

MEMORIE VAN TOELICHTING

I ALGEMEEN

1. Inleiding, aanleiding en doel wetsvoorstel

Dit wetsvoorstel regelt in de eerste plaats een uitbreiding van de taken die het zorgkantoor ter uitvoering van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) ten laste van het Fonds langdurige zorg (hierna: Flz) kan verrichten. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) houdt hierop toezicht. De Wlz, de Wet financiering sociale verzekeringen (hierna: Wfsv) en Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) worden in verband met het bovenstaande aangepast. Dit wetsvoorstel regelt in de tweede plaats dat de NZa op aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) in het tarief voor geheel van prestaties voor zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz, het zogenoemde Wlz-sluittarief, onder voorwaarden kosten van zorg kan opnemen die niet binnen de cliëntvolgende bekostiging vallen. Dit wetsvoorstel wijzigt en verduidelijkt daartoe de Wmg met een regeling voor het totaal aan aanvaardbare kosten (budget) met een vast sluittarief. Dit wetsvoorstel legt daarnaast in de Wmg de huidige praktijk vast dat de Minister van VWS het landelijk kader voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten over de zorgkantoorregio's.

Voorgesteld wordt dat samen met één of meer gemeenten, zorgverzekeraars of Onze Minister voor Rechtsbescherming maatregelen kan treffen die de behoefte aan Wlz-zorg van de bij hem ingeschreven verzekerden naar verwachting verminderen of uitstellen (verder aangeduid als: preventieve maatregelen). Hierdoor kunnen zorgkantoren zorgdragen voor maatregelen die gericht zijn op de vermindering of het uitstel van de behoefte aan zorg die behoort tot het op grond van die wet verzekerde pakket.

Gemeenten blijven verantwoordelijk voor hun eigen taken. Ook zorgverzekeraars blijven op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) krachtens de zorgverzekering voor de te verstrekken prestaties verantwoordelijk. Dit wetsvoorstel creëert meer ruimte voor zorgkantoren, zodat zij mede zorg kunnen dragen voor domein-overstijgende initiatieven, waardoor zwaardere en/of duurdere zorg voorkomen kan worden. De preventieve maatregelen vormen geen zorg aan individuele verzekerden die behoort tot het op grond van de Wlz verzekerde pakket. Om hier aanvullende maatregelen voor te kunnen treffen is het noodzakelijk om de uitvoering van de Wlz door zorgkantoren uit te breiden.

Ook wordt voorgesteld dat de zorgkantoren via de regeling van het totaal aan aanvaardbare kosten (kortweg het budget) met het sluittarief op aanwijzing van de Minister van VWS aanvullende bekostiging af kunnen spreken voor maatregelen die niet passen binnen de reguliere bekostiging maar wel randvoorwaardelijk zijn om passende zorg die behoort tot verzekerde pakket van de Wlz te kunnen leveren aan cliënten met een Wlz-indicatie. De scherpe randen van strikte cliëntvolgende bekostiging worden hiermee versoepeld. Het gaat hierbij om kosten van

zorg waarvan binnen het zogenoemde onderhoud bekostiging langdurige zorg¹ is geconstateerd dat die niet opgenomen kunnen worden in de reguliere bekostigingsstructuur, bijvoorbeeld omdat het kosten betreffen die niet toe te rekenen zijn aan de individuele cliënt en daarmee ook geen dekking kunnen geven op grond van de reguliere prestaties en tarieven. Daarnaast moet zijn geconstateerd dat er ook geen oplossing gevonden kan worden in het zorginkoopbeleid door binnen het maximumtarief een hogere prijs af te spreken.

Een voorbeeld hiervan zijn de plekken die in de gehandicaptenzorg zijn gecreëerd voor mensen met een complexe zorgvraag in het kader van het programma 'Volwaardig Leven'², die zorg krijgen op de zogeheten maatwerkplekken.³ Om passende zorg te kunnen leveren, moeten zorgaanbieders investeringen doen voor het creëren van een plek, voordat de cliënt op de plek komt wonen. Dat zijn kosten die nog niet aan de cliënt zijn toe te rekenen en lopen in feite voor op de daadwerkelijke zorglevering. Deze investeringen zijn essentieel om een goede passende plek te realiseren voor een cliënt. Binnen de reguliere bekostigingssystematiek kunnen dergelijke aanloopkosten worden 'terugverdiend' als een cliënt in zorg is omdat hiermee in de tariefstelling rekening is gehouden. Bij deze cliënten met een complexe zorgvraag in de gehandicaptenzorg zijn de reguliere tarieven voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's) niet toereikend: deze aanloopkosten zijn voor de zorgaanbieder buitenproportioneel gezien de complexiteit van de situatie. Ook is het vaststellen van een afzonderlijke toeslag (van toepassing bovenop het ZZP) niet mogelijk in geval een cliëntgroep niet valt af te bakken. Zonder aanvullende financiële maatregelen worden deze maatwerkplekken niet gerealiseerd en zou de zorg voor deze specifieke groep van cliënten niet kunnen worden geleverd. Om ook in de toekomst dit soort maatwerkplekoplossingen mogelijk te maken, is het aangewezen om dit expliciet in de wet te verankeren. Voor dergelijke situaties wordt de Wmg aangepast en verduidelijkt.

In de brief van december 2019⁴ over domein-overstijgende samenwerking heeft de Minister van VWS aangegeven te onderzoeken hoe Wlz-uitvoerders/zorgkantoren kunnen bijdragen aan investeringen in preventieve maatregelen en de mogelijkheden van niet-cliëntgebonden financiering in de Wlz. Met dit wetsvoorstel wordt hier uitvoering aan gegeven.

Het doel van het wetsvoorstel is in de eerste plaats om domein-overstijgende samenwerking tussen een aantal 'zorgdomeinen' te vergemakkelijken om zo duurdere en zwaardere zorg te voorkomen of uit te stellen. Om goede gezondheid voor zoveel mogelijk burgers te kunnen waarborgen met effectieve inzet van middelen, zoeken inkomende partijen (gemeenten, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders) al steeds vaker de samenwerking op. Deze samenwerking beoogt in veel gevallen een intramurale opname onder de Wlz te voorkomen of uit te stellen (preventieve maatregelen). Voor zorgverzekeraars en gemeenten is het op basis van de Zvw en respectievelijk de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) mogelijk zorg te

¹ Het reguliere onderhoud bekostiging langdurige zorg houdt in dat de NZa onderzoek doet op basis van knelpunten die de NZa ontvangt van partijen uit het veld. In overleg met de zorgbranches, CIZ, het Zorginstituut Nederland en ZN bekijkt de NZa of het knelpunt kan worden opgelost en op welke wijze. Doel is het permanent verbeteren van de zorgzwaartebekostiging.

² Programma Volwaardig leven – voor gehandicapte zorg en complexe zorg, 30-09-2018.

³ Kamerstukken II 2019/20, 24170, nr. 197.

⁴ Kamerstukken 2019/20, 31765, nr. 459.

dragen aan een dergelijke samenwerking. Voor Wlz-uitvoerders is hierin investeren op basis van de huidige Wlz niet mogelijk. De kosten van een Wlz-uitvoerder kunnen alleen ten laste van het Flz komen indien die betrekking hebben op geleverde Wlz-zorg of de uitvoering van de Wlz.⁵ Het wetsvoorstel regelt dat zorgkantoren samen met gemeenten, de Minister voor Rechtsbescherming en/of zorgverzekeraars, zorg kunnen dragen voor preventieve maatregelen. De Minister voor Rechtsbescherming is genoemd vanwege zijn verantwoordelijkheid voor de verstrekking en bekostiging van forensische zorg. De door Wlz-uitvoerders gemaakte kosten kunnen daarmee als kosten ter uitvoering van de Wlz, ten laste van het Flz komen. Hiermee kunnen zorgkantoren een bredere invulling geven aan hun taken en draagt dit wetsvoorstel bij aan het verbeteren van het stelsel, doordat de kosten en baten van preventie meer gedeeld kunnen worden, zodat de zorg meer integraal en rondom de burger wordt georganiseerd en minder gefragmenteerd is. Dit wetsvoorstel maakt het voor zorgkantoren mogelijk om hun spilfunctie in de regio breder in te vullen, doordat er met dit wetsvoorstel een wettelijke grondslag wordt gecreëerd om domein-overstijgende maatregelen te treffen. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor hun eigen taken. Ook zorgverzekeraars blijven op grond van artikel 11 Zvw krachtens de zorgverzekering voor de te verstrekken prestaties verantwoordelijk. Het wetsvoorstel beoogt meer ruimte voor Wlz-uitvoerders te creëren, zodat zij mede zorg kunnen dragen voor domein-overstijgende initiatieven.

In de tweede plaats heeft het wetsvoorstel als doel om te borgen er meer ruimte in de financiering komt voor kosten, waarvan is geconstateerd dat deze niet goed opgenomen kunnen worden in de reguliere bekostigingssystematiek maar die wel randvoorwaardelijk zijn om passende zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz, te kunnen leveren. De gedachtegang achter de huidige wet- en regelgeving is dat deze volledig cliëntvolgend is. De hele keten van indicatiestelling tot bekostiging is hierop ingericht. Op 1 januari 2009 zijn voor de intramurale zorg de zorgzwaartepakketten (ZZP's) ingevoerd. Van een bekostigingssysteem per bed met een toeslagenstelsel is, overgestapt op een bekostiging van de zorgzwaarte per cliënt. De NZa stelt de prestaties en de bijbehorende maximumtarieven (en toeslagen) vast. De vastgestelde tarieven moeten ten minste dekking bieden voor de redelijkerwijs te maken kosten voor de verlening van zorg op grond van de Wlz. Het kan echter voorkomen dat het in bijzondere omstandigheden of bij specifieke cliëntgroepen niet altijd mogelijk is aan te sluiten bij de bestaande mogelijkheden binnen de reguliere bekostigingssystematiek. Voor dergelijke specifieke situaties biedt dit wetsvoorstel een oplossing, doordat een maatregel kan worden getroffen op basis waarvan het zorgkantoor onder voorwaarden aanvullende financiering af kan spreken voor de zorg die is geleverd.

Voorbeelden van preventieve maatregelen en van bekostigingsvraagstukken komen in paragrafen 2c en 2d verder aan de orde.

2. Hoofdpijnen van het wetsvoorstel

2a. Probleembeschrijving

⁵ Zie artikel 90, tweede lid, onderdeel a, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren zoeken steeds vaker de samenwerking op om de zorg rondom de burgers die zorg nodig hebben zo goed mogelijk te regelen. Deze samenwerking leidt tot betere zorg in de thuisomgeving, waardoor een intramurale opname in de Wlz is te voorkomen of in ieder geval uitgesteld kan worden. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen op basis van de Zvw en de Wmo 2015 een financiële bijdrage leveren aan een dergelijke domein-overstijgende samenwerking, maar zorgkantoren kunnen dit niet.

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om middelen naar eigen inzicht in te zetten en daarmee de mogelijkheid om te investeren in preventieve maatregelen en in andere domeinen. De middelen uit het Gemeentefonds zijn vrij besteedbaar en zijn niet specifiek geormerkt voor zorg en ondersteuning. Het is aan de gemeente om te bepalen hoe de middelen vanuit het gemeentefonds ingezet worden om te kunnen voldoen aan hun verplichtingen op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid, waarbij uiteraard keuzes moeten worden gemaakt. Er zijn echter geen beperkingen opgelegd waar de middelen aan uitgegeven kunnen worden.

Ook voor zorgverzekeraars zijn er geen wettelijke beperkingen om te investeren in een ander domein en zorgverzekeraars kunnen dan ook een financiële bijdrage leveren aan domein-overstijgende samenwerking. Wel is het zo dat zorgverzekeraars dit geheel uit eigen middelen moeten financieren als het gaat om investeringen die niet vallen onder het verzekerde basispakket voor de zorgverzekering. Deze investeringen kunnen niet worden aangemerkt als schadelast in de zin van de Zvw en verzekeraars ontvangen hiervoor dus geen compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds in de vorm van een vereveningsbijdrage. Zorgverzekeraars zullen daarom een zorgvuldige afweging met een kosten- en batenganalyse maken, voordat zij besluiten om te investeren in een ander domein. Hiermee hebben zorgverzekeraars, anders dan zorgkantoren, de mogelijkheid om de zorgvraag enigszins te beïnvloeden.

Voor zorgkantoren is investeren in een ander domein op basis van de huidige Wlz en in combinatie met de in de Wfsv geregelde bestedingsmogelijkheden van de middelen vanuit het Flz, niet mogelijk. De reden daarvan is dat, zoals eerder aangegeven, kosten alleen ten laste van het Flz gebracht kunnen worden als deze toe te rekenen zijn aan een cliënt met een Wlz-indicatiebesluit, die zorg krijgt of die gepaard gaat met de uitvoering van de Wlz. Initiatieven op het gebied van domein-overstijgende samenwerking zijn niet of nauwelijks toe te rekenen aan de kosten voor individuele Wlz-cliënten en vormen op grond van de huidige Wlz geen kosten ter uitvoering van die wet. Dit maakt het moeilijk voor de Wlz-uitvoerders om de samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars daadwerkelijk vorm te geven. Om duurdere zorg te voorkomen is het belangrijk dat een Wlz-indicatie uitgesteld of voorkomen wordt.

De kosten van gezamenlijke initiatieven voor betere ondersteuning van en zorg voor zelfstandig wonende personen, die mede beogen de noodzaak van een Wlz-indicatie aan te vragen, uit te stellen of te voorkomen, slaan vaak neer bij de gemeenten en bij de zorgverzekeraar, terwijl de financiële baten in de Wlz landen. Dit betekent dat gemeenten en zorgverzekeraars minder prikkels hebben om te investeren in preventieve maatregelen. Dit zou anders kunnen zijn als ook

Wlz-uitvoerders bij zouden kunnen dragen aan dergelijke gezamenlijke domein-overstijgende initiatieven.

Naast de hiervoor beschreven onmogelijkheid van het mede zorgen voor preventieve maatregelen kan het voor zorgkantoren ingewikkeld zijn om passende zorg voor specifieke doelgroepen in te kopen of is het ingewikkeld vanwege bijzondere omstandigheden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cliënten met een Wlz-indicatie, waarvoor de vastgestelde ZZP-tarieven niet toereikend zijn en zorgaanbieders aantoonbaar een buitenproportioneel verlies zullen leiden als deze cliënten in zorg worden genomen. Voor die gevallen, waarbij het met redenen niet mogelijk is om de bekostigingsstructuur hierop aan te passen of niet valt in te passen, wordt met dit wetsvoorstel de mogelijkheid gecreëerd om binnen de randvoorwaarden van de NZa aanvullende bekostiging af te spreken. Ook kan het hierbij gaan om specifieke omstandigheden waarvoor de reguliere bekostigingsstructuur niet passend is. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om extra kosten die zorgaanbieders moeten maken bij het uitbreken van een pandemie, zoals bij de uitbraak van COVID-19. Deze kosten zijn niet opgenomen in de reguliere bekostigingsstructuur.

Door dit wetsvoorstel kunnen deze preventieve maatregelen en de mogelijkheden van niet-clientgebonden financiering rechtmatig ten laste van het Flz gebracht.

2b. Doelstellingen wetgeving

Met dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de zorgkantoren een bredere invulling kunnen geven aan hun uitvoering van de Wlz. In het voorstel wordt gesproken van zorgkantoren en niet van Wlz-uitvoerders, zodat er aangesloten wordt op de huidige praktijk, waarbij de zorgkantoren de zorg inkopen. Het doel van deze aanpassing in de wetgeving is om de samenwerking tussen de verschillende financiers te stimuleren, zodat de zorg en ondersteuning meer vanuit de cliënt georganiseerd wordt en meer doelmatigheid over het stelsel heen kan worden gerealiseerd. Met deze wet wordt de scherpe afbakening tussen de verschillende domeinen flexibeler vormgegeven, waardoor er meer ruimte ontstaat om gezamenlijk nieuwe initiatieven te ontplooiën en bij gebleken succes verder op te schalen. Hierbij wordt beoogd om beter passende zorg te leveren en levering van zwaardere en duurdere zorg te voorkomen of uit te stellen.

Daarnaast is het doel van dit wetsvoorstel dat er meer mogelijkheden komen om financiële maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn om specifieke cliëntgroepen van passende zorg te kunnen voorzien of in geval van bijzondere omstandigheden, en waarbij het niet mogelijk is gebleken dit aan te laten sluiten bij de reguliere bekostigingssystematiek.

2c. Investeren in preventieve maatregelen

Investeren in preventieve maatregelen kan zwaardere zorg voorkomen. Door ervoor te zorgen dat er meer oog is voor de kracht en kwetsbaarheid van burgers, waardoor de zorg of ondersteuning eerder opgeschaald kan worden als dat nodig is en weer afgeschaald kan worden, kunnen crisissituaties worden voorkomen en kan intramurale Wlz-zorg mogelijk uitgesteld worden. Een preventieve maatregel wordt gedefinieerd als een maatregel die er op gericht is om zwaardere en/of duurdere zorg te voorkomen. Hierbij is het niet de bedoeling dat er ingeboet wordt op de

kwaliteit van leven van de cliënt. Er zijn verschillende initiatieven die bevorderen dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, waardoor ze minder snel een beroep hoeven te doen op Wlz-zorg. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk om zowel in bestaande als in nieuwe initiatieven investeren ten laste van het Flz als er aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan. Hieronder volgen enkele voorbeelden. Deze zijn dus niet limitatief.

a. Domein-overstijgende samenwerking

In de gemeenten Ede, Dongen en Hoogeveen werken zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten om ervoor te zorgen dat kwetsbare ouderen (en hun naasten) langer op een kwalitatief goede wijze het leven kunnen blijven leven zoals ze dat willen in hun eigen vertrouwde omgeving. Daarnaast wordt beoogd dat deze ouderen niet of later de Wlz instromen. Eén professional is als 'arrangeur' verantwoordelijk voor het organiseren van alle ondersteuning en zorg van de oudere. Om dat regionaal te kunnen doen, verlenen de gemeente en de zorgverzekeraar mandaat aan de arrangeur om zowel voor de Zvw (wijkverpleging) als de Wmo 2015 te kunnen optreden. De arrangeur trekt nauw op met de oudere, vertaalt diens wensen in een concreet aanbod dat meteen wordt ingezet, treedt preventief op, kijkt waar ondersteuning en zorg uit de Zvw en Wmo 2015 kunnen worden gecombineerd en maakt gebruik van informele ondersteuning, veelal vanuit het netwerk van de oudere zelf. De arrangeur denkt met de kwetsbare oudere en diens naasten mee en maakt het minder lastig om samenhang in de ondersteuning en zorg te organiseren. In Hollandscheveld speelt de dorpscoöperatie een belangrijke rol: de arrangeur, waaronder de dorpsregisseur, gaan eerst op zoek naar passende ondersteuning vanuit de dorpscoöperatie zelf. Pas als op enig moment blijkt dat die vorm van ondersteuning niet meer toereikend is, schakelt de arrangeur formele ondersteuning en zorg in. De arrangeur kan rechtstreeks ingezet worden vanuit Zvw en Wmo 2015. Deze initiatieven zijn van de grond gekomen door veel inzet en energie van de betrokken partijen. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk dat in de toekomst de betrokken Wlz-uitvoerders bij deze en dergelijke initiatieven daaraan financieel bij kunnen dragen.

b. Sociale benadering dementie

Bij de sociale benadering van dementie ligt op dit moment de nadruk op zorg vanuit het medische domein. In de praktijk blijken mensen (gedurende een groot deel van hun ziekteproces) veel meer gebaat bij hulp vanuit het sociale of psychosociale domein. Door bijvoorbeeld mantelzorgers te ondersteunen, het inzetten van vertrouwenspersonen of begeleiding door vrijwilligers wordt het beroep op duurdere zorg (bv. vanuit of in een verpleeghuis) uitgesteld. Tegelijk wordt de kwaliteit van leven verbeterd. In de social trials wordt hiermee geëxperimenteerd. Deze trials zijn als kleinschalige experimenten vormgegeven en worden niet op de reguliere wijze bekostigd.

c. Dementie: Ontmoetingscentra en Dementalent

Een van de belangrijkste kenmerken van dementie is cognitieve achteruitgang in de loop van het jarenlange ziekteproces. Afhankelijk van de mate en vorm van achteruitgang, kunnen mensen met dementie echter nog geruime tijd meedoen in de samenleving. Zeker als zij positieve ondersteuning krijgen om overeenkomstig hun wensen en mogelijkheden een rol in de

samenleving te blijven spelen. Dit kan bijvoorbeeld door het bezoeken van ontmoetingscentra voor mensen met dementie, met daaraan gekoppeld de mogelijkheid om zinvolle activiteiten, zoals vrijwilligerswerk in Dementientprojecten, uit te voeren. Onderzoek⁶ toont aan dat bezoek aan ontmoetingscentra en deelname aan een Dementientproject leidt tot verhoging van de kwaliteit van leven van mensen met dementie, tot vermindering van de belasting van hun mantelzorgers en tot uitstel van opname in het verpleeghuis. Financiering van ontmoetingscentra en Dementientprojecten vindt nu op verschillende wijzen plaats: deels vanuit de Wmo, deels vanuit het persoonsgeboden budget van individuele cliënten en deels vanuit de Wlz, als de cliënt een Wlz-indicatie heeft en nog thuis woont. Niet elke gemeente is bereid of in staat deze voorzieningen uit het Wmo-budget te financieren. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk dat de betrokken zorgkantoren zorg kunnen dragen voor dergelijke initiatieven, ook als cliënten nog geen Wlz-indicatie hebben.

d. PlusWonen

Plus Wonen is een woonconcept van een zorgverzekeraar, zorgaanbieders en gemeenten. Het model wordt nu ingezet in Schiedam, Vlaardingen, Maassluis en Lansingerland. Via PlusWonen wordt individuele begeleiding, ondersteuning bij maaltijden en hulp met de dagelijkse activiteiten aan huis georganiseerd voor oudere inwoners. De kracht van PlusWonen zit in het bieden van één pakket van ondersteuning en zorg voor ouderen die in eigen (aanleun)woningen wonen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de faciliteiten die het nabijgelegen verpleeghuis biedt. Wlz-uitvoerders willen in samenwerking met gemeenten een soortgelijk initiatief uitbreiden naar reguliere appartementencomplexen, waarbij er geen mogelijkheid is om gebruik te maken van de faciliteiten van een verpleeghuis. Omdat zij hier niet financieel aan bij kunnen dragen komen de plannen voor uitbreiding nauwelijks van de grond.

e. Regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf

In 2017 is gestart met het opzetten van een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf (ELV). De coördinatiefunctie is bedoeld om zorgprofessionals te ondersteunen bij hun verkenning naar mogelijkheden voor eerstelijnsverblijf door hen inzicht te geven in de beschikbare capaciteit ELV en daarmee het zo snel mogelijk vinden van een beschikbare plek. Inmiddels werken de meeste coördinatiefuncties voor een breder palet aan vormen van ongepland tijdelijk verblijf, waaronder ook Wlz-crisisplekken. Een coördinatiefunctie kan ervoor zorgen dat inzet of gebruik van zwaardere en duurdere zorg wordt voorkomen. Door ondersteuning en zorg in de thuissituatie eerder op te schalen of eerder te interveniëren en beter samen te werken in de wijk kan opname in Wlz worden voorkomen of worden uitgesteld. Zorgkantoren kunnen hier momenteel niet aan bijdragen.

Naast bovenstaande voorbeelden kunnen de verpleeghuizen ook een rol spelen bij het bevorderen van het langer zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen, waardoor ze minder snel een beroep hoeven te doen op de Wlz. Dit kan als verpleeghuizen zich meer naar buiten richten en een centrale ontmoetingsplaats voor ouderen worden, daarbij kunnen ze gezamenlijke activiteiten aanbieden of

⁶ RM Droës e.a., Utilization, effect, and benefit of the individualized Meeting Centers Support Program for people with dementia and caregivers; <https://doi.org/10.2147/CIA.S212852>

door bijvoorbeeld het aanbieden van een maaltijd tegen een gering bedrag. Hierdoor worden de faciliteiten van een verpleeghuis breed benut en helpt dit het voorkomen van eenzaamheid en het beroep op zorg en ondersteuning.

Dergelijke investeringen in preventieve maatregelen, zoals hiervoor omschreven, worden niet vanzelfsprekend gedaan en ook samenwerkingsverbanden tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten komen niet altijd van de grond. Om meer verdieping en versnelling in de beweging van de 'Juiste zorg op de juiste plek'⁷ te krijgen, wordt met dit wetsvoorstel geregeld dat Wlz-zorgkantoren door middel van het uitbreiden van de uitvoeringstaken, zorg te kunnen dragen voor dergelijke initiatieven die gericht zijn op preventieve zorg. Dit in het belang van burgers, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen als dit veilig en verantwoord is.

Omdat één van de doelen van dit wetsvoorstel is om meer samenwerking te stimuleren, moet het zorgdragen voor preventieve maatregelen door zorgkantoren samen met één of meer gemeenten of zorgverzekeraars of de Minister voor Rechtsbescherming plaatsvinden. Het voorgestelde in artikel 4.2.4 van de Wlz, in te voegen zevende lid, bepaalt dat het zorgkantoor het zorgdragen voor preventieve maatregelen dient uit te voeren overeenkomstig de bij of krachtens algemene maatregel van bestuur vastgestelde nadere regels. Hierbij wordt er aan gedacht om op te nemen dat er een duidelijk omschreven casus aan de investering ten grondslag moet liggen waarin:

- a. wordt beschreven wat het doel is van de preventieve maatregel;
- b. een inschatting wordt gemaakt van de verwachte kosten en baten, waarbij het bedrag niet hoger mag zijn dan de door hem ingeschatte besparingen aan Wlz-zorg; en waarin
- c. de wijze van monitoring en evaluatie wordt beschreven.

Het zorgkantoor zal een casus positief beoordelen als de investering en daarbij behorende zorgkosten (intertemporeel) niet hoger zijn dan de kosten in de situatie, waarbij sprake is van Wlz-zorg.

Naast bovengenoemde initiatieven, kan het ook gaan om andere initiatieven zolang er maar aan de wet en de aanvullende regelgeving wordt gedaan. Het nemen van preventieve maatregelen kan via de zorginkoopprocedures. Het is aan de Wlz-uitvoerder zelf om te bepalen wat de hoogte is van het bedrag dat hij wil realiseren binnen de gestelde voorwaarden. Op dit moment wordt voorzien dat de inzet op preventieve maatregelen vooral de ouderenzorg zal betreffen. Juist in de ouderzorg zijn er veel mogelijkheden om meer in te zetten op het voorkomen van een dure intramurale opname door de levering van zorg en ondersteuning thuis en in de wijk.

2d. Aanvullende bekostiging voor specifieke cliëntgroepen of omstandigheden (maatregelen)

Om ervoor te zorgen dat bepaalde specifieke cliëntgroepen passende zorg kunnen krijgen, is het soms noodzakelijk dat er aanvullende financiële afspraken gemaakt worden omdat de bekostiging niet toereikend is. Doordat de bekostiging niet toereikend is, wordt de zorg niet of te weinig aangeboden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om specifieke cliëntgroepen met een beperkte omvang, die niet zijn in te passen zijn in de reguliere bekostigingsstructuur.

⁷ Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, 01-04-2018

Zoals hiervoor ook aangegeven is een voorbeeld hiervan de plekken die in de gehandicaptenzorg zijn gecreëerd voor mensen met een complexe zorgvraag in het kader van het programma "Volwaardig Leven", die zorg krijgen op de zogeheten maatwerkplekken. Om passende zorg te kunnen leveren, moeten zorgaanbieders investeringen doen voor het creëren van een plek, voordat de cliënt op de plek komt wonen. Dat zijn kosten die nog niet aan de cliënt zijn toe te rekenen en lopen in feite voor op de daadwerkelijke zorglevering. Deze investeringen zijn essentieel om een goede passende plek te realiseren voor een cliënt. Binnen de reguliere bekostigingssystematiek kunnen dergelijke aanloopkosten worden terugverdiend als een cliënt in zorg is. Bij deze cliënten met een complexe zorgvraag in de gehandicaptenzorg zijn de reguliere ZZP's niet toereikend omdat deze zogenoemde aanloopkostenkosten buitenproportioneel zijn gezien de complexiteit van de situatie.

Zonder aanvullende financiële maatregelen zou de zorg voor deze groep van cliënten niet kunnen worden geleverd. De huidige bekostigungsstructuur is hier moeilijk op aan te passen omdat de cliënten erg divers zijn in hun zorgachtergrond, zorgvraag en wat ze nodig hebben. Daarom moet er voor elk van deze cliënten individueel maatwerk worden geleverd, wat moeilijk te vatten is in een standaard prestatiebeschrijving die voor iedereen die in aanmerking komt gelijk is, zoals een toeslag. Voor dergelijke situaties biedt dit wetsvoorstel een oplossing, doordat het zorgkantoor onder voorwaarden aanvullende financiering af kan spreken voor de zorg die wordt geleverd.

Naast de bekostiging van specifieke cliëntgroepen kan het gaan om de -al dan niet tijdelijke- bekostiging van bijzondere omstandigheden. Ten aanzien van de bijzondere omstandigheden gaat het om omstandigheden, waarvoor het maatschappelijk gezien wenselijk is dat afzonderlijke inkoopafspraken worden gemaakt. Een voorbeeld is de wijze waarop afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor de realisatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De extra personele kosten en overige investeringen om toe te groeien naar het kwaliteitskader worden onder voorwaarden bekostigd via een separaat kwaliteitsbudget. Hiervoor is voor een afgebakende periode 2019 tot en met 2021 het tarief voor het geheel van prestaties ingezet. De gerealiseerde kwaliteitsafspraken worden bekostigd door de kosten voor de geleverde zorg te verhogen via de band van het sluittarief.

Ook kan bij specifieke omstandigheden gedacht worden aan de financiële compensatiemaatregelen, die getroffen zijn in verband met de infectieziekte COVID-19. Zorgaanbieders kunnen –kort gezegd- zowel in 2020 als in 2021 onder voorwaarden in aanmerking komen voor een vergoeding van de doorlopende kosten of gemaakte meerkosten die nodig zijn om de gebruikelijke en (aanvullend) noodzakelijke zorg veilig te leveren. Ook hiervoor is het tarief voor het geheel van prestaties ingezet, in de vorm van het sluittarief dat de opbrengsten van de zorgaanbieder in overeenstemming brengt met het totaal aan aanvaardbare kosten van de zorgaanbieder. De compensatiemaatregelen worden daartoe toegevoegd aan de aanvaardbare kosten van de zorgaanbieder en werken daarmee door in zijn sluittarief. Voor een structurele toepassing, is het wenselijk om de wettelijke basis te verduidelijken en te verstevigen.

De NZa heeft thans in haar beleidsregels in een aantal gevallen voorzien in de mogelijkheid om

aanvullende financiële afspraken te maken door middel van het (sluit)tarief voor het geheel van prestaties. Met het overgangsrecht in dit wetsvoorstel (artikel IV) is geregeld dat voor deze situaties geen nieuwe aanwijzing wordt gegeven.

Het sluittarief heeft als zogenoemd tarief voor een geheel van prestaties betrekking op de totale overeengekomen en gerealiseerde productie van een zorgaanbieder. Met de afspraken over het geheel van de prestaties wordt het totaal aan aanvaardbare kosten voor de geleverde zorg verhoogd. Zorgaanbieders krijgen hiermee een hoger budget voor de totaal geleverde zorg. Met dit wetsvoorstel wordt deze systematiek ook expliciet in de Wmg (artikel 50, derde tot en met vijfde lid) opgenomen.

De mogelijkheid om een aanwijzing te geven om een dergelijke maatregel te treffen wordt gecreëerd voor specifieke cliënten/cliëntgroepen of bijzondere omstandigheden die niet zijn te vatten in de reguliere bekostiging en waarbij het ook niet mogelijk is om binnen het maximumtarief inkoopafspraken te maken. Zorgkantoren kunnen binnen het maximumtarief prijzen afspreken. Zorgkantoren hanteren meestal een afslag op het maximumtarief omdat zij volgens hun wettelijke taak de zorg doelmatig in moeten kopen. Voordat een aanwijzing zal worden gegeven, zal eerst bekeken moeten worden in hoeverre een ophoging van de prijzen onder het maximumtarief een oplossing kan bieden. De regeling van het totaal aan aanvaardbare kosten is het ultimum remedium. Om te borgen dat de inzet van het sluittarief voor het geheel van prestaties ook daadwerkelijk gebruikt wordt als ultimum remedium wordt er voorafgaand een aanwijzing gegeven. In deze aanwijzing, die voorgehangen wordt aan de Eerste Kamer en Tweede Kamer, geeft de Minister van VWS aan voor welke specifieke cliëntgroepen of specifieke omstandigheden aanvullende bekostigingsafspraken kunnen worden gemaakt die onderdeel vormen van het tarief voor het geheel van prestaties en -indien dit is aangewezen- binnen welk bijbehorend financieel kader.

Met deze verduidelijking van de Wmg kunnen aanvullende financiële afspraken voor de te leveren zorg gemaakt worden als onderdeel van de overeenkomsten die de Wlz-uitvoerder, ter uitvoering van zijn zorgplicht, met de betrokken zorgaanbieder sluit. De Wlz-uitvoerder moet ter uitvoering van zijn zorgplicht overeenkomsten met zorgaanbieders die de tot het verzekerde pakket van de Wlz behorende zorg, kunnen leveren.⁸ De zorgverlening aan verzekerden die behoren tot bepaalde specifieke cliëntgroepen, kan aanvullende financiering noodzakelijk maken die niet valt op te lossen binnen de bestaande tariefregulering en binnen de mogelijkheden van de zorginkoop afspraken.

De betrokken zorgaanbieders zouden zonder extra bekostiging van een voorspelbaar verlies leiden op de zorgverlening voor de specifieke cliëntgroepen. Het voorgestelde in te voegen derde en vierde lid en onderdeel b van het in te voegen vijfde lid, van artikel 50 Wmg, bepaalt dat de Wlz-uitvoerders ter uitvoering van hun zorgplicht jegens hun verzekerden aanvullende maatregelen tegen een extra vergoeding met zorgaanbieders kunnen afspreken. Ook kan het zijn dat specifieke omstandigheden het noodzakelijk maken om aanvullende financiering die loopt via de band van het tarief voor een geheel van prestaties af te spreken. De mogelijkheid voor het maken van aanvullende financiële afspraken bestaat slechts voor zover door de NZa op grond van artikel 57,

⁸ Zie artikel 4.2.2, eerste lid, Wlz.

eerste lid, onderdeel b, Wmg vast te stellen beleidsregels, daarin voorzien. De NZa mag op grond van het in artikel 59 ingevoegde onderdeel de mogelijkheid voor het maken van aanvullende financiële afspraken slechts in haar beleidsregels opnemen, indien de Minister van VWS een daartoe strekkende aanwijzing heeft gegeven.

Via de documenten voor de zorginkoop, wordt door de Wlz-uitvoerders een aanbod gedaan van een extra financiële vergoeding voor het leveren van zorg aan specifieke cliëntgroepen. Met als doel om zorgaanbieders zover te krijgen om zorg aan verzekerden uit specifieke cliëntgroepen te verlenen. De betrokken zorgaanbieder ontvangt op basis van de overeenkomst omtrent de verlening van zorg via de band van het sluittarief voor een geheel van prestaties een aanvullende vergoeding op de reguliere tarieven voor de zorg die geleverd is. Ten aanzien van de bijzondere omstandigheden, zijn deze niet altijd te voorzien en kunnen daarom niet altijd opgenomen worden in de inkoopdocumenten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de bekostiging van de extra kosten ter bestrijding van de COVID-19 pandemie of een Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO)-uitbraak. In die gevallen zal de aanvullende bekostiging via aanvullende inkoopafspraken gemaakt worden.

Die vergoeding komt op grond van het in artikel 50 Wmg in te voegen vierde en vijfde lid in aanvulling op de tarieven die de zorgaanbieder rechtsgeldig per prestatie aan de Wlz-uitvoerder in rekening mag brengen. Die compensatie en vergoeding betreffen kosten van zorgaanbieders die zij voor overeengekomen en wel gerealiseerde Wlz-zorg hebben moeten maken. Het bovenbedoelde lid bepaalt dat de Wlz-uitvoerder de zorgaanbieder niet dubbel mag bekostigen.

De Wlz-uitvoerders kunnen met de mogelijkheid van een aanvullende financiële vergoeding beter voldoen aan hun zorgplicht jegens de verzekerden die behoren tot specifieke cliëntgroepen of bij bijzondere omstandigheden. De zorgaanbieders hebben hiermee minder financiële drempels voor de verlening van zorg aan bovenbedoelde verzekerden.

3. Uitkeringen uit het Fonds langdurige zorg

Het Zorginstituut verstrekt jaarlijks op grond van artikel 91, eerste lid, Wfsv, een beheerskostenbudget aan de Wlz-uitvoerders voor hun beheerskosten ter uitvoering van de Wlz. Onder de beheerskosten vallen alle kosten die de Wlz-uitvoerder voor de eigen organisatie moet maken en onder de overige uitvoeringskosten vallen de kosten die hij maakt ter uitvoering van zijn zorgplicht jegens de verzekerden. Met dit wetsvoorstel wordt aangesloten bij een logische uitvoeringspraktijk en worden de beheerskosten beperkt tot de kosten voor het eigen beheer.

De Minister van VWS verdeelt het beschikbare landelijke kader voor de overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz over de zorgkantorregio's. Dit is neergelegd in het vierde lid, van het voorgestelde artikel 49e Wmg.

Die overige maatregelen bestaan uit:

- a. de verplicht uit te voeren taken van de onafhankelijke cliëntondersteuning voor een verzekerde vanaf het indicatiebesluit en de cliëntenvertrouwenspersoon bij gedwongen zorg (artikel 4.2.1, tweede lid, onderdelen c en d van de Wlz); en

b. de preventieve maatregelen en de ondersteuning van de verzekerde voorafgaand aan het indicatiebesluit.

Het Zorginstituut betaalt de middelen voor de overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz, conform de verdeling van de Minister van VWS over de zorgkantoorregio's, uit aan de zorgkantoren. De voorgestelde wijzigingen van artikel 4.2.1 van de Wlz regelen in verband met het bovenstaande dat de verplicht uit te voeren taken van de onafhankelijke cliëntondersteuning voor een verzekerde vanaf het indicatiebesluit en de cliëntenvertrouwenspersoon voor gedwongen zorg tot de zorgplicht van zorgkantoren behoren. De Wlz-uitvoerders die geen zorgkantorfunctie vervullen behoeven de bovenbedoelde taken niet uit te voeren. De voorgestelde wijziging van artikel 90 lid 2 onderdeel a van de Wfsv maakt duidelijk dat de uitgaven voor de overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz van zorgkantoren, ten laste van het Flz komen.

Met de invoering van dit wetsvoorstel vindt er een schuif van de beheerskosten naar de overige uitvoeringskosten plaats. Dit betekent dat een fors percentage (zo'n 10%) van de beheerskosten wordt overgeheveld naar de overige uitvoeringskosten. In het Besluit Wfsv is opgenomen dat de reserves maximaal 20% van het beheerskostenbudget mogen zijn. Het voornemen is om dit percentage aan te passen, zodat Wlz-uitvoerders geen reserves hoeven terug te storten omdat met dit wetsvoorstel de grondslag van de beheerskosten wordt verkleind.

4. Europeesrechtelijke aspecten

De bijdragen van Wlz-uitvoerders aan preventieve maatregelen worden mogelijk gemaakt met overheidsmiddelen, namelijk vanuit het Flz. De zorgverzekeraars verrichten met de uitvoering van zorgverzekeringen economische activiteiten, hetzelfde geldt voor de betrokken zorgaanbieders. De zorgkantoren dienen ervoor te zorgen dat de bijdragen aan preventieve maatregelen en de vergoeding van ondersteuning van verzekerden voorafgaand aan het indicatiebesluit, niet leiden tot een niet-marktconform voordeel voor de betrokken zorgverzekeraars of zorgaanbieders. De bijdragen aan preventieve activiteiten en de inkoop van ondersteuning mogen niet leiden tot staatssteun.

Het voorgestelde in artikel 4.2.4 Wlz in te voegen zevende lid bepaalt daartoe dat de preventieve maatregelen geen prestaties mogen inhouden die behoren tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. De zorgkantoren zijn op grond van de voorgestelde uitbreiding van de uitvoering van de Wlz (mede-) afnemer van de preventieve maatregelen. Via de inkoopprocedures worden overeenkomsten gesloten over o.a. de voorwaarden en de afgesproken prijzen met betrekking tot de preventieve maatregelen.

Het tarief voor geheel van prestaties, het sluittarief, betekent een hogere vergoeding voor alle door de zorgaanbieder gerealiseerde zorg die de Wlz-uitvoerder ter uitoefening van zijn zorgplicht op grond van de Wlz heeft gecontracteerd. De Wlz-uitvoerder geldt daarmee als afnemer van de prestaties van de zorgaanbieder. De Wlz-uitvoerder moet voor de contractering de geldende inkoopprocedures doorlopen die dienen te voorkomen dat de zorgaanbieders ten laste van overheidsmiddelen een niet-marktconform voordeel verkrijgen.

5. Gevolgen van het wetsvoorstel

a. Implementatie en uitvoering

De gevolgen van het wetsvoorstel zijn beperkt omdat dit wetsvoorstel niet toeziet op burgers. De aanpassingen van deze wetgeving vergt met name implementatietijd van zorgkantoren. De Zorgkantoren zullen met andere financiers gezamenlijke afspraken over de inzet in preventieve maatregelen moeten maken. Daarnaast wordt een nieuwe financiële stroom voor overige uitvoeringskosten ter uitvoering van de Wlz ingericht. Dit betekent dat Wlz-uitvoerders die de zorgkantorfunctie vervullen hierop hun administratie moeten aanpassen. De overheveling van de taken op het gebied van de onafhankelijke cliëntondersteuning en de cliëntenvertrouwenspersoon voor de gedwongen zorg hebben geen praktische gevolgen omdat alleen de zorgkantoren die taken feitelijk vervulden. Ook de aanpassing van de Wmg heeft invloed op de taken van de zorgkantoren. Ten aanzien van specifieke cliëntgroepen of in bijzondere omstandigheden kunnen zijn aanvullende financiële afspraken met zorgaanbieders maken.

b. Regeldruk

De introductie van de mogelijkheid om preventieve maatregelen zijn niet als een verplichting opgenomen. Dit betekent dat als zorgkantoren geen gebruik van deze mogelijkheid maken, dit niet tot structurele kosten leidt. Met dit wetsvoorstel wordt uiteraard beoogd dat van deze mogelijkheid gebruik gemaakt wordt, zodat enerzijds de zorg rondom de cliënt beter geregeld kan worden en anderzijds zwaardere en duurdere zorg voorkomen wordt.

Ten aanzien van preventieve maatregelen worden de structurele regeldrukkosten gemaakt door de zorgkantoren omdat zij de kosten-baten analyse moeten controleren, beoordelen en gegevens vast moeten leggen om uiteindelijk de betalingen te kunnen doen. Daarnaast hangen de structurele kosten samen met de financiële verantwoording die over de uitgaven afgelegd moet worden.

Met dit wetsvoorstel wordt tot slot een grondslag gecreëerd, op basis waarvan zorgkantoren hun spilfunctie in de regio verder kunnen ontwikkelen, waardoor ze meer activiteiten kunnen ontplooiën in de voorliggende domeinen.

De aanpassing van de Wmg heeft geen gevolgen omdat het een verduidelijking betreft van de wettelijke bepalingen.

c. Bevorderen rechtmatige zorg

Er is een fraudetoets uitgevoerd. Hieruit zijn geen aanvullende fraudegevoeligheden naar voren gekomen omdat het wetsvoorstel zich richt op zorgkantoren en zorgaanbieders en niet op burgers. De NZa houdt toezicht op de uitgaven van de zorgkantoren.

d. Financiële gevolgen

Naast de beheerskosten wordt een nieuw budget samengesteld voor de overige uitvoeringskosten van zorgkantoren. Vanuit dit budget hebben zorgkantoren de mogelijkheid om preventieve maatregelen te financieren en om onafhankelijke cliëntondersteuning en

cliëntvertrouwenspersonen in te kopen. Hiermee wordt aangesloten op een logische uitvoeringspraktijk, waarbij de beheerskosten worden beperkt tot eigen beheer.

Een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen met Wlz-premiemiddelen is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven en dat dit landelijk gemonitord en geëvalueerd wordt op basis van heldere criteria. Om die reden is het voornemen om uitsluitend preventieve maatregelen met een positieve business case in aanmerking te laten komen vergoeding.

Experimenten hebben laten zien dat domein-overstijgende samenwerking tot doelmatige zorg kunnen leiden, maar het effect op de macro-uitgaven is nog onduidelijk. Om die reden is het belangrijk om de initiatieven zorgvuldig te monitoren en stapsgewijs uit te bouwen indien succesvol. Daarom wordt de ruimte voor preventieve maatregelen in een jaar begrensd door het budget dat de minister van VWS hiervoor beschikbaar stelt.

Daarnaast vindt er een budgettaire schuif plaats van onderdelen, die nu onder de beheerskosten maar niet zijn bedoeld voor eigen beheer, naar de overige uitvoeringskosten. Het gaat hierbij om de middelen die ingezet worden voor o.a. de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) en de cliëntvertrouwenspersoon (CVP) bij gedwongen zorg.

De aanpassing van de Wmg leidt niet tot hogere uitgaven. Voor de bekostiging van maatwerkplekken zal net als voor de tijdelijke oplossing voor deze structurele oplossing gelden dat deze binnen het bestaande financiële kader gevonden dient te worden. Om die reden worden, indien het wetsvoorstel wordt aangenomen, worden de zorgkantoren door de Minister verzocht om de middelen die nodig zijn voor de investeringen met betrekking tot de maatwerkplekken te onttrekken uit de bestaande prijsafspraken.

De zorgkantoren voeren in verband met de preventieve maatregelen extra werkzaamheden uit. Zo zal er meer tijd geïnvesteerd moeten worden in samenwerking over de domeinen heen met bijvoorbeeld zorgverzekeraars en gemeenten en is inzet nodig om de effecten van preventieve maatregelen te monitoren en evalueren. Dit leidt tot een stijging van het bedrag dat het Zorginstituut toekent aan beheerskostenbudget. Voor de uitvoering van dit wetsvoorstel worden de beheerskosten met € 2 miljoen verhoogd.

Tabel 1: Financiële consequenties wetsvoorstel

	Bedragen x 1 mln	2023	2024	2025	2026	2027	2028	struc
1	Overige uitvoeringskosten Wlz (2+3)	40	50	60	70	70	70	70
2	Preventieve maatregelen	15	25	35	45	45	45	45
3	Inkoop OCO en CVP	25	25	25	25	25	25	25
4	Beheerskosten Wlz (5+6)	-23	-23	-23	-23	-23	-23	-23
5	Onderbrengen OCO en CVP in overige uitvoeringskosten	-25	-25	-25	-25	-25	-25	-25
6	Nieuwe taken zorgkantoren	2	2	2	2	2	2	2

e. Toezicht en handhaving

Op grond van de art. 16, onderdeel d, Wmg houdt de NZa toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren, van hetgeen bij of krachtens de Wlz en de artikelen 91, tweede lid, tweede zin, en derde lid, tweede zin, Wfsv is geregeld. De NZa kan op grond van de Wmg aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de

Wlz een aanwijzing geven⁹. De NZa kan een Wlz-uitvoerder een last onder dwangsom opleggen voor overtreding van de voorgesteld bij of krachtens de Wlz of de Wfsv.¹⁰

Het in artikel 4.2.4 Wlz in te voegen zesde lid regelen geen verplichting maar een mogelijkheid voor zorgkantoren preventieve maatregelen te nemen. De Minister geeft in de zogenoemde kaderbrief Wlz aan welk deel van de contracteerruimte maximaal ingezet kan worden voor de overige uitvoeringskosten. De Minister geeft (indien dit van toepassing is) ook aan welk deel van de contracteerruimte geormerkt wordt voor de bekostiging van specifieke cliëntgroepen/ bijzondere omstandigheden. Door middel van een aanwijzing, die voorgehangen wordt bij de Eerste Kamer en de Tweede Kamer, wordt kenbaar gemaakt voor welke situaties de NZa het tarief voor het geheel van prestaties kan vaststellen en -indien dit is aangewezen- binnen welk bijbehorend financieel kader.

De NZa stelt per zorgkantoorregio de regionale contracteerruimte vast en de Minister van VWS stelt het totale landelijke kader, de regionale PGB-ruimte en regionale ruimte voor overige uitvoeringskosten vast middels de Regeling langdurige zorg (hierna: Rlz). Ook kan de Minister een landelijk kader voor specifieke doeleinden vaststellen. De Minister stelt de Tweede Kamer hiervan op de hoogte via de (voorlopige en definitieve) kaderbrieven Wlz. Indien er een landelijk kader voor nieuwe specifieke –met dit wetsvoorstel voorziene- maatregelen voor specifieke cliëntgroepen of bijzondere omstandigheden wordt vastgesteld, wordt hiervoor een aanwijzing gegeven die voorgehangen wordt bij beide Kamers. Zorgkantoren kunnen verzoeken doen om middelen over te hevelen tot maximaal het bedrag dat ingezet kan worden voor de overige uitvoeringskosten, hetgeen dan leidt tot een bijstelling van de regionale contracteerruimte en van de regionale ruimte voor overige uitvoeringskosten in de Rlz. Het is aan de zorgkantoren om te bepalen in hoeverre zij preventieve maatregelen willen.

Op grond van artikel 68 Wmg kan de NZa de daadwerkelijke uitgaven onder de overige uitvoeringskosten monitoren. Als uit het financieel verslag blijkt dat er sprake is van een overschrijding van de overige uitvoeringskosten, dan is het voornemen om dit te onttrekken aan de wettelijke reserves van de Wlz-uitvoerders. Als er middelen met betrekking tot de overige uitvoeringskosten onbenut blijven, kunnen deze op verzoek van zorgkantoren voor de herschikkingsronde teruggeschoven worden naar de regionale contracteerruimte, zodat de beschikbare middelen optimaal benut worden. De Minister zal in het geval de regionale ruimten voor overige uitvoeringskosten in de Rlz verlagen.

⁹ Zie artikel 78, eerste lid, Wmg.

¹⁰ Zie artikel 84 Wmg.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

Onderdeel A.

Het zorgkantoor is op grond van de voorgestelde wijzigingen van artikel 4.2.1 Wlz, verantwoordelijk voor de onafhankelijke cliëntondersteuning zodra de cliënt op grond van het indicatiebesluit van het CIZ, wordt toegelaten tot de Wlz. De zorgplicht van het zorgkantoor op het gebied van de onafhankelijke cliëntondersteuning vangt aan vanaf het tijdstip waarop de cliënt beschikt over een geldig indicatiebesluit van het CIZ. Die regel is ontleend aan de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel voor de Wlz.¹¹ Het zorgkantoor is op grond van de voorgestelde wijzigingen van artikel 4.2.1 Wlz ook verantwoordelijk voor de cliëntenvertrouwenspersoon bij gedwongen zorg.

Onderdeel B

De wijziging van het vijfde lid houdt verband met het feit dat de cliëntondersteuning van de verzekerde voorafgaand aan het indicatiebesluit op grond van dit wetsvoorstel een taak is van de zorgkantoren. De middelen ten laste van het Flz worden per zorgkantoorregio toegekend. Het in artikel 4.2.4 Wlz in te voegen zesde lid regelt de mogelijkheid voor zorgkantoren ter uitvoering van de Wlz samen met één of meer gemeenten of zorgverzekeraars of de Minister voor Rechtsbescherming preventieve maatregelen te treffen. De Minister voor Rechtsbescherming is genoemd vanwege zijn verantwoordelijkheid voor de verstrekking en bekostiging van forensische zorg. De preventieve maatregelen mogen op grond van het in artikel 4.2.4 in te voegen zevende lid, geen prestaties inhouden die behoren tot de zorgplicht van een zorgverzekeraar. Het zorgkantoor moet op grond van dat zevende lid zijn bevoegdheid tot het zorgen voor preventieve maatregelen gebruiken overeenkomstig bij of krachtens algemene maatregel gestelde nadere regels. Het betreft hier met name de duidelijk omschreven casus die aan de investering in preventieve maatregelen ten grondslag moet liggen.

Onderdeel C

De Wlz-uitvoerder is gehouden jaarlijks een financiële verantwoording af te leggen richting de NZa door middel van een financieel verslag dat hij aan de NZa moet zenden.¹² De Wlz-uitvoerder moet in het financieel verslag op basis van de voorgestelde wijziging van het eerste lid, van de Wlz, onderscheid maken tussen beheerskosten, overige uitvoeringskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen. De overige uitvoeringskosten omvatten de kosten van de Wlz-uitvoerder in verband met de uitoefening van de zorgkantorfunctie. De Wlz-uitvoerder die niet de zorgkantorfunctie vervult heeft geen overige uitvoeringskosten. De overige uitvoeringskosten bestaan uit de kosten voor onafhankelijke cliëntondersteuning aan verzekerden vanaf het indicatiebesluit, de kosten voor cliëntenvertrouwenspersoon bij gedwongen zorg, de kosten voor preventieve maatregelen en de kosten van ondersteuning van verzekerden die voorafgaand aan een indicatiebesluit plaatsvindt.

¹¹ Zie Kamerstukken II 2013/14, 33891, nr. 3, p. 69 en p.70.

¹² Zie artikel 4.3.1, eerste lid, Wlz.

Artikel II

Onderdeel A

De voorgestelde wijziging van artikel 90, tweede lid, onderdeel a Wfsv, maakt duidelijk dat beheerskosten van Wlz-uitvoerders en de kosten van overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz van Wlz-uitvoerders die de zorgkantoorfunctie vervallen, ten laste van het Flz kunnen komen.

Onderdeel B

De NZa beschikt op grond van het aan artikel 91 Wfsv, toegevoegde derde lid, ook met betrekking tot de overige maatregelen van zorgkantoren ter uitvoering van de Wlz, over de bevoegdheid om uitgaven als onverantwoord aan te merken. De NZa beschikt op grond van artikel 91, tweede lid, Wfsv al over een dergelijke bevoegdheid met betrekking tot het beheerskostenbudget van een Wlz-uitvoerder. De door de NZa als onverantwoord aangemerkte kunnen niet worden gedekt uit middelen uit het Flz komen of de reserve uitvoering Wlz van de Wlz-uitvoerders tenzij de NZa anders besluit. Het Besluit Wfsv zal namelijk worden aangepast om het mogelijk te maken dat een Wlz-uitvoerder die de zorgkantoorfunctie vervult, zijn reserve uitvoering Wlz ook kan aanwenden voor preventieve maatregelen en kosten van ondersteuning van verzekerden voorafgaand aan het indicatiebesluit.

Artikel III

Onderdeel A

De NZa houdt op grond van de voorgestelde wijziging van artikel 16, onderdeel d, Wmg toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door Wlz-uitvoerders van artikel 91, derde lid, tweede zin, Wfsv. De NZa kan op grond van artikel 84 van de Wmg een last onder dwangsom opleggen aan de Wlz-uitvoerder die door haar vastgestelde onverantwoorde uitgaven met middelen uit het Flz of zijn reserve uitvoering Wlz dekt.

Onderdeel B

De tekst van artikel 49e Wmg wordt omwille van de duidelijkheid opnieuw vastgesteld. De vaststelling van het landelijke Wlz-kader (eerste lid) door de Minister van VWS is reeds in het huidige artikel 49e, eerste lid, Wmg, neergelegd. De verdeling door de NZa van het landelijke contacteerruimte over de zorgkantoorregio's via vaststelling van regionale contracteerruimten (derde lid) is reeds opgenomen in het huidige tweede lid van artikel 49e Wmg. De Minister van VWS stelt thans reeds het landelijke kader vast voor verstrekking van persoonsgebonden en verdeelt dat kader over de zorgkantoorregio's.¹³Die praktijk wordt ook in de tekst van het voorgestelde artikel 49e Wmg (tweede lid, onderdeel b en vierde lid) neergelegd.

De Minister van VWS stelt op grond van het tweede lid, onderdeel c, van het voorgestelde artikel 49e Wmg, een landelijk kader voor overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz vast. De minister verdeelt dat kader op grond van het vierde lid van het voorgestelde artikel 49e Wmg over

¹³ Zie hoofdstuk 8 van de RIz.

de zorgkantoorregio's.

De Minister kan bij onderbenutting van regionale kaders voor overige maatregelen ter uitvoering van de Wlz die kaders gedurende het kalenderjaar verlagen en toevoegen aan de landelijke contracteerruimte.

Onderdelen C tot en met E

De in artikel 50 Wmg in te voegen leden bevatten de hoofdlijnen van de regeling van de aanvaardbare kosten met het sluittarief voor zorgaanbieders die zorg leveren die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz. Die regeling is thans neergelegd in beleidsregels die de NZa op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b, Wmg, heeft vastgesteld. De regeling van het sluittarief geldt niet voor Wlz-zorg die op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg is uitgezonderd van de tarief- en prestatieregulering van de NZa zoals bijvoorbeeld hulpmiddelenzorg. De NZa stelt op grond van het in artikel 50 Wmg in te voegen derde en vierde lid een sluittarief over een kalenderjaar voor een zorgaanbieder vast indien zijn totaal aan aanvaardbare kosten over dat kalenderjaar meer bedragen dan zijn toerekenbare opbrengsten aan tarieven voor prestaties. Het sluittarief heeft als een tarief voor een geheel van prestaties betrekking op alle door de zorgaanbieder gerealiseerde prestaties op het gebied van tot het verzekerde pakket van de tot de Wlz behorende zorg en niet op een individuele ZZP. Het sluittarief is het verschil tussen de opbrengsten in een boekjaar en de aanvaardbare kosten in datzelfde boekjaar indien de opbrengsten lager zijn dan de aanvaardbare kosten. De NZa stelt op grond van artikel 56b Wmg een vereffeningbedrag vast indien de toerekende opbrengsten aan tarieven voor prestaties of delen van prestaties hoger zijn dan de door haar vastgestelde aanvaardbare kosten voor de zorgaanbieder. De Wlz-uitvoerder kan een vereffeningbedrag in rekening brengen bij de zorgaanbieder. Het in artikel 50 van de Wmg in te voegen vijfde lid betreft de vaststelling van de aanvaardbare kosten van de aanbieder van zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz. De NZa baseert die in de eerste plaats in ieder geval op de gerealiseerde zorg in het kalenderjaar voor zover die de grens van de door haar goedgekeurde productieafspraken van de zorgaanbieder met het zorgkantoor niet te boven gaat. De door een zorgkantoor met zorgaanbieders gemaakte productieafspraken moeten passen binnen de regionale contracteerruimte die de NZa op grond van artikel 49e, derde lid, Wmg, voor de betrokken zorgkantoorregio heeft vastgesteld. De NZa toetst de ingediende productieafspraken aan de toepasselijke regionale contracteerruimte en past zo nodig een korting toe. De NZa neemt de toetsing aan de regionale contracteerruimte op in op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b, vastgestelde beleidsregels. De door de Minister van VWS vastgestelde landelijke contracteerruimte, de verdeling daarvan over regionale contracteerruimten en de toetsing van de productieafspraken van het zorgkantoor aan de regionale contracteerruimte zijn instrumenten van de kostenbeheersing voor Wlz-zorg in natura.

De NZa baseert de aanvaardbare kosten in de tweede plaats op de bij haar op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b, Wmg vastgestelde beleidsregels in aanmerking te nemen maatregelen die de zorgaanbieders heeft uitgevoerd. De NZa kan op grond van het aan artikel 57 Wmg toegevoegde vijfde lid bepalen in haar beleidsregels voor maatregelen bepalen dat die alleen in aanmerking worden genomen op gezamenlijke aanvraag van de betrokken zorgaanbieder en

betrokken zorgkantoor. Het begrip "Wlz-uitvoerder" omvat op grond van artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wmg, in combinatie met artikel 1.1.1 van de Wlz, ook het zorgkantoor. De NZa kan op grond van het in artikel 59 Wmg ingevoegde onderdeel e dergelijke beleidsregels slechts vaststellen op daartoe strekkende aanwijzing van de Minister van VWS. Het moet gaan om maatregelen die niet passen binnen de reguliere bekostiging maar wel randvoorwaardelijk zijn voor de verlening van passende zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz. De bekostiging van die maatregelen moet niet reeds via tarieven voor prestaties kunnen plaatsvinden. Het instrument van de aanvaardbare kosten met sluittarief mag namelijk niet leiden tot dubbele bekostiging voor dezelfde maatregelen van zorgaanbieders. De tarieven voor prestaties zijn bijvoorbeeld de tarieven voor ZZP's. De voor de aanvaardbare kosten aangewezen maatregelen houden maatregelen waarvan de kosten niet in de tarieven van de prestaties of delen van prestaties zijn verwerkt omdat die:

- a. een moeilijk af te bakenen groep van verzekerden met een zeer complexe zorgvraag betreffen zoals de verzekerden voor de maatwerkplekken in de gehandicaptenzorg;
- b. plotselinge incidenteel voorkomende situaties betreffen zoals de infectieziekte COVID-19 of een uitbraak van Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO); of
- c. ze geen individuele prestaties maar alle prestaties van een zorgaanbieder betreffen zoals voor het voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

De NZa werkt de regeling van aanvaardbare kosten met sluittarief net zoals thans het geval uit in beleidsregels. De NZa dient op grond van artikel 57, eerste lid, onderdeel b, Wmg beleidsregels vast te stellen met betrekking tot de uitoefening van haar bevoegdheid tarieven vast te stellen.

Zoals aangegeven heeft de NZa de regeling voor het totaal aan aanvaardbare kosten met sluittarief thans ook uitgewerkt in beleidsregels. De voorgestelde regeling in de Wmg verduidelijkt en verstevigt deze werkwijze en doet meer recht aan het primaat van de formele wetgever en de politieke verantwoordelijkheid van de Minister van VWS.

Artikel IV

De verplichte aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geldt voor het vaststellen van beleidsregels voor maatregelen als bedoeld in artikel 50, vijfde lid, onderdeel b, Wmg, geldt voor beleidsregels die de NZa voor 1 januari 2022 heeft vastgesteld. Die beleidsregels blijven ook zonder dat de Minister van VWS daarvoor een aanwijzing heeft gegeven, hun geldigheid behouden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,