

Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023



Inhoudsopgave

Merendeel cliënten ontvangt nog steeds tijdig passende zorg, maar niet langer vanzelfsprekend, transparantie en keuzes nodig	3
Houdbaarheid langdurige zorg onder toenemende druk: transitie noodzakelijk	4
Politieke keuzes nodig; begin gemaakt, maar nadere uitwerking en verankering nodig	5
Wetswijzigingen nodig om juiste inzet van pgb te borgen	5
Rol van zorgkantoren in de aanloop naar de transitie	6
Koppel inspanningen aan resultaten	7
Wees transparant over de verdeling van schaarste	7
Focus op specifieke cliëntgroepen	8
Zorgplicht van zorgkantoren in een veranderend zorglandschap	10
Ons beeld bij de uitvoering van de Wlz in de huidige situatie	10
Beeld bij de naleving van de zorgplicht	10
Aantal urgent wachtenden loopt op	11
Inzicht in het grootste deel van de wachtenden veelal uitbesteed	12
Overbruggingszorg niet meer alleen in bijzondere situaties langer ingezet	12
De verantwoording van behaalde zorgplichtresultaten is nog te beperkt	13
Wettelijke uitgangspunten in de uitvoeringspraktijk niet altijd tegelijk verenigbaar	13
De impact van fricties op cliëntgroepen in de Wlz	16
De NZa doet in 2024 verdiepend onderzoek naar cliëntgroepen	16
Cliëntgroepen waarvoor het niet altijd lukt om tijdige en/of passende zorg te organiseren	17
Meer sturen in zorginkoop voor duurzame oplossingen	19

Merendeel cliënten ontvangt nog steeds tijdig passende zorg, maar niet langer vanzelfsprekend, transparantie en keuzes nodig

Ook in 2022 hebben de zorgkantoren in de uitvoering van de Wlz weer heel hard gewerkt. Zij laten verbeteringen zien in de tijdige toekenning van het pgb, op het terrein van goed bestuur en professionele bedrijfsvoering en wat betreft de financiële rechtmatigheid van de Wlz-uitgaven. Ondanks de toenemende druk op de langdurige zorg ontvangen veruit de meeste cliënten nog steeds tijdig passende zorg. Tegelijkertijd bereiken ons vaker signalen dat dit voor bepaalde cliëntgroepen lastiger wordt. En soms zelfs niet meer lukt. Met het oog op een toekomstbestendige langdurige zorg zijn keuzes nodig.

Deels is de politiek aan zet. Maar vanuit hun wettelijke zorgplicht hebben ook zorgkantoren een belangrijke rol. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij binnen hun mogelijkheden het uiterste doen om ervoor te zorgen dat cliënten tijdig passende zorg ontvangen. In hun uitvoeringspraktijk zijn wettelijke uitgangspunten niet langer altijd tegelijkertijd verenigbaar. Wij snappen daarom dat zorgkantoren keuzes maken. We verwachten wel dat zij hierover transparant zijn en verantwoorden hoe hun keuzes bijdragen aan tijdige en passende zorg voor cliënten die hierop zijn aangewezen. De langdurige zorg en haar cliënten zijn gebaat bij een open dialoog over wat nog wel, maar ook wat niet meer gaat. Voorkomen moet worden dat de zorg aan de meest kwetsbaren in gevaar komt. Ook wij als NZa pakken hierin door. In 2024 doen wij onderzoek naar; hoe zorgkantoren de knelpunten oplossen voor cliëntgroepen voor wie tijdige en passende zorg steeds minder vanzelfsprekend is; wat zorgkantoren hieraan doen en welke resultaten dit oplevert.

De Wlz in het kort

De Wet langdurige zorg (Wlz) geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. De Wlz omvat de zorgsectoren verpleeg(huis)zorg (v&v), de gehandicaptenzorg (ghz) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ legt in een besluit vast welke zorgbehoefte de cliënt heeft.

Wanneer er wordt gesproken over langdurige zorg, valt dat niet altijd samen met Wlz-zorg. Het gaat in de langdurige zorg ook over personen met een chronische zorgbehoefte, zonder een Wlz-indicatie. Dit zijn cliënten die zorg ontvangen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet (Jw). In dit samenvattend rapport hebben wij het bij langdurige zorg over cliënten die zorg ontvangen uit de Wlz.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders (artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)).

Dit rapport is gebaseerd op de verantwoordingsinformatie van zorgkantoren over het verantwoordingsjaar 2022, de onderzoeken die wij in 2023 hebben uitgevoerd, position paper die wij hebben gepubliceerd, gesprekken met de zorgkantoren en de data die de NZa beschikbaar heeft over de Wlz.

Dit rapport bestaat uit drie artikelen. In dit eerste artikel schetsen we de ontwikkelingen en uitdagingen waar de zorgkantoren mee te maken hebben bij de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Een beeld dat duidelijk maakt dat de houdbaarheid van de langdurige zorg en daarmee de zorgplicht van zorgkantoren onder toenemende druk staan. En dat daarom een transitie naar toekomstbestendige en passende zorg noodzakelijk is. Met meer aandacht voor preventie en leefstijlbevordering, digitalisering, samenwerking (ook over de domeinen heen), passende contractering en bekostiging, en duidelijk verwachtingenmanagement richting burgers. Het realiseren van deze transitie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, ministeries, toezichthouders en cliënten. In twee verdiepende andere artikelen zoomen we vervolgens in op de zorgplicht van zorgkantoren en de fricties bij specifieke cliëntgroepen..

Houdbaarheid langdurige zorg onder toenemende druk: transitie noodzakelijk

De langdurige zorg staat onder toenemende druk. Sinds de invoering van de Wlz in 2015 stijgen de kosten (link naar FRMO-tekst). Dit komt deels door het toenemend aantal mensen met een Wlz-indicatie (monitor langdurige zorg). Maar ook de kosten per cliënt stijgen (FRMO). Evenals het aantal wachtenden (cijfers ZinI verwijzing naar tabel 1 in artikel 1). In ons advies over de toereikendheid van het Wlz-kader gaven wij aan dat het budgettaire kader Wlz 2023 ontoereikend is. Naar aanleiding van dit advies is dit kader opgehoogd. Daarnaast bereiken ons steeds vaker alarmerende signalen over de financiële druk die zorgaanbieders verwachten voor 2024 en verder. Wij blijven (pro)actief monitoren of budgettaire kaders toereikend zijn, met de kanttekening dat het verhogen van budgetten grenzen kent en niet zaligmakend is. Wanneer zorguitgaven alsmaar blijven stijgen, leidt dit tot een verdringing van benodigde uitgaven in andere sectoren, zoals onderwijs of defensie. Helder is dat structurele oplossingen een transitie vergen.

Politieke keuzes nodig; begin gemaakt, maar nadere uitwerking en verankering nodig

Met programma's als Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), de Toekomstagenda Gehandicaptenzorg en het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een begin gemaakt met de noodzakelijke transitie door richting te geven op hoofdlijnen. Er is echter nadere invulling en verankering hiervan nodig. In onze adviezen over Scheiden van wonen en zorg en Positionering behandeling van Wlz-clieënten riepen we de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op om duidelijke keuzes te

maken en spoedig aan de slag te gaan met het aanpassen van de Wlz. Politieke keuzes zijn nodig om duidelijk te maken welke zorg, voor welke doelgroep en in welke setting, wel of juist niet via de Wlz geleverd kan worden.

Verschillende lopende onderzoeken kunnen hierbij helpen. Zo onderzoekt Zorginstituut Nederland (ZiNI) of het mogelijk is om in de Wlz objectieve criteria uit te werken om tot een werkbare cesuur voor de praktijk te komen. Met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie en die voldoen aan deze criteria naar het verpleeghuis kunnen. Wij zijn zelf bezig met een vervolgonderzoek naar de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg, en met een onderzoek naar de aansluiting (in de bekostiging) van de Wlz-zorg thuis op de wijkverpleging. Ook deze onderzoeken leveren inzichten op die kunnen helpen bij het maken van keuzes met het oog op een toekomstbestendige langdurige zorg. Wij verwachten deze onderzoeken in 2024 af te ronden.

Overigens zien we ook al voorbeelden van wettelijke kaders die de transitie naar passende zorg ondersteunen, zoals het wetsvoorstel 'Domein-overstijgende samenwerking'. Dit wetsvoorstel geeft zorgkantoren de mogelijkheid om te investeren in preventieve maatregelen over de zorgdomeinen (Wlz, Zvw en de Wmo) heen. Dit maakt effectievere samenwerking tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten mogelijk. Met als doel het beroep op de Wlz te verminderen of uit te stellen. Daarmee wordt ook gewerkt aan belangrijke randvoorwaarden voor een effectieve gezamenlijke aanpak van regionale knelpunten (voor meer info over deze aanpak: raadpleeg het [rapport 'Van regiobeelden naar doelgerichte regioplannen'](#)).

De praktijk laat zien dat de stappen die qua politieke keuzes en wetswijzigingen zijn gezet niet altijd ver en snel genoeg gaan. Ook signaleerden wij eerder knelpunten die vooralsnog niet of onvoldoende (snel) zijn opgepakt, zoals onderstaand voorbeeld over het pgb illustreert.

Wetswijzigingen nodig om juiste inzet van pgb te borgen

Het pgb is een waardevol instrument waarmee cliënten zelf zorg en ondersteuning kunnen inkopen. Maar een onjuiste inzet van het pgb kan ook leiden tot schrijnende situaties. Bijvoorbeeld als zorgaanbieders geen goede zorg leveren of onterecht veel declareren. De cliënt is daarvan de dupe. Daarom riepen we in een [position paper](#) op om het pgb-systeem kritisch tegen het licht te houden en te verbeteren. Van zorgkantoren verwachten we dat zij al tijdens de beoordeling van een pgb-aanvraag kritisch kijken naar een passende inzet van het pgb. Het ministerie van VWS kan zorgkantoren hierbij helpen. Bijvoorbeeld door zorgkantoren en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) meer informatie(uitwisselings)bevoegdheden te geven, zodat ze oneigenlijk gebruik of misbruik direct en effectief kunnen aanpakken. Maar ook door hogere toetredingsdrempels te introduceren voor professionele pgb-zorgaanbieders, zodat frauderende aanbieders deze zorg niet zomaar kunnen aanbieden. En door het voor zorgkantoren mogelijk te maken om een pgb onder bepaalde voorwaarden toe te kennen. Nu is het enkel mogelijk een pgb in zijn geheel toe te kennen of af te wijzen. Dit alles zodat cliënten beter worden beschermd.

Oplossing voor pgb-budgethoudersportaal heeft prioriteit

Er spelen al langere tijd uitdagingen rondom het pgb-budgethoudersportaal).

De Auditdienst Rijk (ADR) concludeerde over 2022 dat het IT-beheer onvoldoende is, en verstreekte daarom een afkeurend oordeel. Het afkeurend oordeel van de ADR heeft bij de SVB geleid tot een oordeelonthouding over de uitvoering van hun wettelijke taken. Ook de zorgkantoren concludeerden

vervolgens dat zij de financiële rechtmatigheid van de gegevens in pgb 2.0 niet kunnen vaststellen. In de financiële verslagen van de Wlz-uitvoerders werd een bedrag van € 2,0 miljard verantwoord met betrekking tot het budgethoudersportaal. Dit volledige bedrag is als onzeker verantwoord. Zolang de ADR geen goedkeurend oordeel verstrekt, blijven de zorgkantoren en de SVB de gegevens in het budgethoudersportaal als onzeker aanmerken. Dit vinden wij zorgelijk en onwenselijk.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de juiste werking en het beheer van het budgethoudersportaal. Zij zijn bezig de bevindingen van de ADR op te volgen. Wij roepen het ministerie met klem op om dit prioriteit te geven. De huidige situatie duurt al lang en het probleem wordt alsmaar groter, aangezien de onzekerheden verder toe zullen nemen. VWS heeft zorgkantoren en de SVB gevraagd om de mogelijkheden van alternatieve controles te onderzoeken. Wij verzoeken de SVB en de zorgkantoren om zich hiervoor maximaal in te spannen.

Zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren

Met de komst van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is ervoor gekozen de uitvoering van de Wlz onder te brengen in een aparte rechtspersoon (Wlz-uitvoerder) binnen het concern waar ook de zorgverzekeraar deel van uitmaakt. De Wlz-uitvoerder functioneert als een zelfstandige organisatie binnen het concern. In tegenstelling tot de zorgverzekeraar is een Wlz-uitvoerder niet risicodragend.

Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht. Dit houdt in dat zij ervoor moeten zorgen dat cliënten met een Wlz-indicatie tijdig toegang hebben tot passende zorg van goede kwaliteit. De Wlz-uitvoerder heeft zijn zorgplicht uitbesteed aan het zorgkantoor (maar blijft hiervoor wel verantwoordelijk). Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop en de cliëntbemiddeling en moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast zijn zorgkantoren zelfstandig verantwoordelijk voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget (pgb). Bij de uitvoering van deze taken moeten zorgkantoren binnen de kaders van wet- en regelgeving blijven (rechtmatigheid) en zorgen voor een goede balans tussen zorgkosten en -resultaat (doelmatigheid).

Wij spreken in dit samenvattend rapport over Wlz-uitvoerders als het over de financiële verantwoording van kosten voor de Wlz gaat of over de wettelijke taken waarvoor zij de eindverantwoordelijkheid dragen (en niet het zorgkantoor). Wij gebruiken de term zorgkantoren als het gaat om de uitvoering van de Wlz in de zorgkantorregio's.

Rol van zorgkantoren in de aanloop naar de transitie

We zien zichtbare verbeteringen in de Wlz-uitvoering. Wel is er nog winst te boeken op transparantie en focus op specifieke cliëntgroepen.

Maar naast de politiek en overheden zijn ook de zorgkantoren aan zet. In 2022 werkten zorgkantoren in de uitvoering van de Wlz opnieuw hard om te komen tot tijdige en passende zorg voor alle cliënten die hierop zijn aangewezen. Het belangrijkste is dat dit voor het gros van de cliënten weer is gelukt. Ook constateren wij verschillende verbeteringen. Zo [zien wij flinke verbeteringen bij het toekennen van het pgb](#). Zorgkantoren laten zien dat ze hun toekenningsproces op tijdigheid sterk verbeterden. Cliënten horen nu bijna altijd binnen de daarvoor geldende termijn of hun aanvraag voor een pgb is goedgekeurd. Daarnaast zien we in het kader van ons toezicht op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering dat de Wlz-uitvoerders hun toets op nieuwe bestuurders, intern toezichthouders en sleutelfunctiehouders (compliance, risicobeheer en internal audit) adequaat hebben ingericht en steeds beter uitvoeren. Met de doorgevoerde verbeteringen leveren de Wlz-uitvoerders een belangrijke bijdrage

aan een passende organisatie van zorg. Al is er juist in het belang van de benodigde transitie wel meer aandacht nodig voor de veranderkracht van bestuurders, toezichthouders en andere sleutelfunctionarissen.

Verder zien we ook in ons toezicht op de financiële rechtmatigheid van de Wlz-uitgaven positieve ontwikkelingen ([link naar FRMO-tekst](#)). Zo constateren we steeds minder onrechtmatigheden. Op een totaal van € 30,4 miljard aan kosten in de Wlz blijkt in 2022 € 72 miljoen onrechtmatig (t.o.v. € 221 miljoen in 2021). Mondzorgdeclaraties die in 2021 nog als onrechtmatig werden aangemerkt, zijn dat in 2022 niet meer. Hiermee is een al langer bestaand onrechtmatigheidsprobleem opgelost.

Toch signaleren we in de uitvoering van de Wlz ook zaken waar ruimte voor verbetering is. Deze stippen we hieronder kort aan en werken we in de twee volgende artikelen nader uit.

Koppel inspanningen aan resultaten

In de basis is de zorgplicht een open norm. Zorgkantoren moeten ervoor zorgen dat cliënten tijdig toegang hebben tot passende zorg van goede kwaliteit. Wat er precies voor nodig is om dit te bereiken, hangt af van de omstandigheden. En het is aan de zorgkantoren om dit te bepalen. Uit hun verantwoording blijkt eens te meer dat de zorgkantoren bij de uitvoering van de Wlz veel inspanningen leveren. Maar niet altijd is even duidelijk hoe deze inspanningen bijdragen aan het wettelijk verankerde doel van tijdige en passende zorg van goede kwaliteit voor cliënten die hierop zijn aangewezen. Wij roepen zorgkantoren daarom nogmaals op om in hun verantwoording een duidelijkere koppeling aan te brengen tussen de inspanningen die zij leveren en de impact hiervan op de tijdigheid en passendheid van de zorg. In het bijzonder willen we terugzien wat zorgkantoren doen als de tijdigheid en passendheid van de zorg voor bepaalde cliëntgroepen onder druk staat of niet georganiseerd kan worden. Hoe proberen zij deze cliëntgroepen dan toch zo goed mogelijk te bedienen (zie ook artikel 3)? De komende tijd gaan we met de zorgkantoren in gesprek over hoe hun verantwoording op dit punt moet worden aangepast.

Wees transparant, ook over de verdeling van schaarste

De vraag in de langdurige zorg groeit, terwijl het aanbod krap is. In toenemende mate is het de vraag hoe zorgkantoren de schaarste zo goed en rechtvaardig mogelijk kunnen verdelen. Om de langdurige zorg toekomstbestendig te maken, zijn keuzes nodig. Juist zorgkantoren zien vanuit hun uitvoeringspraktijk waar het knelt, hoe je knelpunten kunt oplossen, maar ook wat echt niet langer houdbaar is. Wij roepen zorgkantoren op om hierover transparant te zijn. In hun verantwoording willen wij terugzien welke keuzes zij bij de verdeling van schaarste maken en hoe deze keuzes bijdragen aan tijdige en passende zorg van goede kwaliteit voor cliënten die het nodig hebben. En als oplossingen voor knelpunten (deels) buiten de eigen invloedssfeer liggen, bijvoorbeeld in bekostiging, indicatiestelling of regelgeving, dan verwachten wij dat zij dit tijdig kenbaar maken bij ons of andere overheden.

Net als wij hebben zorgkantoren een rol in het signaleren en agenderen van knelpunten. Het is essentieel dat zorgkantoren, toezichthouders, andere overheden en politiek met elkaar het gesprek voeren over wat nog wel, maar ook wat niet meer gaat in de uitvoering van de Wlz. Ook moeten we met elkaar een open gesprek voeren over het doorvertalen van beleidsuitgangspunten als 'thuis/zelf/digitaal als het kan' naar de praktijk. Zo startten we na de publicatie van het nieuwe inkoopbeleid van de zorgkantoren afgelopen zomer een onderzoek toen de meeste zorgkantoren in hun toewijzingsbeleid het uitgangspunt hanteerden dat zij de zorg voor cliënten met een bepaald zorgprofiel (vv4) (in principe) buiten de verblijfssetting zouden plaatsen. Deze keuze van zorgkantoren is begrijpelijk in het licht van de Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)-beweging, maar is effectiever als ook de

Wlz-aanspraken hiermee in overeenstemming zijn. Ons onderzoek naar cliënten met zorgprofiel vv4 moet duidelijk maken hoe zorgkantoren hun zorgplicht ten aanzien van deze cliëntgroep invullen. De uitkomsten van dit onderzoek verwachten wij in de eerste helft van 2024.

Laat ons duidelijk zijn: gezien de toenemende druk op de (langdurige) zorg is het begrijpelijk en wenselijk dat schaarse capaciteit en ruimte zodanig wordt verdeeld dat de meest kwetsbare cliënten voorrang krijgen. Tegelijkertijd heeft ook de beweging naar het alternatief voor degenen die bijvoorbeeld geen verblijfszorg ontvangen en bij wie de zorglevering in de thuissituatie plaatsvindt, gevolgen voor de invulling van de zorgplicht. Schaarste speelt namelijk niet alleen bij intramurale verblijfs capaciteit. Schaarste speelt ook bij de beschikbaarheid van geschikte woonvormen. Hetzelfde geldt voor personeel voor extramurale zorg. Zorgkantoren kunnen niet verantwoordelijk gehouden worden voor het realiseren van geschikte woonvormen. Maar we verwachten wel dat ze binnen hun mogelijkheden het uiterste doen om aan oplossingsrichtingen bij te dragen. Bijvoorbeeld door partijen die hier wel voor kunnen zorgen aan te sporen. Voorkomen moet worden dat door een tekort aan geschikte woonvormen en personeel de zorglevering thuis op een onverantwoorde manier plaatsvindt. Wij doen daarom verder onderzoek in navolging van onze eerdere verkenning naar de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg.

In dit vervolgonderzoek richten we ons op hoe zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen borgen dat cliënten passende zorg krijgen in hun 'reis' door de zorgketen; van thuiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), naar zorg thuis vanuit de Wlz, naar intramurale Wlz. Aandachtspunt hierbij is ook de ongeplande instroom van cliënten in de Wlz. We onderzoeken wat zorgkantoren doen om invulling te geven aan het uitgangspunt zoveel mogelijk 'thuis/zelf/digitaal als het kan', en aan het vertragen van de reis van de cliënt door de keten, zodat cliënten minder snel zwaardere (professionele) zorg krijgen. En of er zaken zijn die hen daarbij belemmeren. De uitkomsten van het vervolgonderzoek verwachten we in de eerste helft van 2024 te publiceren.

Focus op specifieke cliëntgroepen

Zorgkantoren moeten tijdig toegang realiseren tot passende zorg van goede kwaliteit voor *alle* cliënten die hierop zijn aangewezen. Voor het merendeel van de cliënten lukt dit ook. Maar niet langer voor alle cliëntgroepen (voor voorbeelden, zie artikel 3). Wij verwachten van zorgkantoren dat zij met hun inspanningen en in hun verantwoording nadrukkelijker inspelen op deze cliëntgroepen en hun concrete knelpunten. Door middel van onder andere gerichte data-analyses, meer differentiatie in de zorginkoop (qua tarief én specialisatie), en (creatieve) maatwerkoplossingen voor casuïstiek. Daarnaast gaat het ook om meer aandacht voor de 'passendheid' van zorg en leveringsvormen. Wij sporen zorgkantoren aan om nog meer toenadering te zoeken tot 'ketenpartners' zoals de zorgverzekeraars en de gemeenten, zodat de cliënt gedurende de gehele cliëntreis tijdig toegang heeft tot passende zorg van goede kwaliteit.

Wilt u meer te weten komen over hoe zorgkantoren invulling geven aan hun zorgplicht in een veranderend zorglandschap? En hoe wij erop toezien dat zorgkantoren binnen hun mogelijkheden het uiterste doen om hun zorgplicht na te komen, lees dan [artikel Zorgplicht van zorgkantoren in een veranderend zorglandschap].

Bent u benieuwd naar hoe zorgkantoren omgaan met cliëntengroepen die steeds vaker in de knel komen en wat wij op dit punt van hen verwachten, bekijk dan [artikel De impact van fricties op cliëntengroepen in de Wlz].

Zorgplicht van zorgkantoren in een veranderend zorglandschap

Met de toenemende druk op de zorg staat het invullen van de zorgplicht onder spanning. Dit wordt extra bemoeilijkt doordat huidige regels achterlopen op de noodzakelijke wetswijzigingen, zoals we die schetsen in [artikel 1](#). Het is daarom des te meer van belang dat zorgkantoren bijdragen aan een actueel beeld van de uitvoering van de Wlz. Nog meer dan nu het geval is.

Zorgkantoren beschikken over voldoende kwalitatieve en kwantitatieve informatie om resultaten kenbaar te maken over in hoeverre het lukt om te voldoen aan de zorgplicht en waar het wringt met de huidige regels en kaders. We verwachten dat zorgkantoren hier nadrukkelijker over rapporteren in hun jaarlijkse verantwoording en tussentijdse gesprekken. Als het zorgkantoren niet meer lukt om te voldoen aan de zorgplicht, dan moeten zij dit vroegtijdig melden bij ons. Zo borgen we met elkaar dat ook in de transitie naar passende zorg cliëntengroepen niet onopgemerkt tussen wal en schip vallen.

Ons beeld bij de uitvoering van de Wlz in de huidige situatie

Beeld bij de naleving van de zorgplicht

Overkoepelend is ons beeld dat het zorgkantoren in 2022 onder veel druk nog lukte om de meeste cliënten tijdig naar passende zorg te bemiddelen. Maar dit lukte niet meer altijd voor alle cliënten. Zorgkantoren zorgden nagenoeg altijd voor een vangnet. Cliënten die dreigden tussen wal en schip te vallen ontvingen in ieder geval de (hoogst) noodzakelijke zorg. Lees verder in artikel *'De impact van fricties op cliëntgroepen in de Wlz'*.

De zorgplicht is een belangrijk uitgangspunt in de Wlz om te waarborgen dat de cliënt zo snel mogelijk toegang krijgt tot de zorg die hij nodig heeft en waar hij recht op heeft. Dit zorgt dat Wlz-geïndiceerde cliënten een gelijk recht hebben op een zorgarrangement thuis, overbruggingszorg, deeltijd verblijf of verblijfszorg bij een zorgaanbieder.. Dat omvat de wettelijke taak en deze doelbereiking betreft een resultaatverplichting voor het zorgkantoor. Ook vanwege de financiering van Wlz-zorg via publieke gelden.

De NZa houdt toezicht op in hoeverre de zorgkantoren erin slagen de zorgplicht na te komen en welke knelpunten en ontwikkelingen spelen. In de [handvatten duiding zorgplicht](#) voor zorgkantoren verheldert de NZa wat zij verwacht van de zorgkantoren bij het uitvoeren van de zorgplicht.

Aantal urgent wachtenden loopt op

Wachtlijsten zijn een indicator van de mate waarin het zorgkantoren lukt om cliënten tijdig passende zorg naar hun voorkeuren te leveren. In figuur 1 is te zien dat het totaal aantal wachtenden in de Wlz tussen 1 september 2021 tot aan september 2023 toeneemt. Hierbij merken wij graag op dat de wachtlijsten in 2021 lager waren door COVID-19, wat tegelijkertijd een (gedeeltelijke) verklaring is voor de forse toename in 2022. Voor de periode van september 2022 tot september 2023 zien we voor alle sectoren een stijging van het aantal wachtenden met de wachtstatus urgent plaatsen, terwijl het aantal wachtenden met wachtstatus actief plaatsen en wacht op voorkeur afnam (met uitzondering van de status wacht op voorkeur in de sector V&V).

Tabel 1 Ontwikkeling van het totaal aantal wachtenden per sector en status

Sector	Wachtstatus	1 september 2021	1 september 2022	1 september 2023	Mutatie 1 sept. 2022 t.o.v. 1 sept. 2021	Mutatie 1 sept. 2023 t.o.v. 1 sept. 2022
V&V	Urgent plaatsen	210	324	352	+ 54%	+ 9%
	Actief plaatsen	2.109	4.119	4.037	+ 95%	-/- 2%
	Wacht op voorkeur	13.987	16.940	17.945	+ 21%	+ 6%
	Totaal V&V	16.306	21.383	22.334	31%	4%
GHZ	Urgent plaatsen	3	5	11	+ 67%	+ 120% ¹
	Actief plaatsen	498	613	518	+ 23%	-/- 15%
	Wacht op voorkeur	1.341	1.345	1.303	+ 0%	-/- 3%
	Totaal GHZ	1.842	1.963	1.832	7%	-7%
GGZ	Urgent plaatsen	8	2	4	-/- 75%	+ 100% *
	Actief plaatsen	203	255	208	+ 26%	-/- 18%
	Wacht op voorkeur	329	532	484	+ 62%	-/- 9%
	Totaal GGZ	540	789	696	46%	-12%
	Totaal sectoren	18.688	24.135	24.862	29%	3%

Bron: Zorginstituut Nederland

De registraties van de wachtstatussen geven de zorgkantoren een grote hoeveelheid informatie.² De zorgkantoren kunnen nog een slag maken in het rapporteren over hoe zij deze informatie gebruiken om

¹ Bij de GHZ en GGZ is er een relatief grote stijging, maar let wel de absolute aantallen zijn klein.

² In 2005 maakten zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ZN afspraken over aanvaardbare wachttijden (de zogeheten Treeknormen). Deze treeknormen gebruikt de NZa in haar toezicht. Sinds 1 januari 2021 is er een nieuwe indeling van wachtstatussen en wachtclassificaties. De statussen en classificaties geven nu beter weer wat de reden is dat iemand op de wachtlijst staat en met hoeveel urgentie iemand zorg nodig heeft. Zorgkantoren gebruiken in de praktijk nu nieuwe normen, de streefnormen, die zijn afgestemd op de classificaties, in plaats van de Treeknormen. Wij begrijpen en steunen de wens van zorgkantoren om streefnormen te hanteren, omdat deze beter aansluiten op de classificaties. Wij vinden het daarbij van belang dat zorgkantoren laten zien dat deze normen breed gedragen worden door het veld. Zodra dat het geval is, zal onderzocht moeten worden of en hoe de streefnormen wettelijk geformaliseerd moeten worden. Verder moeten de zorgkantoren zowel de registratie door zorgaanbieders van de wachtstatussen van cliënten als de werking van de streefnormen periodiek evalueren.

de wachtlijsten te beheren en in hoeverre hun inspanningen bijdragen aan de beoogde resultaten van het tijdig plaatsen van cliënten.

Inzicht in het grootste deel van de wachtenden veelal uitbesteed

Zorgkantoren houden zo veel mogelijk rekening met de voorkeuren van de cliënt. Daarbij hebben zij de monitoring van de gezondheidstoestand van de cliënt uitbesteed aan de voorkeursaanbieder. Het trekt de aandacht van zorgkantoren als de situatie van de cliënt dusdanig verslechtert en de zorgaanbieder de wachtstatus aanpast naar een urgentere status. Veel zorgkantoren geven aan dat zij vooral de wachtstatussen 'urgent' en 'actief' plaatsen nauwgezet beheren. Het beheer van de wachtstatussen 'wachten op voorkeur' en het inzicht krijgen in de werkelijke zorgbehoeften van deze cliënten is een aandachtspunt. Ook geven zij aan dat het bijwerken van deze wachtstatus naar gelang de gezondheidstoestand mogelijk verslechtert, niet altijd tijdig door de voorkeurszorgaanbieder gebeurt en zij hierdoor niet altijd een actueel en zuiver beeld hebben.

Wij zijn van mening dat de zorgkantoren deze verantwoordelijkheid, die hoort bij hun zorgplicht, naar verhouding te veel neerleggen bij de zorgaanbieder en zichzelf te weinig doen om de verantwoordelijkheid die ze hebben, voldoende na te komen. Het gaat namelijk om een forse groep cliënten die wachten op voorkeur en een administratieve belasting die onvermijdelijk ten koste gaat van het leveren van zorg. Wij vragen zorgkantoren ook voor de groep cliënten die wacht op voorkeur goed te borgen dat hun situatie tijdens het wachten verantwoord blijft.

Het ontbreken van een actueel en zuiver beeld brengt ook risico's met zich mee voor het ontstaan van urgente dan wel crisissituaties bij de zorg van cliënten thuis, die kunnen leiden tot acute opnames in een intramurale setting. Situaties kunnen soms snel verslechteren als ze niet voldoende in beeld zijn. Juist nu het langer thuis wonen nog volop in ontwikkeling is, zijn dit soort beelden waardevol voor de juiste keuzes die gaandeweg gemaakt moeten worden.

Overbruggingszorg niet meer alleen in bijzondere situaties langer ingezet

Als een cliënt wacht op een beschikbare intramurale plek of een alternatieve passende zorgvorm, zetten de zorgkantoren overbruggingszorg in om de zorgplicht te borgen. De duur van de inzet van overbruggingszorg lijkt bepaald te worden door de mate waarin in regio's de toenemende zorgvraag zich aandringt of de tekorten van zorgpersoneel, verpleeghuisplekken en geschikte woon(zorg)vormen aanwezig zijn. Enkele zorgkantorregio's ondervinden deze druk op de zorg nu nog niet of in mindere mate en zij zetten daarom overbruggingszorg in als uitzondering.

Tegelijkertijd geven meer andere zorgkantoren aan dat door de aanwezige druk op de zorg in hun regio's overbruggingszorg vaker langer dan de aanvaardbare norm moet worden ingezet als tijdelijke oplossing. In deze regio's speelt vaak specifieke problematiek, zoals hoge vergrijzing of gezondheidsverschillen in de bevolking. Niet alleen in de ouderenzorg, maar ook in de gehandicapten- en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Ook wordt langere overbruggingszorg veroorzaakt doordat cliënten wachten op voorkeur en een alternatieve passende plek weigeren.

Zorgkantoren maken nog onvoldoende inzichtelijk bij hoeveel cliënten langere inzet van overbruggingszorg speelt, hoeveel langer zij gemiddeld wachten op een beschikbare passende plek en hoe zij borgen dat de overbruggingszorg passend en verantwoord wordt ingezet. Het risico is dat overbruggingszorg vaak in situaties plaatsvindt waarin er al sprake is van een verslechtering van de

gezondheidstoestand van de cliënt en daardoor ook overbelasting van de mantelzorger en diens omgeving. Dit is daarom ook een onderdeel van ons vervolgonderzoek op het 'Verkennd onderzoek in en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg'.

De inzet van overbruggingszorg biedt zorgkantoren ook kansen. Zij kunnen ervaringen opdoen met de toegenomen mogelijkheden om Wlz-zorg langer thuis te organiseren en het regelen van beter op elkaar aansluitende zorg voor de cliënt. Vragen die in dit proces helpend zijn, betreffen: wat kan de cliënt zelf?; wat kan diens sociale netwerk en omgeving?; wat kan digitaal en met hulpmiddelen en/of met zorgtechnologie?; en wat is er dan nog extra nodig van de professionele zorgaanbieder(s)?. Ook biedt het aan cliënten de tijd om te wennen aan de overgang naar Wlz-zorg, met meer afhankelijke zorg, integrale ondersteuning en dagstructuur.

De verantwoording van behaalde zorgplichtresultaten is nog te beperkt

Wij zien er op toe of de zorgkantoren er binnen hun invloedssfeer alles aan hebben gedaan om voor de cliënten in hun regio('s) aan de zorgplicht te voldoen. Kijkend naar de verantwoording over 2022 vinden wij dat de meeste zorgkantoren te beperkt verantwoorden over de door hen behaalde resultaten.

Zorgkantoren geven in hun verantwoordingen vooral beschrijvende inzichten en rapporteren nog relatief veel over inspanningen in plaats van resultaten. Het is voor ons nonvoldoende duidelijk en zichtbaar tot welke resultaten de inspanningen hebben geleid en of en in hoeverre zij hiermee voldoen aan hun zorgplicht. Dit zou wel uit de verantwoording moeten blijken.

Bij de resultaatverplichting van zorgkantoren gaat het om de uitkomsten van de inspanningen die zorgkantoren leveren. Concreet betekent dit dat zorgkantoren zich inspannen om alle cliënten in hun regio('s) tijdig van passende zorg voorzien. Zij doen een uitspraak of dit gelukt is in hun verantwoording. Als dit niet lukt, hebben zorgkantoren inzicht bij de mate van hun verwijtbaarheid. De NZa vraagt daarbij om resultaatuitspraken op de uitgangspunten in de zorgplicht. Dit leidt samen tot een overkoepelende resultaatuitspraak op het naleven van de zorgplicht.

Wij hebben bijvoorbeeld onvoldoende beeld bij hoe hun inkoopbeleid bijdraagt aan het oplossen van specifieke fricties tussen zorgvraag en zorgaanbod voor cliënten en welke specifieke impact dit heeft gehad op het verminderen van de wachtlijsten in de Wlz. Bijvoorbeeld bij wat het stimuleringsbeleid van zorgkantoren op extramuralisatie in de zorgvormen Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT) tot nu toe heeft opgeleverd voor het wegnemen van de druk op de intramurale zorg. Daarnaast zien wij weinig over in hoeverre extramuralisatie van zorg in de regio's nog realistisch uitgebreid kan worden en hoe verdere extramuralisatie past binnen de zorgplicht.

Wettelijke uitgangspunten in de uitvoeringspraktijk niet altijd tegelijk verenigbaar

Zorgkantoren hebben de taak om de Wlz uit te voeren en zich hierover te verantwoorden aan de NZa. Wij hebben oog voor de forse inspanningen die zorgkantoren leveren en de uitdagingen die zij in hun uitvoeringspraktijk ervaren. Maar het vertrekpunt in ons toezicht is de huidige Wlz. Door middel van de confrontatie tussen de wet en de praktijkuitvoering kunnen wij signaleren en adviseren welke mogelijke aanpassingen er in de wet dan wel de praktijk passend zijn voor de beoogde doelen en hierover het gesprek voeren met de zorgkantoren en de wetgever. In de uitvoeringspraktijk van zorgkantoren blijken

wettelijke uitgangspunten niet langer altijd tegelijk verenigbaar. Hierdoor kiezen zorgkantoren soms noodgedwongen welk uitgangspunt prevaleert. Dit terwijl de uitgangspunten in de Wlz in beginsel gelijkwaardig zijn en samen een belangrijke waarborg vormen voor de naleving van de zorgplicht door zorgkantoren. Wij constateren dat de zorgkantoren dit tot op heden sluipenderwijs en/of stilzweigend aanvaarden. Wij verwachten dat zorgkantoren hierover transparant zijn en hierop nadrukkelijk reflecteren als zij zich verantwoorden over de bereikte resultaten.

De uitgangspunten van de zorgplicht borgen de rechten van cliënten die zijn geregeld in de Wlz. Denk hierbij aan: keuzevrijheid tussen leveringsvormen en gecontracteerde zorgaanbieders voor zover verantwoord en doelmatig te leveren. Of tijdige levering van benodigde zorg binnen een redelijke termijn. Of levering van passende zorg. Ook gedurende de overbruggingsperiode in een situatie waarin nog geen plek beschikbaar is.

Wij begrijpen dat zorgkantoren in hun uitvoeringspraktijk soms noodgedwongen keuzes moet maken in welk uitgangspunt prevaleert, maar er bestaan bij deze keuzes ook risico's. Bijvoorbeeld omdat niet iedere cliënt het aanbod van het zorgkantoor accepteert, omdat hun recht op een intramurale opname een volwaardige aanspraak is en zij recht hebben op hun voorkeur (mits doelmatig te organiseren). Ook sluiten de keuzes die zorgkantoren moeten maken willekeur en ongelijke behandeling of schijn daarvan niet uit. Het is belangrijk dat er vooraf duidelijkheid wordt geboden aan cliënten over dit soort situaties en dat de zorgkantoren en zorgaanbieders er niet alleen voor staan bij dergelijke dilemma's. Vooral met het vooruitzicht op een groeiende vraag naar verpleeghuiszorg, vanwege de grote instroom van cliënten door de aantredende dubbele vergrijzing. De verwachting van de samenleving moet hierbij goed gemanaged worden en de politiek is hiervoor aan zet.

Enkele voorbeelden van wettelijke uitgangspunten die in de uitvoeringspraktijk van zorgkantoren niet altijd tegelijk te verenigen zijn:

Keuzevrijheid versus een tijdige toegang tot zorg

We zien dat er situaties zijn waarbij de keuzevrijheid prevaleert boven de tijdige toegang tot zorg. Het overgrote deel van de wachtlijst bestaat uit cliënten die hebben aangegeven liever te willen wachten op een specifieke voorkeursplek, ondanks dat er bij andere zorgaanbieders of locaties een passende plek beschikbaar is. Zij vinden blijkbaar dat die plek beter bij hen past. Zorgkantoren geven aan dat de eigen keuze van de cliënt de voornaamste reden is voor het overschrijden van de tijdigheidsnorm voor het regelen van zorg met verblijf.

Anderzijds zien we ook situaties waarin de tijdige toegang van zorg prevaleert boven de keuzevrijheid. Vooral in urgente cliëntsituaties waar de gezondheidstoestand snel verslechtert, is het tijdig leveren van de eerst benodigde vorm van zorg, de belangrijkste voorwaarde van de zorgplicht voor zorgkantoren. Dit betekent dat zorgkantoren dan niet kunnen voldoen aan de verplichte keuzevrijheid en niet kunnen garanderen dat een cliënt bij een zorgaanbieder naar voorkeur wordt geplaatst en/of zorg verleend krijgt door de voorkeursaanbieder. In deze gevallen is de keuzevrijheid van de cliënt ondergeschikt aan tijdige levering van benodigde zorg.

Eén zorgkantoor doet daarbij de resultaatuitspraak dat dit met name speelt in de ouderenzorg. Uit diens cijfers blijkt dat in 2022 ongeveer 50% van de nieuw opgenomen cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging op de plek van voorkeur is gaan wonen. De andere zorgkantoren hebben dit niet becijferd in hun verantwoording. Zij herkennen wel dat de voorkeur van de cliënt niet meer in alle gevallen uitvoerbaar is. Ook wordt aangegeven dat dit niet direct hoeft in te houden dat de keuzevrijheid

beperkt moet worden, want in meerdere gevallen en in sommige zorgkantorregio's is dit recht nog steeds uitvoerbaar. Wel moet de verwachting van de cliënt hierop bijgesteld worden. De NZa is van mening dat meer zorgkantoren dit punt moeten becijferen ter onderbouwing van een gesprek hierover met de wetgever.

Keuzevrijheid versus passende zorg

We zien ook dat er situaties zijn waarbij passende zorg prevaleert boven keuzevrijheid. Sommige cliënten kampen met een zodanig gespecialiseerde zorgvraag dat voor hun zorgbehoefte specifiek geschoolde zorgprofessionals nodig zijn om passende zorg te leveren. Zorgkantoren contracteren expertisecentra of een specifieke zorgaanbieders in de regio die het gespecialiseerde personeel en de middelen hebben om deze cliënten van passende zorg te voorzien. Zorgkantoren kunnen niet altijd waarborgen dat deze expertisecentra zich bevinden in de nabije omgeving of zelfs in de eigen zorgkantorregio van de cliënt. De cliënt heeft daardoor niet de mogelijkheid om geplaatst te worden bij een zorgaanbieder of leveringsvorm naar voorkeur. Passende zorg (en keuze voor centralisatie daarin) is in dit geval niet verenigbaar met de keuzevrijheid van de cliënt. Het zorgkantoor maakt hierin de keuze om de kwaliteit van zorg voorop te stellen. De NZa is van mening dat dit een logisch gevolg is van het borgen van de kwaliteit van zorg en vindt dat de cliënt en diens naasten in deze situaties dit zullen moeten accepteren. Het is niet optimaal maar wel een oplossing om het zorgaanbod doelmatig te organiseren.

Bovenstaande constatering onderbouwen dat veelal keuzevrijheid onder druk staat. Het is begrijpelijk en wenselijk dat, vanwege de situatie van de schaarste, de meest urgente of zware cliënten voorrang krijgen. Tegelijk gaat dit ten koste van andere Wlz-cliënten die met of zonder een voorkeur wachten op dezelfde intramurale plek. De verwachtingen van de samenleving en het borgen van de beschikbaarheid van een kwalitatief gelijkwaardig passend (extramuraal) alternatief moeten dan ook beter worden gemanaged. In de samenleving is het gesprek hierover nog onvoldoende gevoerd. Dit bemoeilijkt de taak van zorgkantoren, omdat zij in het hier en nu al wel moeten kiezen om het ene uitgangspunt te laten prevaleren boven het andere, ook al sluit dat niet één-op-één aan bij de wet. De NZa vindt dat zorgkantoren gegeven het wettelijk kader de plicht hebben zich te houden aan wat redelijkerwijze nog wel kan (houdbaar is). En dat zij bij wat niet meer kan met ons de open dialoog voeren over welke keuzes zij bij de verdeling van schaarste maken en hoe deze keuzes bijdragen aan het realiseren van tijdige en passende zorg voor cliënten. Tegelijkertijd roepen wij de overheid op meer sturing te geven op welke zorg de cliënt afhankelijk van zijn zorgbehoefte krijgt, als ook in welke setting die zorg wordt geleverd en waarom.

De impact van fricties op cliëntgroepen in de Wlz

Zorgkantoren kunnen tijdige en/of passende zorg voor een aantal cliëntgroepen niet meer (goed) organiseren. Vorig jaar concludeerden wij nog dat het in 2021 voor een groeiende groep cliënten steeds lastiger werd om tijdige en passende zorg te regelen, maar dit uiteindelijk nog wel lukte. Dat is in 2022 niet meer het geval. Er zijn cliëntgroepen die niet tijdig kunnen instromen of doorstromen naar een plek waar (volledig) aan de zorgbehoefte van cliënten kan worden voldaan.

Verschillende zorgkantoren geven aan dat zij er dan genoeg mee moeten nemen dat zij voor cliënten uit deze cliëntgroepen een plek vinden waar de cliënten alleen de (hoogst) noodzakelijke zorg ontvangen. Cliënten komen dan op de best passende plek die op dat moment beschikbaar is. In dit artikel beschrijven we deze cliëntgroepen, hoe de zorgkantoren de zogenoemde ‘fricties’ die dit veroorzaken oplossen en wat wij van de zorgkantoren (nog meer) verwachten.

Fricities zijn situaties waarin voor een bepaalde cliënt- of cliëntgroep onvoldoende zorgcapaciteit en/of passend zorgaanbod aanwezig is, nu (knelpunt) of in toekomst (risico). Fricities kunnen tot gevolg hebben dat mensen met een indicatie voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) te lang geen of onvoldoende zorg krijgen.

Bron: [Zorg voor alle Wlz-cliënten: Sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag en – aanbod \(NZa, 2021\)](#)

De NZa doet in 2024 verdiepend onderzoek naar cliëntgroepen

Vorig jaar deden wij in ons [samenvattende magazine](#) over 2021 de aanbevelingen aan de zorgkantoren om meer duiding te geven aan relevante fricties en om expliciet verantwoording af te leggen over de mate waarin het hen lukt om aan de zorgplicht te voldoen. We zien dat zorgkantoren hier in 2022 (in verschillende mate) stappen hebben gezet, maar dat dit nog vollediger en explicieter moet (zie ook paragraaf ‘De verantwoording van behaalde zorgplichtresultaten is nog te beperkt’ in het artikel ‘Zorgplicht van zorgkantoren in een veranderend zorglandschap’). Wij krijgen vooralsnog te weinig inzicht in de relevante fricties, in de cliëntgroepen (en de aantallen cliënten) die hierdoor geen tijdige en/of passende zorg ontvangen, welke acties het zorgkantoor inzet om deze fricties op te lossen en tot welke resultaten die leiden.

Gelet op de constant toenemende druk op de toegankelijkheid van de langdurige zorg en het gevoel van urgentie dat wij hierbij hebben, zullen wij in 2024 zelf onderzoek doen bij zorgkantoren naar een aantal van de hierna beschreven cliëntengroepen. Daarnaast is er het in 2023 gestarte vervolgonderzoek naar hoe zorgverzekeraars en zorgkantoren (beter kunnen) borgen dat cliënten passende zorg krijgen in de zorgketen van thuiszorg vanuit de Zvw, naar zorg thuis vanuit de Wlz en naar intramurale Wlz. Hierbij

gaat het ook om de vraag of, als er eerder in de keten acties kunnen worden ondernomen, dit het risico op het later ontstaan van knelpunten kan verminderen of voorkomen. Wij kijken naar het in samenhang invullen van zorg binnen de regio-context. Wij zetten dit onderzoek voort in 2024. Aanvullend kunnen wij nog toezichtonderzoeken starten via onze gebruikelijke risico-gestuurde aanpak.

Cliëntgroepen waarvoor het niet altijd lukt om tijdige en/of passende zorg te organiseren

Zorgkantoren beschrijven in hun uitvoeringsverslagen niet expliciet in welke situaties het hen niet meer lukt om aan hun zorgplicht te voldoen. Ook maakten zij hiervan, op één geval na, geen melding bij ons (één van de aanbevelingen uit het samenvattende magazine van vorig jaar). Desondanks laten zorgkantoren weten in onze gesprekken over de uitvoeringsverslagen dat het niet lukt om elke cliënt van tijdige en/of passende zorg te voorzien (zie ook paragraaf 'De verantwoording van behaalde zorgplichtresultaten is nog te beperkt' in het artikel 'Zorgplicht van zorgkantoren in een veranderend zorglandschap'). Het gaat niet om grote cliëntgroepen, ook al weten zorgkantoren niet om hoeveel cliënten het precies gaat. De cliëntgroepen waarvoor tijdige en/of passende zorg niet altijd meer te organiseren is, betreffen vooral cliënten die gespecialiseerde zorg nodig hebben en/of cliënten met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit). Zorgkantoren noemden in de gesprekken de volgende cliëntgroepen (niet limitatief):

- **'Laag volume hoog complex' (LVHC) doelgroepen.** Hierbij gaat het om mensen met een aandoening of ziekte die maar heel weinig voorkomt (= Laag Volume), en die gespecialiseerde zorg nodig hebben waarvoor hele specifieke kennis vereist is (= Hoog Complex). Bij zorginstellingen ontbreekt de specifieke expertise om deze doelgroepen van passende zorg te kunnen voorzien. Hiertoe wordt een kennisinfrastructuur ontwikkeld, bestaande uit één centraal kenniscentrum (KC) en enkele expertisecentra waar de zorg geleverd wordt (zogenoemde doelgroepexpertisecentra (DEC) en regionale expertisecentra (REC)). Zo ontstaat per doelgroep een landelijk dekkend netwerk van hoogspecialistische zorg en kennis.

In onze beleidsregels per 2023 hebben wij een prestatiebeschrijving en tarief vastgesteld voor het syndroom van Korsakov. Voor 2024 zijn hieraan de ziekte van Huntington en een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS) toegevoegd. Met deze vastgestelde kostendekkende tarieven bieden wij de zorgkantoren een instrumentarium om fricties voor deze cliëntgroepen op te lossen.

- **Cliënten met een 4GGZ-W of 5GGZ-W indicatie.** Voor deze cliënten is verblijf in een beschermde setting noodzakelijk vanwege intensieve begeleiding en verpleging (4 GGZ-W) dan wel een beveiligde setting vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (5GGZ-W). Zorgkantoren kunnen onvoldoende passend zorgaanbod inkopen door een tekort aan voldoende deskundig personeel en aan passende woonvoorzieningen. Daarnaast signaleren zorgkantoren problemen in de uitstroom van cliënten waarvan de problematiek afneemt uit een beschutte of beveiligde plek naar een passende minder intensieve zorgplek, waardoor zij hun zorg in een niet passende setting blijven ontvangen. Ook blijven beschermde en beveiligde plekken hierdoor bezet die passender zijn voor andere cliënten.

Wij starten in 2024 een onderzoek naar cliënten met een 5GGZ-W indicatie. Sommige cliënten ontvingen hun verblijf en maatschappelijke ondersteuning via een Wmo-pgb. Cliënten met 5GGZ-W hebben geen aanspraak op een pgb in de Wlz. Hierdoor moeten deze cliënten (noodgedwongen) hun zorg via zorg in natura voortzetten. Wij ontvangen signalen dat sommige cliënten hierdoor gedwongen moeten verhuizen naar een andere zorgaanbieder, omdat de zorgaanbieder niet gecontracteerd is voor de Wlz. Ook wordt van sommige cliënten de Wlz-indicatie administratief omgezet naar een 3GGZ-W indicatie, zodat de cliënten hun zorg kunnen blijven ontvangen bij hun zorgaanbieder. Wij zien hierin een risico dat deze cliënten geen passende zorg ontvangen en doen daarom nader onderzoek.

- **Cliënten met een VG7 indicatie.** Cliënten met een VG7 indicatie hebben gedragsproblematiek en een intensieve begeleidingsvraag. Zorgkantoren signaleren een tekort aan voldoende deskundig personeel en aan woon- en logeerplekken, mede ingegeven door volgens de zorgaanbieders ontoereikende tarieven. Enerzijds moeten cliënten die nieuw de Wlz instromen lang(er) wachten op een beschikbare passende plek. Anderzijds ontvangen cliënten die reeds Wlz-zorg ontvangen en waarvan de zorgvraag is veranderd hun zorg in een niet passende context. Deze cliënten houden hierdoor plekken bezet die passender zijn voor cliënten die nieuw de Wlz instromen. De schaarste aan passende plekken leidt er ook toe dat deze cliënten in toenemende mate bovenregionaal een plek krijgen en daarmee de instroom van cliënten in de regio van een ander zorgkantoor belemmeren.

Wij doen op dit moment een kostprijsonderzoek om de tarieven voor de gehandicaptenzorg te herijken. Tegelijk weten we uit meerdere onderzoeken dat de VG7-cliëntengroep zeer divers is als het gaat om benodigde behandelinzet en dus de kosten. Om passende tarieven vast te kunnen stellen, is het belangrijk dat deze variatie zichtbaar is in (het aantal) prestaties. We zijn dan ook in gesprek met veldpartijen over de manier waarop deze zorginhoudelijke diversiteit te vertalen is naar prestaties en/of toeslagen, zodat wij daarmee goede tarieven kunnen vaststellen. Het kostprijsonderzoek is naar verwachting voor kalenderjaar 2025 afgerond.

Daarnaast doen wij samen met Zorginstituut Nederland onderzoek naar een groep jonge cliënten die vanuit de Jeugdwet de Wlz instromen met direct een VG7 indicatie en een aanvraag voor meerzorg. Het is vooralsnog onduidelijk waarom deze cliënten met een dergelijk zware zorgvraag in de Wlz komen. Inzicht hierin is essentieel om voor deze cliëntengroep passende zorg te kunnen organiseren.

- **Cliënten met een 4VV indicatie.** Door een tekort aan verpleeghuisplekken, voeren de zorgkantoren actief beleid om voor cliënten met deze VV indicatie indien verantwoord hun zorg thuis te regelen. De verpleeghuisplekken blijven hierdoor beschikbaar voor cliënten met een intensievere zorgvraag. Verschillende zorgkantoren rapporteren echter een tekort aan passende VPT-woonvoorzieningen om het toenemende aantal cliënten tijdig van passende zorg te kunnen voorzien en/of een tekort aan zorgaanbieders die deze zorg bij de cliënt thuis kunnen leveren (via MPT). Daarnaast lijkt er zich een groep cliënten af te tekenen met een te lichte zorgvraag voor intramurale zorg in het verpleeghuis, maar die anderzijds te zwaar is voor passende zorg in de thuissituatie. Zorgkantoren geven aan dat er voor deze cliënten geen passende woonvoorzieningen tussen thuis en het verpleeghuis in beschikbaar zijn.

In 2023 zijn wij een onderzoek gestart toen de meeste zorgkantoren in hun toewijzingsbeleid het uitgangspunt hanteerden dat zij de zorg voor cliënten met zorgprofiel (vv4) (in principe) buiten de verblijfssetting zouden plaatsen. Ons onderzoek moet duidelijk maken hoe zorgkantoren hun zorgplicht ten aanzien van deze cliëntgroep invullen. De uitkomsten van dit onderzoek verwachten wij in de eerste helft van 2024.

- **Cliënten met een inbewaringstelling (IBS).** Dit zijn cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening die op grond van de Wet zorg en dwang of de Wet forensische zorg verplicht worden opgenomen bij een zorgaanbieder. Er is dan sprake van een spoedsituatie waarin, als gevolg van het gedrag van de cliënt, ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving onmiddellijk dreigend is. Zorgkantoren signaleren een toename in het aantal cliënten met een IBS. Voor deze zorg is een gesloten woonvoorziening met toereikend bevelingsniveau en voldoende gekwalificeerd personeel nodig. Aan dergelijke woonvoorzieningen is een tekort.
- **Cliënten met een zorgbehoefte op de grensvlakken van sectoren of domeinen.** Het gaat om verschillende cliëntengroepen met twee of meerdere (vaak chronische) aandoeningen. Hun zorgvraag en zorgbehoefte valt binnen meerdere sectoren en/of domeinen (Wlz, Zvw en/of Jeugdwet). Bijvoorbeeld cliënten met een combinatie van een verstandelijke en een psychiatrische aandoening of ouderen met dementie waarbij agressie of een gedragsprobleem op de voorgrond komt te staan. Zorgkantoren geven aan dat zorgaanbieders onvoldoende deskundig personeel hebben om passende zorg te bieden voor de zorgvragen die buiten de eigen sector liggen. Zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg missen bijvoorbeeld deskundigheid om passende zorg te bieden in verband met de psychiatrische aandoening. Hierdoor is er een tekort aan plaatsen en/of zorgaanbieders waar passende zorg aan cliënten met multimorbiditeit integraal geboden kan worden. Daarnaast kunnen cliënten hierdoor niet doorstromen naar een passendere plek bij een zorgaanbieder in een andere sector. Cliënten ontvangen hun zorg dan in een niet passende context. Ook houden zij plekken bezet die passender zijn voor andere cliënten.
- **Cliënten die noodgedwongen zorg via pgb ontvangen,** bijvoorbeeld als cliënten hun zorg willen ontvangen bij een zorgaanbieder die toevallig pgb gefinancierd is. Cliënten nemen dan op de koop toe dat zij hun zorg via de leveringsvorm pgb ontvangen. Dat staat haaks op het uitgangspunt van het pgb, namelijk dat de cliënt een vrije en bewuste keuze maakt voor deze leveringsvorm. In voornoemde situaties is daarvan geen sprake. Dit roept de vraag op of de zorg dan passend is. Verschillende zorgkantoren geven aan gesprekken te voeren met pgb-zorgaanbieders over contractering voor zorg in natura, maar hierin afhankelijk te zijn van de welwillendheid van de pgb-zorgaanbieder. Zorgkantoren hebben hierin tot nu toe weinig succes geboekt.

Meer sturen in zorginkoop voor duurzame oplossingen

samenwerkingsverbanden waaraan zorgkantoren samen met zorgaanbieders en/of netwerkorganisaties (onafhankelijke cliëntondersteuners, crisisregisseurs, Centrum voor Consultatie en Expertise) deelnemen om te komen tot een passende plek voor de cliënt. Als een oplossing uitblijft, dragen de zorgkantoren de cliëntcasus over aan de landelijke taskforce en vervolgens aan de landelijke commissie voor complexe casuïstiek. Deze werkwijze biedt oplossingen op individueel cliëntniveau, maar is erg arbeidsintensief en tijdrovend. Voor het duurzaam oplossen van fricties zijn structurelere oplossingen nodig.

Zorgkantoren zetten in op meer structurele oplossingen. Zo hebben zij bijvoorbeeld samen met ketenpartners in de regio voor de verschillende sectoren regioplannen ontwikkeld. Hierin staan speerpunten benoemd waar betrokken partijen komende jaren aan werken om fricties in de regio op te lossen. Zorgkantoren rapporteren hierbij het probleem dat deelname aan deze samenwerkingsverbanden niet verplicht is voor zorgaanbieders en samenwerking niet kan worden afgedwongen. Hierdoor is het voor zorgkantoren soms lastig om zorgaanbieders aan te zetten tot de realisatie van oplossingen voor geconstateerde fricties. Recent publiceerden wij een rapport naar aanleiding van onze analyse van de regiobeelden die partijen in het kader van de IZA-afspraken hebben opgeleverd. Hierin geven wij verschillende aandachtspunten mee die zorgkantoren kunnen helpen om effectieve en doelgerichte samenwerkingsverbanden te formeren en om zorgaanbieders daarin actief te betrekken. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij deze aandachtspunten benutten voor de inrichting van de regionale samenwerkingsverbanden.

Hiernaast zien wij aanvullende mogelijkheden voor zorgkantoren om via maatwerkcontractering te faciliteren dat zorgaanbieders actief bijdragen aan de oplossing van fricties. Zorgkantoren kunnen effectiever financieel sturing aanbrengen in de regionale contractering met zorgaanbieders dan nu het geval is. Zorgkantoren bieden in hun inkoopbeleid verschillende mogelijkheden voor tariefopslag bovenop het vastgestelde richttarief om de oplossing van fricties te stimuleren. Zij maken hiervoor inhoudelijke afspraken met zorgaanbieders. Deze afspraken blijven veelal beperkt tot een inspanning die van de zorgaanbieder wordt gevraagd en verplichten niet tot een daadwerkelijk resultaat of effect. Zo zijn er bijvoorbeeld zorgkantoren die een tariefopslag bieden voor zorgaanbieders die actief deelnemen in de werkgroepen ter uitwerking van de speerpunten uit de regioplannen. Zorgkantoren kunnen meer concrete en resultaatgerichte afspraken met zorgaanbieders maken om de fricties te beheersen en deze afspraken contractueel vastleggen. Daarnaast moeten de zorgkantoren toetsen of de inspanningen leiden tot gewenste resultaten. Indien noodzakelijk verwachten wij dat zorgkantoren de overeenkomst tussentijds aanpassen of aanvullen middels een addendum.

Daarnaast zien we ruimte voor zorgkantoren om meer te differentiëren in hun contractering om fricties op te lossen. Sommige zorgkantoren differentiëren in de tarieven voor specifieke prestaties. Zij vergoeden bijvoorbeeld de maximum beleidsregelwaarden (maximale NZa-tarief) voor VPT-prestaties om het aanbod van VPT-woonvoorzieningen te stimuleren. Dit blijft echter nog beperkt tot één of enkele prestaties en tot het ophogen van het tarief. Zorgkantoren zouden voor meerdere prestaties kunnen differentiëren in tarief. Daarnaast kunnen zij ook differentiëren door tarieven te verlagen voor (groepen) zorgprestaties waarvoor voldoende aanbod is om de prikkel om andere zorg aan te bieden te vergroten. Zorgkantoren moeten beter bepalen voor welke (groepen) zorgprestaties fricties in de zorgvraag en – aanbod bestaan en dit vertalen naar concrete tariefstelling.

Het is denkbaar dat zorgaanbieders verschillend presteren of zich verschillend ontwikkelen. Zorgkantoren kunnen in dat geval ook per zorgaanbieder differentiatie toepassen. Sommige zorgkantoren doen dit al. Zij bieden in hun inkoopbeleid bijvoorbeeld een tariefopslag bovenop het vastgestelde richttarief voor zorgaanbieders die een minimaal bepaald aantal bewezen effectieve innovaties of good practices, gekoppeld aan fricties, implementeren. Naast het aanbieden van deze mogelijkheden aan zorgaanbieders, zouden zorgkantoren zelf meer proactief moeten differentiëren tussen zorgaanbieders. Zorgkantoren moeten hun kennis over de aanbieders in hun regio benutten om proactief specifieke zorgaanbieders te benaderen die oplossingen kunnen bieden voor fricties en hen lonende contractvoorstellen (in tariefstelling en/of looptijden van overeenkomsten) te doen.

Zorgkantoren kunnen verder differentiëren met behulp van kritische prestatie-indicatoren (kpi's). Door bepaalde resultaten te bereiken kan een betere prijs voor de toekomst of andere gunstige voorwaarden worden verdiend. Die resultaten kunnen zijn het delen van kennis, ontwikkelingen of het concreet verlenen van diensten aan andere aanbieders. Met het oog op de spanning op de arbeidsmarkt zijn kpi's ook daar te overwegen, zoals in behoud van medewerkers, opleiding en ontwikkeling, beheersing van verzuim, verhouding loondienst/personeel niet in loondienst. Zorgkantoren dienen specifieke kpi's te bepalen voor hun regio('s) en/of per zorgaanbieder, waardoor sturing op een effectieve manier plaatsvindt. Zorgkantoren kunnen vervolgens periodiek de kpi's meten, alsook de bijdrage die de betreffende zorgaanbieder daarin levert. Dit biedt dan een basis voor het aanpassen van de contractvoorwaarden in de toekomst.

Wij roepen de zorgkantoren op om bovenstaande aanbevelingen op te pakken en ons te betrekken. Dit betekent dat wij beschikbaar en bereid zijn om mee te denken over de haalbaarheid van de oplossingen die de zorgkantoren aandragen. Dit vraagt ook van ons creativiteit, daadkracht en vertrouwen. Wij staan voor de beweging die wij van zorgkantoren verwachten en committeren onszelf ook hieraan. Dit betekent niet dat wij actief oplossingen zullen aandragen. Dit blijft de rol van het zorgkantoor. Wel betekent het dat wij vaker in contact blijven met de zorgkantoren.

Uiteraard zijn wij ook toezichthouder. Dit betekent dat wij ook achteraf zullen toetsen of de zorgkantoren hun zorgplicht vervuld hebben en meer specifiek, of zij deze aanbevelingen hebben opgepakt en in de praktijk hebben toegepast. Dit doen wij in de vorm van gesprekken, informatieverzoeken en/of onderzoeken.

