aangewend bij een al in ander verband gecontracteerde aanbieder.

De beoogde ruimte voor het zorgkantoor wordt hierbij gemaakt door een weigeringsmogelijkheid op te nemen wanneer het zorgkantoor passende zorg in natura beschikbaar heeft. Het nieuwe eerste lid zou als volgt kunnen luiden:

Een persoonsgebonden budget kan door de verzekerde besteed worden aan de inkoop van zorg bij zorgaanbieders die reeds gecontracteerd zijn door de Wlz-uitvoerder. Het zorgkantoor kan de aanvraag voor een persoonsgebonden budget evenwel weigeren indien voor de betreffende verzekerde, gelet op de door hem verstrekte gegevens of bescheiden, passende zorg reeds is gecontracteerd door de Wlz-uitvoerder.

Van een dergelijke bepaling kan ook een prikkel uitgaan richting het zorgkantoor om in zijn ingekochte zorgaanbod voldoende keuzemogelijkheden op te nemen.

Art. 3.6.7

Het is goed dat de juiste formele basis wordt gecreëerd voor het vergoeding van bijkomende kosten, ervan uitgaande dat voor dergelijke vergoedingen voldoende draagvlak bestaat. Het gaat immers om het belasten van een zorgbudget voor zaken die niet rechtstreeks zorg zijn.

Dat gezegd zijnde, zou het onze voorkeur hebben dan ook in de RIz op te nemen welke kosten dan hieruit vergoed kunnen in plaats van dit over te laten aan de zorgkantoren. Op dit moment is niet transparant hoe en op basis van welke criteria de bestaande vergoedingenlijst door de zorgkantoren wordt vastgesteld. Het lijkt ons beter dat VWS (limitatief) bepaalt wat er wel of niet onder de bijkomende kosten mag vallen. Dat kan door een vergoedingenlijst op te nemen in de RIz. Dit om redenen van gelijkheid, voorspelbaarheid en democratische controle.

Daarbij kunnen dan ook in algemene zin voorwaarden en criteria worden geformuleerd aan de hand waarvan voor nieuw opkomende kosten kan worden bepaald of die als bijkomende kosten voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Tot op heden is niet gedefinieerd *wanneer* bijkomende zaken wel kunnen worden vergoed vanuit het pgb. Wat betreft de voorbeelden in de toelichting is het onze vraag of dat wel de juiste voorbeelden zijn.

- De toeslag voor wooninitiatieven is al geborgd en als extra bedrag aan het pgb toegevoegd.
- Zijn de wooninitiatieven-in-nood hier meegenomen omdat deze via het formulier bijkomende zorgkosten worden gedeclareerd? Moet hier dan niet een 5e categorie voor worden toegevoegd aan het formulier, zodat deze kosten altijd zijn te identificeren?
- Van de andere posten zou onderzocht moeten worden of die niet al langs andere wegen (kunnen) worden afgevangen, zoals via de werk-

kostenregeling of andere al bestaande arbeidsvoorwaardelijke trajecten. Uit het ontwerp en de toelichting volgt ook niet of is onderzocht in hoeverre deze kosten niet al zijn opgenomen in bestaande kostprijzen, c.q. uurtarieven. Zoals bij tal van andere tarieven voor dienstverlening, waar de kosten voor (permanente) educatie uit het reguliere tarief worden gedragen.

Kenmerk

Pagina
4 van 4