

Antwoord van minister Van Ark (Medische Zorg) (ontvangen 25 maart 2021)

1.

Wat is uw reactie op het onrechtmatig handelen van zorgverzekeraars richting patiënten met Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS)?¹

Antwoord op vraag 1

Het betreft hier een klacht die ALS Patients Connected heeft ingediend bij de NZa. Ik heb van de NZa vernomen dat de NZa ondertussen op deze klacht heeft gereageerd.

2.

Wat is uw reactie op de ervaring dat zorgverzekeraars geen zin hebben in dure ALS-patiënten en zij hen op oneigenlijke gronden dwingen over te stappen naar zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)?

3.

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars stellen dat er te veel zorguren nodig zijn om gebruik te kunnen maken van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wordt gevraagd om aan te tonen dat er geen sprake is van een Wlz-indicatie? Hoe ziet u dit in het licht dat er geen maximum zorgurencriterium is vastgelegd in de Zvw en dus op basis hiervan geen weigering kan plaatsvinden?

Antwoord op vraag 2 en 3

ALS is een vreselijke ziekte. Voorop staat dat mensen die hierdoor getroffen worden goede zorg krijgen die bij hen past. Dat die zorg duur is, mag geen overweging zijn voor de zorgplicht. Een zorgverzekeraar kan een cliënt niet dwingen om een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Het is juist dat er geen maximum zorgurencriterium is vastgelegd in de Zvw. Het hebben van een intensieve zorgvraag of -behoefte is op zich geen reden voor een Wlz-indicatie. De behoefte van de cliënt aan 24 uur zorg per dag in de nabijheid is daarbij bepalend.

Voor de wijkverpleging (gefinancierd uit de Zvw) geldt dat de wijkverpleegkundige een indicatie en bijbehorend zorgplan opstelt. Het behoort tot de taken van de wijkverpleegkundige dat deze indicatie is opgesteld volgens de geldende beroepsnormen en dat deze indicatie voldoende en helder is onderbouwd. De wijkverpleegkundige gaat met de patiënt en zijn netwerk in gesprek wanneer de

¹ Klacht Nederlandse Zorgautoriteit, 12 januari 2021, Onderhands meegezonden.

zorgbehoefte niet langer meer binnen de geldende beroepsnormen past en adviseert de patiënt dan een Wlz-indicatie aan te vragen bij het CIZ. Het CIZ fungeert als toegangspoort van de Wlz en voert de indicatiestelling op uniforme en onafhankelijke wijze uit. Voor elke cliënt vindt een individuele beoordeling plaats waarna wordt bepaald of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz. Daarmee is gewaarborgd dat de toegang tot de Wlz niet onrechtmatig kan worden afgedwongen.

De Wlz is voorliggend op de Zvw. Dat betekent, dat als een cliënt een Wlz-indicatie heeft, de zorg uit de Wlz gefinancierd moet worden en niet uit de Zvw. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke taak om de rechtmatigheid van de zorguitgaven die onder de Zvw vallen te controleren. In dat kader is het wel toegestaan dat een zorgverzekeraar controleert of een verzekerde een Wlz-indicatie heeft.

4.

Erkent u dat voor het vragen om een aanvraag voor een Wlz-indicatie een wettelijk kader ontbreekt en dat een patiënt niet verplicht kan worden in de palliatieve fase – waar ALS-patiënten zich ten principale in bevinden – over te gaan naar een ander zorgdomein?

Antwoord op vraag 4

Bij palliatieve zorg gaat het om zorg die gericht is op de kwaliteit van leven, niet om zorg die gericht is op herstel. De zorg aan ALS-patiënten heeft een palliatief karakter. De palliatieve en palliatieve terminale fase verschillen van elkaar. Er wordt gesproken over palliatieve terminale zorg als de laatste fase voor de dood is aangebroken. Lang niet alle zorg aan ALS-patiënten betreft palliatieve terminale zorg, gemiddeld leven ALS-patiënten drie tot vijf jaar na de diagnose. Tijdens de palliatieve fase kan er in voorkomende situaties toegang zijn tot de Wlz. Voor de palliatieve fase geldt dan ook het antwoord op vraag 2 en 3.

Wanneer de palliatieve terminale fase is aangebroken, wisselen cliënten voor hun zorg niet meer van domein. Dit is bij de Hervorming Langdurige Zorg besloten om extra lasten voor de cliënt en familie in de laatste levensfase te beperken. Zvw-clieënten blijven hun zorg dan ook vanuit de Zvw ontvangen ook al zouden ze aan de toegangscriteria van de Wlz voldoen².

5.

Hoe ziet u deze ontwikkelingen binnen het kader van de afspraken die zijn gemaakt binnen de Handreiking financiering palliatieve zorg 2021?

Antwoord op vraag 5

² Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5, lid a.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2021 is een informatieve weergave van hetgeen is vastgelegd in het Besluit langdurige zorg en zoals onder antwoord 4 beschreven.

6.

Deelt u de mening dat het onacceptabel is dat zorgverzekeraars uit financiële overwegingen patiënten proberen te weren en hiermee de samenleving op kosten jagen?

Antwoord 6

Het is niet toegestaan dat zorgverzekeraars uit financiële overwegingen patiënten proberen te weren. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht, wat betekent dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Wel hebben zorgverzekeraars de wettelijke taak om de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de zorguitgaven te controleren. Vanuit die rol is het logisch dat zorgverzekeraars in sommige gevallen *informer*en of een Wlz aanvraag is overwogen. Ook is het toegestaan dat zorgverzekeraars controleren of er een bestaande Wlz indicatie is. Het is zorgverzekeraars (of zorgaanbieders) niet toegestaan om cliënten te dwingen een Wlz-aanvraag te doen.

7.

Wat is uw reactie op de 200 miljoen euro aan geschatte maatschappelijke schade die deze houding van zorgverzekeraars lijkt te kosten?

Antwoord op vraag 7

Bij de berekening van de ex ante vereveningsbijdrage wordt al uitgegaan dat een deel van de ALS-patiënten overgaat van de Zvw naar de Wlz. De vereveningsbijdrage wordt dus niet gebaseerd op, bijvoorbeeld, € 100 miljoen (de jaarlijkse zorgkosten van ALS-patiënten) maar op een lager bedrag, bijv. € 50 miljoen euro als de helft van de ALS-patiënten jaarlijks naar de Wlz overgaat. De resterende € 50 miljoen maken onderdeel uit van het Wlz-kader. De kosten worden dus niet dubbel geteld. Er is dus geen sprake van maatschappelijke schade.

8.

Deelt u de mening dat het in de palliatieve fase dwingen over te gaan naar een ander zorgdomein inhumain is, aangezien zij naast het verdriet alsook emotionele en financiële stress die gepaard gaan met hun diagnose ook in een strijd terecht komen met de zorgverzekeraar? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord op vraag 8

Voor de palliatieve fase geldt het antwoord op vraag 2 en 3. Zoals in het antwoord op vraag 4 is aangegeven, kan palliatieve terminale zorg uit zowel de Zvw als de Wlz worden gefinancierd. Reden daarvoor is dat patiënten in de palliatieve terminale fase niet moeten worden opgezadeld met stress over de financiering van zorg. Dus als er geen Wlz-indicatie is, dan hoeft deze niet te worden aangevraagd en wordt de palliatieve terminale zorg uit de Zvw gefinancierd. Als er wel een Wlz-indicatie is, is de Wlz voorliggend. Van belang is wel op te merken dat niet alle zorg voor ALS-patiënten palliatief terminaal is. We spreken pas van palliatieve *terminale* zorg als de laatste fase, vlak voor het sterven, is aangebroken.

9.

Wat vindt u ervan, dat tegen alle gemaakte en recent herbevestigde afspraken in, de zorgverzekeraars zeer frequent de indicatie van gecertificeerde wijkverpleegkundigen naast zich neerleggen en eigenhandig het te vergoeden aantal uren zorg, vanachter hun bureau, substantieel naar beneden bijstellen?

10.

Wat is uw reactie op het feit dat deze problematiek zich niet beperkt tot de doelgroep van ALS-patiënten maar dat ook andere patiëntengroepen hiermee te maken krijgen?

11.

Wat gaat u doen om dit op te lossen en ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden?

Antwoord op vraag 9, 10 en 11

De wijkverpleegkundige stelt een indicatie en bijbehorend zorgplan op. Het behoort tot de taken van de wijkverpleegkundige dat deze indicatie is opgesteld volgens de geldende beroepsnormen en dat deze indicatie voldoende en helder is onderbouwd.

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de verzekerde zorg. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke taak om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de geïndiceerde zorg vast te stellen. De zorgverzekeraar kan deze wettelijke taak alleen vervullen indien de zorgverzekeraar een goed onderbouwde indicatie ontvangt. Dat is meestal het geval; de indicatie die is opgesteld door de indicerend wijkverpleegkundige kan dan probleemloos door de zorgverzekeraar worden overgenomen. Soms is echter sprake van onduidelijke of ontoereikende onderbouwing van het zorgplan of worden interventies opgenomen die bij zorg in natura niet worden vergoed. De zorgverzekeraar kijkt op basis van de verpleegkundige diagnose(s) en de gestelde doelen/resultaten, of navolgbaar is welke zorg wordt ingezet. Wanneer een zorgverzekeraar de onderbouwing onduidelijk of ontoereikend vindt, en/of twijfels heeft of de zorg wel onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt, vraagt de zorgverzekeraar in eerste instantie om aanvulling of verduidelijking aan de indicerend wijkverpleegkundige. Ik vind het belangrijk dat de zorgverzekeraar zich inspant om deze verduidelijking te vragen. De wijkverpleegkundige zal op zijn/haar beurt moeten meewerken aan het beantwoorden van de vragen over de indicatie en/of het zorgplan, zodat

onduidelijkheid of twijfel weggenomen kan worden.

Er is dus geen sprake van dat zorgverzekeraars op de stoel van de wijkverpleegkundige gaan zitten. In een terugkerend overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland en V&VN (beroepsvereniging verzorgenden en verpleegkundigen) over indicatiestelling worden stappen gezet om dit proces verder te verbeteren. Vanuit dit overleg heb ik geen signalen ontvangen over ALS-patiënten of andere patiëntgroepen.