

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

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

Ons kenmerk
1843963-219681-Z

Bijlagen
1

Uw brief
44267

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

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Datum 8 april 2021
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over zorgverzekeraars die ALSpatiënten op oneigenlijke gronden overhevelen naar de langdurige zorg. (2021Z04524).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

T. van Ark

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over zorgverzekeraars die ALSpatiënten op oneigenlijke gronden overhevelen naar de langdurige zorg (2021Z04524)

1. Bent u ervan op de hoogte dat zorgverzekeraars patiënten met Amyotrofe Laterale Sclerose (ALS) door hun indicatiestelling in twijfel te trekken, dwingen over te stappen naar de Wet langdurige zorg (Wlz)?

Antwoord op vraag 1

Ik ben op de hoogte van de klacht die ALS Patients Connected heeft ingediend bij de NZa. Van de NZa heb ik begrepen dat de NZa ondertussen op de klacht heeft gereageerd richting ALS Patients Connected.

2. Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars indicaties door een geaccrediteerde indicatiesteller, die voldoet aan de eisen van zorgverzekeraars, in twijfel trekken en eisen dat er een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt gevraagd die aantoont dat er geen Wlz-indicatie is?

3. Volgens welke regels of wetgeving hebben zorgverzekeraars het recht dit te doen, gezien het feit dat binnen de Zorgverzekeringswet geen maximum zorgcriterium is vastgelegd?

Antwoord op vragen 2 en 3

Een zorgverzekeraar kan een cliënt niet dwingen om een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Het is juist dat er geen maximum zorguren criterium 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 en dat deze behoefte blijvend is, is daarbij bepalend.

Voor de wijkverpleging (gefinancierd uit de Zvw) geldt dat de wijkverpleegkundige een indicatie en bijbehorend zorgplan opstelt. Overigens is een accreditatie voor indiceren niet verplicht. 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 cliënt en zijn netwerk in gesprek wanneer de zorgbehoefte niet langer meer binnen de geldende beroepsnormen past en adviseert de cliënt 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 toegestaan dat een zorgverzekeraar controleert of een verzekerde een Wlz-indicatie heeft.

4. Vindt u het humaan een patiënt die zich al in de palliatieve fase bevindt te dwingen om over te stappen naar een ander zorgdomein? Zo nee, wat gaat u doen om dit voortaan te voorkomen?

Antwoord op vraag 4

Bij palliatieve zorg gaat het om zorg die gericht is op het behouden en verbeteren van 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 het sterven 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 voldoen¹.

5. Klopt het dat de zorgkosten voor deze patiënten al zijn ingecalculeerd en ten dele verdisconteerd in de berekening van de nominale zorgpremie van de zorgverzekeraars en daarnaast in de ex ante risicovereveningsberekening worden meegenomen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds onder de noemer Meerjarige Hoge Kosten (MHK)?

Antwoord op vraag 5

Bij de berekening van de ex ante vereveningsbijdrage worden de zorgkosten die ALS-patiënten maken meegenomen. In de berekening wordt verdisconteerd dat er jaarlijks een deel van de patiënten met ALS naar de Wlz uitstroomt of overlijdt.

6. Klopt het dat het verschil tussen het bedrag van deze ex ante risicovereveningsberekening en het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet hoeft te worden terugbetaald aan het Zorgverzekeringsfonds, maar door zorgverzekeraars als winst mag worden bijgeboekt?

Antwoord op vraag 6

Het klopt dat het verschil tussen enerzijds de inkomsten van de zorgverzekeraar (de ex ante bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds plus de premie) en anderzijds de uitgaven (de zorgkosten) niet achteraf verrekend wordt met het Zorgverzekeringsfonds. Verrekeningen achteraf met het Zorgverzekeringsfonds worden ex post compensaties genoemd. Op dit moment geldt alleen een ex post compensatie voor dure ggz-clieënten.

Het bovengenoemde verschil kan overigens nul euro bedragen of een positief of negatief bedrag zijn. Het verschil kan dus neutraal, positief en negatief voor de zorgverzekeraar uitvallen. Bij een goed functionerende risicoverevening is het verschil voor een groep verzekerden nul euro – zo is het systeem ingericht. De compensatie uit de risicoverevening plus de premie die de zorgverzekeraars ontvangen voor een groep verzekerden is dan gelijk aan de zorgkosten.

7. Bent u het ermee eens dat dit de indruk wekt dat het overhevelen van ALS-patiënten naar de Wlz door zorgverzekeraars is ingegeven door financiële overwegingen in plaats vanuit de zorgplicht? In hoeverre is dit gedrag van zorgverzekeraars volgens u te rijmen met de zorgplicht, respectievelijk de Handreiking financiering palliatieve zorg?

8. Hoeveel winst hebben zorgverzekeraars de afgelopen jaren kunnen maken dankzij dit soort overhevelingen naar de Wlz?

Antwoord op vraag 7 en 8

¹ Besluit langdurige zorg, artikel 3.1.5, lid a.

ALS is een vreselijke ziekte. Voorop staat dat mensen die hierdoor getroffen worden goede zorg krijgen die bij hen past. 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. Dat die zorg duur is, mag geen afweging zijn voor de zorgplicht. Daarnaast 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 informeren 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. Zoals in het antwoord op vraag 6 is aangegeven, is het niet juist om te veronderstellen dat zorgverzekeraars een positief resultaat behalen op ALS-patiënten. Zoals in het antwoord op vraag 4 is aangegeven, is het aanvragen van een Wlz-indicatie in de palliatieve terminale fase niet conform het besluit bij de Hervorming Langdurige Zorg. Dit besluit is onder andere in de Handreiking financiering palliatieve zorg beschreven.

9. Bent u bereid te inventariseren hoe vaak dit, niet alleen bij ALS-patiënten, voorkomt, welke zorgverzekeraars zich hier aan schuldig maken en de Kamer hierover te berichten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer?

10. Bent u op de hoogte van de klacht die vereniging ALS Patients Connected heeft ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)? Bent u bereid de Nza te vragen zo spoedig mogelijk te reageren op de vraag in hoeverre zorgverzekeraars met dit gedrag buiten hun boekje gaan en hoe de Nza dit als toezichthouder voortaan kan voorkomen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord op vragen 9 en 10

Ik ben op de hoogte van de klacht die de vereniging ALS Patients Connected heeft ingediend bij de NZa. De NZa is een onafhankelijke toezichthouder; ik heb dus geen bemoeienis met de inhoud van de reactie van de NZa of het proces. Ik vertrouw erop dat de NZa deze klacht op een zorgvuldige wijze afhandelt. Van de NZa heb ik begrepen dat de NZa ondertussen op de klacht heeft gereageerd. De NZa heeft ALS Patients Connected gevraagd om de onderliggende correspondentie met zorgverzekeraars te verstrekken. De NZa zal deze correspondentie beoordelen en met ALS Patients Connected in gesprek gaan over de ervaringen die hun leden hebben gehad. Op basis van de bevindingen zal de NZa beslissen of en zo ja welke vervolgacties passend zijn. Ik zie geen reden om naast dit onderzoek van de NZa nog verder onderzoek te verrichten.

Toelichting: deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Hijink (SP), ingezonden 23 februari 2021 (vraagnummer 2021Z03592)