

Rapport

Wachtenden in de langdurige zorg

De zorgplicht van zorgkantoren voor tijdige en passende zorg

Inhoud

Woord vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doel	8
1.3 Proces	8
1.4 Leeswijzer	9
2. Wet langdurige zorg	11
2.1 Zorgplicht in de Wlz	11
2.2 Toezichtkader zorgplicht Wlz en normenkader Wlz-uitvoerder	13
2.3 Voorschrift zorgtoewijzing 2017	13
2.4 Bevindingen HHM-rapport	14
2.5 Begrippen	15
3. Bevindingen	17
3.1 Inzicht in wachtenden	17
3.2 Zorgaanbod	20
4. Beoordeling NZa	23
4.1 Inzicht in wachtenden	23
4.2 Contact met cliënt en registratie	24
4.3 Zorgaanbod	25
5. Conclusie en vervolgstappen	27
5.1 Conclusie	27
5.2 Vervolg	28

Woord vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in haar toezicht op de zorgkantoren prioriteit aan het onderzoeken en monitoren van de passendheid, toegankelijkheid en tijdigheid van zorg.

In dit rapport presenteren we de uitkomsten van het onderzoek naar wachtenden in de langdurige zorg. Doel hiervan is om vast stellen of zorgkantoren aan hun zorgplicht voldoen.

Dit rapport complementeert het onderzoek naar cliëntondersteuning en informatievoorziening binnen de Wlz. Deze twee rapporten worden tegelijkertijd uitgebracht.

Het totaalbeeld over de rol van zorgkantoren ten aanzien van de zorgplicht en de cliëntondersteuning- en informatie functie waar deze twee rapporten inzicht in bieden, kan toezichtacties en andere maatregelen ondersteunen.

We danken alle betrokkenen voor hun medewerking en inbreng bij de totstandkoming van dit onderzoeksrapport.

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2015 kwam uit het uitvoeringstoezicht van de NZa naar voren dat er sprake zou kunnen zijn van tekortkomingen bij zorgkantoren inzake wachtlijstbeheer Wet langdurige zorg.¹ Zorgkantoren zouden wel aandacht besteden aan mensen die in het registratiesysteem als actief wachtend staan weergegeven. Sturing op het verkrijgen van zorg voor niet-actief wachtenden (toen ook wel wenswachtenden genoemd) zou nauwelijks vanuit het zorgkantoor worden gedaan. Dit werd aan de dossierhouder (voorkeursaanbieder van de cliënt²) overgelaten.

Het in december 2015 gepubliceerde artikel van *Follow the Money*³ bevestigde bovenstaand beeld. Voor dit artikel is onderzoek gedaan onder de zorgkantoren en verpleeghuizen. Aan dit onderzoek hebben 83 verpleeghuizen meegewerkt, van de zorgkantoren heeft alleen het zorgkantoor CZ zijn medewerking verleend. Uit het artikel volgde dat er veel meer wachtenden zouden zijn (geen tientallen, maar duizenden) en dat zorgkantoren nauwelijks sturen op verkrijgen van zorg in een verpleeghuis, terwijl dit wel nodig zou zijn.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op basis van voorstaande het bureau HHM opdracht gegeven om onderzoek te doen naar wachtlijsten in de Wlz. Het in oktober gepubliceerde onderzoeksrapport⁴ (hierna: HHM-rapport) gaat onder andere in op de redenen dat cliënten voor langdurige zorg op de wachtlijst staan.

Uit het HHM-rapport blijkt dat er 13.634 niet-actief wachtenden zijn (peildatum 1 mei 2016).

Deze wachtenden zijn onder te verdelen in:

- Cliënten die bereid zijn tot opname, ook voor een andere instelling dan die van hun voorkeur (11%).
- Cliënten die bereid zijn tot opname, alleen bij de instelling van voorkeur, dichtbij familie of bekende locatie (40%).
- Cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen, bij partner of familie (49%).

In het onderzoek wordt ook aangegeven welke acties er per categorie nodig is:

- Cliënten bereid tot opname: overzicht beschikbaar aanbod. zorgkantoor en zorgaanbieder zoeken naar passende opnameplek.
- Cliënten alleen bereid tot opname met voorkeur: flexibele, verhoogde productieafspraken.
- Cliënten die langer thuis willen wonen: adequate zorg en ondersteuning thuis voor cliënten en mantelzorgers.

De NZa heeft, samen met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangespoord om naar aanleiding van het HHM-rapport onmiddellijk actie te ondernemen. ZN heeft hiervoor een actieplan

¹ Ook geconstateerd in 2014 ten aanzien van de voorganger van de Wlz, de AWBZ.

² De cliënt kan in het registratiesysteem een voorkeur voor een zorgaanbieder aangeven. De zorgkantoren hebben met de zorgaanbieders afgesproken dat deze voorkeursaanbieder in beginsel in de lead is bij het verkrijgen van zorg voor de cliënt.

³ Artikel Follow the money van 7 december 2015.

⁴ Rapportage Wachtlijsten in de Wlz, bureau HHM, Enschede, september 2016.

opgesteld. Beoogd doel hiervan is het aanpakken van de huidige wachtlijstproblematiek door zorgkantoren.

Zorgkantoren zijn hiermee aan de slag gegaan: er wordt contact gelegd met de huidige niet-actief wachtenden. Op deze manier wordt er achterhaald of de wachtenden passende zorg krijgen (thuis) en/of ze zorg in verblijf nodig hebben. Immers, uit het HHM-rapport en eerder genoemde rapporten blijkt dat er cliënten zijn die behoefte hebben aan zorg, maar die nog geen passende en tijdige zorg ontvangen.

Het plan van zorgkantoren, een eenmalige actie richting de cliënt, is een stap in de goede richting maar zal niet bijdragen aan het oplossen van de structurele aard van de wachtlijstproblematiek in de langdurige zorg. Om deze reden heeft de NZa nader onderzoek gedaan naar de wijze waarop zorgkantoren (structureel) omgaan met (niet-actief) wachtenden in de langdurige zorg. Voor dit onderzoek heeft de NZa een informatieverzoek gestuurd aan alle zorgkantoren.

1.2 Doel

Het doel van dit onderzoek en de vervolgstappen hierop, is dat elke cliënt die langdurige zorg nodig heeft, tijdig de zorg krijgt die hij nodig heeft. Het zorgkantoor is hiervoor verantwoordelijk vanuit de zorgplicht die op hem rust. Deze verantwoordelijkheid start op het moment dat het zorgkantoor de cliënt in beeld heeft (indicatie CIZ⁵, maar mogelijk al eerder) totdat de cliënt geen Wlz-zorg meer nodig heeft. Deze verantwoordelijkheid kan niet gedelegeerd worden aan zorgaanbieders.⁶

De volgende hoofdvraag wordt beantwoord in dit onderzoek:

Voldoen zorgkantoren aan hun zorgplicht als het gaat om het tijdig leveren van passende zorg aan cliënten op de wachtlijst?

Deze vraag bestaat uit twee deelvragen:

- Hoeveel inzicht hebben zorgkantoren in de status van wachtenden en de redenen van deze wachtenden om op de wachtlijst te (blijven) staan?
- Hoe vullen zorgkantoren de wensen in van cliënten ten aanzien van het zorgaanbod?

1.3 Proces

Ons onderzoek is gebaseerd op de bevindingen van ons uitvoeringstoezicht van voorgaande jaren. Naar aanleiding hiervan hebben we aanvullende informatie opgevraagd bij alle zorgkantoren. Alle zorgkantoren hebben dit op schrift aan ons aangeleverd. Daarnaast heeft de NZa twee werkbezoeken afgelegd aan instellingen die gehandicaptenzorg en verpleging leveren. Ook hebben we een werkbezoek afgelegd bij een zorgkantoor.

⁵ Het Centrum Indicatiestelling Zorg beoordeelt aanvragen voor voorzieningen uit de Wlz.

⁶ Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg, pagina 33 en 34. De Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgplicht. Ook als de Wlz-uitvoerders hun taken uitbesteden aan zorgkantoren blijven ze te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van deze taken voor hun eigen verzekerden.

De informatie uit de werkbezoeken, het HHM-rapport en de reacties op het informatieverzoek zijn de basis voor de bevindingen en de conclusies van de NZa. De benodigde acties die we vervolgens formuleren bezien we in samenhang van al lopende verbetertrajecten in het veld. Dit rapport en de benodigde acties moeten ook in samenhang met ons rapport over de cliëntondersteuning worden bezien. Dit rapport is gelijktijdig met onderliggend rapport gepubliceerd.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken. Allereerst komt de (Wet) langdurige zorg aan bod; in dit hoofdstuk worden de zorgplicht van de zorgkantoren, het voorschrift zorgtoewijzing en het onderzoek van HHM naar wachtenden in de Wlz beschreven. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bevindingen van het onderzoek. In hoofdstuk 4 beoordelen we deze bevindingen. Tot slot staan in hoofdstuk 5 de conclusies, de aanbevelingen en de vervolgacties.

2. Wet langdurige zorg

Met ingang van 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. De Wlz regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, voor mensen met een handicap en voor mensen met een psychische aandoening. De Wlz is net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit houdt in dat inwoners van Nederland van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit uit een overeenkomst tussen verzekerde en verzekeraar.

Met de invoering van de Wlz is beoogd mensen langer thuis te laten wonen. Ook is er binnen de Wlz meer ruimte voor de zelfredzaamheid, keuzevrijheid en passende zorg die aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Door deze invulling van de zorg binnen de Wlz komt er meer nadruk te liggen op de zorgplicht van de zorgkantoren. Er ligt binnen de Wlz een meer nadrukkelijke taak bij de zorgkantoren om cliënten te bemiddelen naar- en te informeren over passende zorg.

2.1 Zorgplicht in de Wlz

Op grond van artikel 4.2.1 lid 1 van de Wlz is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgplicht tegenover de bij hem ingeschreven verzekerden. De uitvoering hiervan heeft de Wlz-uitvoerder uitbesteed aan een zorgkantoor. Het zorgkantoor voert per inzittende van een regio de Wlz uit, ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder deze verzekerde is.

Ondanks uitbesteding van de taken blijft de Wlz-uitvoerder *volledig verantwoordelijk* voor de uitvoering van hetgeen bij of krachtens de Wlz is geregeld voor de bij hem ingeschreven verzekerden. Dit geldt uiteraard ook voor het onderdeel van de uitvoering van de zorgplicht dat zorgkantoren op dit moment hebben uitbesteed aan zorgaanbieders. Dit betekent geen overdracht van verantwoordelijkheid.⁷

Artikel 4.2.1. lid 1 bevat de belangrijkste taak van de Wlz-uitvoerder, te weten dat hij ervoor zorgt dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen (de zorgplicht). De zorgplicht van de Wlz-uitvoerder houdt in dat de cliënt binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, de zorg krijgt waarop hij is aangewezen.

Onderdeel van deze zorgplicht van de Wlz-uitvoerder is de cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning is onafhankelijke ondersteuning van de burger met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling, die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden (artikel 1.1 Wlz).

Het zorgkantoor heeft ook zorgplicht voor het persoonsgebonden budget (artikel 4.2.1 lid 2 Wlz). Dit houdt in dat hij de verzekerden in de regio waarvoor hij als zorgkantoor is aangewezen desgewenst informatie

⁷ Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg, pagina 33 en 34. De Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgplicht. Ook als de Wlz-uitvoerders hun taken uitbesteden aan zorgkantoren blijven ze te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van deze taken voor hun eigen verzekerden.

verschafft over het persoonsgebonden budget (pgb). Daarvoor moet het zorgkantoor er in voorzien dat het pgb binnen redelijke termijn aan de verzekerde wordt verleend die hierom verzoekt en hierop aanspraak heeft. Het pgb is geen onderdeel van dit rapport.

Zoals gezegd besteden de Wlz-uitvoerders de uitvoering van de Wlz uniform uit aan de zorgkantoren. Voor wat betreft de invulling van de zorgplicht wordt een aantal taken gemandateerd aan het zorgkantoor.

In het kader van het onderzoek naar wachtenden zijn de volgende aan het zorgkantoor gemandateerde taken van belang:

- Zorgdragen dat de benodigde zorg binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand geëffectueerd kan worden indien een verzekerde voor zorg met verblijf, vpt of mpt⁸ kiest.
- Verstrekking van adequate informatie aan verzekerden over de diverse leveringsvormen van zorg waaronder in ieder geval het inzichtelijk maken van de gecontracteerde zorgaanbieders en de wachttijden voor zorglevering bij die zorgaanbieders.
- Bemiddeling van een verzekerde die gekozen heeft voor gecontracteerde zorg naar een geschikte gecontracteerde zorgaanbieder.
- Zorgdragen voor (onafhankelijke) cliëntondersteuning.⁹

Een zorgkantoor dient ervoor te zorgen dat een cliënt binnen redelijke termijn en binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen, dan wel bij hem thuis, zorg ontvangt waarop de cliënt is aangewezen. Hiertoe dient een zorgkantoor zorgaanbieders te contracteren, die de zorg namens hem aan cliënten zullen leveren. Zorg dient op redelijke termijn beschikbaar te zijn. Dit wordt bepaald door de Treeknormen¹⁰ die gelden voor de Wlz en door de wettelijke bepalingen voor overbruggingszorg¹¹ in de Wlz.

Wat een redelijke afstand is, zal afhangen van de vorm van zorg die een cliënt nodig heeft. Sommige zeer gespecialiseerde vormen van Wlz-zorg zijn slechts op enkele plaatsen in Nederland beschikbaar. Ook hangt het criterium van redelijke afstand af van de plaats waar de cliënt wenst te gaan wonen. Is dat bijvoorbeeld een klein dorp waar geen zorginstelling staat of één zorginstelling staat die hem echter niet binnen redelijke termijn kan plaatsen, dan zal er een alternatief gezocht moeten worden in de nabijheid van dat dorp.¹²

Ook wordt van zorgkantoren verwacht dat zij hun bemiddelingsrol proactief oppakken. Dit houdt in dat zorgkantoren actuele informatie hebben over het zorgaanbod alsook over de wachtlijsten.¹³ Dit is nodig om de taken juist uit te voeren die uit de zorgplicht voortvloeien.

Een goede uitvoering van de zorgplicht door zorgkantoren houdt in dat zorgkantoren ervoor zorgdragen dat cliënten tijdig passende zorg

⁸ vpt (volledig modulair pakket thuis) en mpt (modulair pakket thuis) zijn leveringsvormen binnen de Wlz.

⁹ Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren 2016-2017, p. 2.

¹⁰ De Treeknormen in de Wlz: verpleging en verzorging intramuraal met behandeling 6 weken; verpleging en verzorging intramuraal zonder behandeling 13 weken; gehandicaptenzorg intramuraal 13 weken; ggz intramuraal met behandeling 6 weken; ggz intramuraal zonder behandeling 13 weken; spoedzorg: binnen 24 uur tot 48 uur.

¹¹ Overbruggingszorg is tijdelijke zorg die gedurende een wachtperiode wordt ingezet totdat de zorg volgens een indicatiebesluit voor een zorgzwaartepakket beschikbaar is. Het gaat hier om de inzet van zorg, anders dan geïndiceerd.

¹² Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg, p. 165 en 166.

¹³ Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg, p. 35

krijgen. Deze verantwoordelijkheid start op het moment dat het zorgkantoor de cliënt in beeld heeft (in ieder geval zodra deze beschikt over een indicatie CIZ, maar mogelijk al eerder) totdat de cliënt geen Wlz-zorg meer nodig heeft. Zoals hiervoor al geconstateerd, kan deze verantwoordelijkheid niet gedelegeerd worden aan zorgaanbieders.

2.2 Toezichtkader zorgplicht Wlz en normenkader Wlz-uitvoerder¹⁴

De NZa houdt op grond van artikel 16, sub d, Wmg toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. De zorgplicht is zoals gezegd opgenomen in de Wlz. De NZa houdt dan ook toezicht op de naleving van de verplichting die de zorgplicht in de Wlz is. Dit gebeurt op basis van de geldende wettelijke bepalingen (Wlz) en een tweetal beleidsregels van de NZa. In het toezichtkader zorgplicht Wlz staan verplichtingen die de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor moeten nakomen. Bestaande normen zijn ook genoemd in dit kader.

Naast het toezichtkader zorgplicht Wlz heeft de NZa het normenkader Wlz-uitvoerder opgesteld. Dat kader bevat de normen waarop de NZa zich baseert bij de uitoefening van haar toezicht op de uitvoering van de Wlz. Het normenkader beslaat de gehele uitvoering, zowel het sluiten van overeenkomsten om zorg voor de verzekerden te regelen, het ervoor zorgen dat verzekerden met een indicatie Wlz-zorg krijgen, het bewaken van de uitgaven, en het zorgdragen voor een goede organisatie om de verzekering uit te voeren.

Tenzij taken uitdrukkelijk bij of krachtens de wet zijn opgedragen aan het zorgkantoor, zal de NZa bij onjuiste of onvoldoende uitvoering van de zorgplicht de Wlz-uitvoerder aanspreken. De NZa kan dan optreden door middel van een normoverdragend gesprek, het opvragen van verbeterplannen of het opleggen van handhavingsmaatregelen zoals een aanwijzing of een last onder dwangsom.

2.3 Voorschrift zorgtoewijzing 2017

Het voorschrift zorgtoewijzing 2017 maakt onderdeel uit van de overeenkomst Wlz 2017 tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en heeft als doel een uniforme uitvoering van het zorgtoewijzingsproces bij alle zorgkantoren. Het voorschrift zorgtoewijzing is opgesteld in ZN-verband. In dit voorschrift zijn verschillende afspraken gemaakt en zijn de verantwoordelijkheden verdeeld. Het voorschrift is een addendum op het contract dat een zorgaanbieder met het zorgkantoor afsluit.

Zorgtoewijzing is het proces vanaf de indicatiestelling tot aan de daadwerkelijke zorglevering. De cliënt kan bij de indicatiestelling al een voorkeursaanbieder aangeven. Indien de cliënt dat doet, dan wordt de voorkeursaanbieder de 'dossierhouder'. Volgens het voorschrift is de dossierhouder dan verantwoordelijk voor de zorglevering, ook indien de cliënt op een wachtlijst komt te staan. In het geval een cliënt niet direct terecht kan bij de voorkeursaanbieder, dan is de voorkeursaanbieder volgens het voorschrift verantwoordelijk voor het regelen van overbruggingszorg. Geeft de cliënt geen voorkeur aan, dan neemt het zorgkantoor zelf contact op met de cliënt om een geschikte plaats te vinden.

¹⁴ Beleidsregel TH/BR-021 toezichtkader zorgplicht Wlz en beleidsregel TH/BR-022 normenkader Wlz-uitvoerder. Zie www.nza.nl.

De dossierhouder is in het voorschrift ook verantwoordelijk gemaakt voor het tijdig organiseren van (overbruggings)zorg voor de cliënt. Daarnaast is de zorgaanbieder onder andere ook verantwoordelijk voor het verstrekken van informatie, tijdig opnemen van de cliënt en de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt en de actuele registratie van de leveringsstatus.

Aan het zorgkantoor is het volgens het voorschrift de taak om tijdig te signaleren of de zorg aan de cliënt nog wel passend is en om te bewaken dat de cliënt tijdig zorg krijgt bij een dringende zorgvraag. Ook moet het zorgkantoor contact opnemen met de wenswachtende om te verifiëren of de zorg thuis nog verantwoord is.

2.4 Bevindingen HHM-rapport

Naar aanleiding van een motie¹⁵ van de leden Bergkamp en Agema, waarin zij de regering hebben opgeroepen te onderzoeken hoe groot de groep wachtenden in de Wlz is en passende oplossingen aan te reiken om de wachttijd te verkorten, heeft de Staatssecretaris van VWS onderzoek laten uitvoeren naar de wensen en behoeften van cliënten die geen gebruik maken van de plaats die hen is aangeboden.¹⁶

Het onderzoek is gebaseerd op interviews met 39 cliënten en mantelzorgers, 36 zorgaanbieders en alle zorgkantoren. Daarnaast is een grootschalige schriftelijke enquête uitgezet bij 13.600 cliënten die niet-actief wachtend zijn. De meeste niet-actief wachtenden ontvangen wel enige vorm van zorg (overbruggingszorg en of mantelzorg).

Het onderzoek heeft op basis van het totaal aan 'niet-actief wachtenden' onderscheid gemaakt in drie groepen:

- 11% van de niet-actief wachtenden (ongeveer 1.500 cliënten) is bereid te verhuizen, ook naar een andere aanbieder dan die van voorkeur. Binnen deze groep geeft 49% (ongeveer 700 cliënten) aan dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieders en zorgkantoren de meeste van deze cliënten al in beeld hebben en in gesprek zijn met deze cliënten.
- 40% van de niet-actief wachtenden (ongeveer 5.500 cliënten) wil wel verhuizen, maar alleen naar de aanbieder van voorkeur. Iets minder dan de helft van deze populatie (45%, ongeveer 2.400 cliënten) geeft aan dat het thuis eigenlijk niet meer gaat.
- 49% van de niet-actief wachtenden (ongeveer 6.700 cliënten) wil niet verhuizen naar een instelling, zelfs niet als een plaats vrij zou komen bij de aanbieder van voorkeur. Een deel van deze mensen (12%, ongeveer 800 cliënten) wil dit zelfs niet, ondanks dat zij zelf aangeven dat het thuis eigenlijk niet meer gaat.

Het onderzoek heeft meer inzicht gegeven in de oorzaken waarom mensen nog geen aanbod hebben (kunnen) accepteren. Ook laat het onderzoek zien dat veel cliënten niet weten dat zij een beroep kunnen doen op het zorgkantoor voor bemiddeling.

¹⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2015-2016, 31765, nr. 177.

¹⁶ Rapportage Wachttijsten in de Wlz, bureau HHM, Enschede, september 2016.

Ten slotte is in het onderzoek gekeken naar de bruikbaarheid van de landelijke wachtlijst van het Zorginstituut (via iWlz¹⁷) versus de bruikbaarheid van de afzonderlijke wachtlijsten van de zorgaanbieders. De conclusie is tweeledig. Ten eerste: de eigen wachtlijsten van zorgaanbieders kunnen, vanwege uiteenlopende registratiewijzen, niet geaggregeerd worden tot een landelijk beeld. Ten tweede: de huidige systematiek (iWlz) is een goed instrument om een landelijk beeld te genereren, zonder dat dit extra werk met zich mee brengt voor betrokken partijen.

2.5 Begrippen

In de Wlz wordt gebruik gemaakt van een informatiemodel voor het volgen van de cliënt (iWlz). Ook de wachtenden in de Wlz staan hierin geregistreerd. In 2016 zijn afspraken gemaakt over de registratie van verschillende categorieën wachtenden: actief wachtenden, wenswachtenden en slapend wachtenden.

Een actief wachtende is een cliënt die geïndiceerde zorg wil ontvangen, maar één of meerdere toegewezen zorgeenheden (reguliere of alternatieve zorg) nog niet ontvangt. De cliënt wacht dus buiten zijn/haar wil. Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg (overbruggingszorg).

Niet-actief wachtenden worden hier gedefinieerd als wachtenden die een voorkeur voor een locatie van een specifieke instelling hebben, maar daar nog niet geplaatst kunnen worden (ook wel wenswachtenden genoemd). Zij ontvangen vaak al wel zorg aan huis. Onder de niet-actief wachtenden kunnen ook cliënten vallen die weliswaar een voorkeursaanbieder hebben aangegeven, maar die pas in een instelling willen worden opgenomen als het thuis niet meer gaat.

¹⁷ iWlz is het systeem voor het volgen van de cliënt in alle fasen van de keten via elektronisch berichtenverkeer: van de indicatie via het toewijzen en leveren van zorg tot het vaststellen van de eigen bijdrage.

3. Bevindingen

Dit hoofdstuk gaat in op de bevindingen van het onderzoek van de NZa. Deze zijn gebaseerd op informatie afkomstig van alle zorgkantoren, twee werkbezoeken aan instellingen die gehandicaptenzorg en verpleging aanbieden en een werkbezoek bij een zorgkantoor.

We gaan in dit hoofdstuk in op het inzicht in de status van wachtenden en de redenen van deze wachtenden om op de wachtlijst te (blijven) staan. Onderdeel daarvan is het contact met de cliënt en de registratie van wachtenden. Tot slot wordt het zorgaanbod nog besproken.

3.1 Inzicht in wachtenden

De NZa heeft onderzocht hoeveel inzicht een zorgkantoor heeft in de status van wachtenden en de redenen van deze wachtenden om op de wachtlijst te (blijven) staan. Hierna volgen de bevindingen op dit punt.

Het kan zijn dat een cliënt ten onrechte geregistreerd staat als niet-actief wachtende, maar wel urgent zorg of een andere leveringsvorm van zorg nodig heeft. Uit het HHM-rapport volgt dat de registratie als niet-actief wachtende niet altijd de realiteit reflecteert. Zo staan 11% van de niet-actief wachtenden onterecht als zodanig aangeduid. Dat betekent dat voor deze groep het zorgkantoor een verantwoordelijkheid heeft om voor hen tijdig (andere) passende zorg te regelen. Onder de groep niet-actief wachtenden is er ook een groep die aangeeft dat het thuis eigenlijk niet meer gaat.

Een zorgkantoor dat een compleet en actueel inzicht heeft, kan ervoor zorgen dat deze cliënten tijdig passende zorg krijgen. Dit is onlosmakelijk aan elkaar verbonden.

Om te bepalen of zorgkantoren over de juiste informatie beschikken is onderzocht of het zorgkantoor eventuele veranderingen in de zorgbehoeften van wachtenden volgt en hoe zorgaanbieders de registratie van de zorgsituatie van de individuele cliënt actueel houden. Uit de informatie die is aangeleverd blijkt dat zorgaanbieders het meeste contact hebben met de cliënten. De zorgkantoren zijn in de huidige situatie dus (grotendeels) afhankelijk van de informatie van de informatie die de zorgaanbieders verstrekken aan het zorgkantoor.

Inzicht in actief wachtenden

Zorgkantoren hebben een beeld van het aantal wachtenden, bijbehorende wachttijden en wachtstatus in hun eigen werkgebied zoals beschikbaar in de iWlz.

Alle zorgkantoren hebben het aantal wachtenden paraat binnen hun regio op basis van data van de landelijke wachtlijst iWlz. Deze data zijn uitgesplitst naar wachtstatus: actief-, wens- en slapend wachtenden. De zorgkantoren houden dit in iWlz bij. Omdat zij hierop verschillende selecties toepassen, zijn de uitkomsten per zorgkantoor niet goed vergelijkbaar. Dit geeft te meer het belang aan van een goede landelijke outcome-meting van wacht- en doorlooptijden. Hiervoor vindt overleg plaats tussen de het Zorginstituut en de NZa.

Zorgkantoren geven aan dat ze het in zorg krijgen van actief wachtenden monitoren. Een aantal van de zorgkantoren geeft aan dat ze rechtstreeks contact met de actief wachtende en de bijbehorende voorkeursaanbieder hebben. Dit contact is vaak eenmalig. In het voorschrift zorgtoewijzing is opgenomen dat het zorgkantoor contact opneemt met de cliënt en vervolgens zorgt voor een tijdig en passend alternatief. Dit geldt ook voor cliënten die geen voorkeursaanbieder hebben ingevuld.

Uit de aantallen die zijn aangeleverd blijkt dat er bij bijna elk zorgkantoor actief wachtenden zijn die de Treeknorm overschrijden. Een deel hiervan krijgt geen overbruggingszorg.

Inzicht in niet-actief wachtenden

Zorgkantoren geven aan dat zij voor informatie over de cliënt die niet-actief wachtend is (gedeeltelijk) afhankelijk zijn van de zorgaanbieder. Zij geven aan dat voor een goed beeld van deze wachtenden het van belang is dat de registratie van de leveringsstatus actueel wordt gehouden bij een verandering in de zorgsituatie van een cliënt. Op dit moment zijn vooral de zorgaanbieders daarvoor aan zet, vinden de zorgkantoren.

De meeste zorgkantoren hebben geen tot nauwelijks direct en/of structureel contact met de niet-actief wachtenden. Ook weten ze niet of de (voorkeurs)zorgaanbieder dat wel heeft. De registratie van de leveringsstatus biedt de zorgkantoren dan ook geen goed zicht op de zorgbehoefte en wensen van cliënten die zo lang mogelijk thuis (willen) blijven wonen.

Inzicht in verhuishwensen, sociale context en partnerhereniging

Zorgkantoren hebben er weinig zicht op waarom cliënten als niet-actief wachtend geregistreerd zijn, als zij al als zodanig geregistreerd zijn. Hier vallen bijvoorbeeld cliënten met een verhuishwens onder en cliënten die wachten op partnerhereniging.

- Verhuishwens: cliënten kunnen – terwijl ze zorg ontvangen – een wens hebben om te verhuizen. De zorgaanbieder weet vaak niet af van de verhuishwens, of juist wel maar handelt dan niet actief om tegemoet te komen aan de verhuishwens van de cliënt. Ook het zorgkantoor is vaak niet op de hoogte van de verhuishwens van de cliënt, waardoor hij geen actie onderneemt.
- Partnerhereniging: zorgkantoren geven aan dat de iWlz niet voorziet in de koppeling van de gezonde partner aan de partner die in zorg zit. Zorgkantoren geven aan dat er weinig vraag is naar partnerhereniging en dat ze weinig klachten krijgen over onvoldoende mogelijkheden tot partneropname. Maar zij zien die cliënten ook niet in hun registratie.

Informele wachtlijsten

Zorgaanbieders hanteren zogenaamde 'interesselijsten' van personen met een mogelijke toekomstige zorgvraag. Dit zijn informele wachtlijsten die buiten het officiële informatiemodel iWlz bestaan. Door middel van de eigen interesselijst heeft de zorgaanbieder zicht op de potentiële interesse in het zorgaanbod. De lijst kan handig zijn voor zijn bedrijfsvoering of om die 'lastige' registratie-eisen van iWlz te ontlopen.

Op de eigen interesselijst staan bijvoorbeeld:

- Cliënten die bij de zorgaanbieder al vanuit het Zvw-domein bekend zijn en naar verwachting op termijn een Wlz-indicatie krijgen.
- Lage AWBZ-zzp's die niet in een instelling verblijven, maar later alsnog kunnen kiezen voor een opname in een instelling.
- Wlz-geïndiceerden die de zorgaanbieder als tweede voorkeur zien.
- Wlz-geïndiceerden die de zorgaanbieder als eerste voorkeur zien; zij zijn elders in woonzorg maar willen naar hem verhuizen.
- Wlz-geïndiceerden die geen interesse meer hebben maar de inschrijving niet hebben afgezegd.
- Wlz-geïndiceerden met interesse voor één specifieke locatie.
- Wlz-geïndiceerden met een modulair pakket thuis (mpt).

Alle zorgkantoren weten dat aanbieders eigen interesselijsten hanteren, maar hebben hierin geen (gedetailleerd) inzicht.

Het is voor een zorgkantoor van belang om inzicht te hebben in de status van wachtenden en de actuele zorgbehoefte, waar mogelijk via iWlz. Deze informatie kan van belang zijn voor het zorgkantoor om te achterhalen welke zorgbehoefte er is en/of welke voorkeuren er zijn bij de betreffende cliënt.

Contact met de cliënt en registratie

Onderdeel van een accuraat inzicht in wachtenden is het contact met de cliënt en (daarmee samenhangend) een juiste registratie van de status van de wachtenden en de redenen waarom wachtenden (blijven) wachten op zorg.

Het contact met de cliënt is hiervoor al een aantal keren aan de orde gekomen. Daarom moeten de bevindingen van dit onderdeel ook in samenhang gelezen worden met de bevindingen van het onderdeel inzicht in wachtenden.

Het contact met actief wachtenden verloopt via de voorkeursaanbieder of via het zorgkantoor. Het contact met de cliënt is vaak eenmalig.¹⁸ Volgens het voorschrift zorgtoewijzing moet de zorgaanbieder minimaal eenmaal per jaar de leveringsstatus actualiseren via een bericht in de iWlz.¹⁹ Of de zorgkantoren inzicht hebben in de (zorgsituatie van) wachtenden in hun regio, hangt dus vooral af van de correcte en volledige registratie door zorgaanbieders.

Een aantal zorgkantoren geeft aan op een aantal punten vraagtekens te hebben bij een correcte registratie door zorgaanbieders. Deze zouden zich veelal niet of nauwelijks baseren op direct contact met hun (wachtende) cliënten over hun actuele zorgsituatie. Als hierdoor registratie niet op de juiste wijze gebeurt heeft het zorgkantoor niet voldoende zicht op de wachtende cliënt en kan hij niet tijdig passende zorg leveren.

Zoals hiervoor genoemd verzorgt de voorkeursaanbieder in beginsel het contact met de cliënt. Bij actief wachtenden die geen voorkeursaanbieder hebben opgegeven of in het geval dat de voorkeursaanbieder niet (tijdig) de passende zorg kan leveren, is dat het zorgkantoor.

De meeste zorgkantoren nemen binnen enkele dagen contact op met de cliënt zonder voorkeur voor een zorgaanbieder of zonder voorkeur voor

¹⁸ Voorschrift Zorgtoewijzing Wlz 2016: als een cliënt een voorkeursaanbieder heeft weergegeven en de leveringsvorm kenbaar heeft gemaakt dan heeft deze voorkeursaanbieder één contactmoment met deze cliënt.

¹⁹ Voorschrift Zorgtoewijzing Wlz 2016, paragraaf 5.3.

leveringsvorm. Deze zorgkantoren informeren de cliënt over het zorgaanbod en leveringsvormen.

Hierbij wordt door een aantal zorgkantoren ook gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning.²⁰

Alle zorgkantoren spannen zich in om de cliënt bij zijn eerste voorkeursaanbieder te krijgen. Zij ervaren het soms als een beperking dat in de huidige iWlz slechts één voorkeursaanbieder kan worden geregistreerd. Het CIZ registreert niet waarop de cliënt de keuze van een voorkeursaanbieder baseert. Daardoor wordt niet altijd duidelijk of er mogelijk (betere) alternatieven zijn voor desbetreffende cliënt.

De meeste zorgkantoren geven niet duidelijk aan wat zij doen bij een verhuishens of wens tot partnerhereniging en wat zij tegen omissies in de registratie ondernemen. Het beeld bij zorgkantoren is dat bij tijdelijke opname elders een goede en tijdige registratie van deze wensen belangrijk is maar door de zorgaanbieders niet altijd gebeurt. Cliënten die wachten op hereniging met hun partner in een instelling, zijn als zodanig niet zichtbaar in de registratie.

Sommige zorgkantoren houden rekening met de wensen die de cliënt heeft op basis van sociale context. Daarbij wordt tijdelijke opname elders getracht te voorkomen, ook al leidt dit onverhoopt tot een (beperkte) overschrijding van de Treeknorm.

3.2 Zorgaanbod

Ook heeft de NZa onderzocht hoe zorgkantoren de wensen van de cliënten invullen als het gaat om het zorgaanbod dat ze contracteren.

Zorgkantoren hebben onderling afgesproken²¹ om de wensen van de cliënt nadrukkelijk als uitgangspunt te hanteren bij de inrichting van de inkoopprocedure. Zorgkantoren nemen zich onder meer voor om de dialoog te voeren met de zorgaanbieder en verbeteringen in de zorg voor cliënten centraal te stellen in de inkoopprocedure, waarin het zorgkantoor:

- voldoende zorg inkoop van goede kwaliteit;
- rekening houdt met waar de cliënt de zorg wil ontvangen en de leveringsvorm waarin hij de zorg wil ontvangen;
- zorgt voor een optimale match tussen vraag en aanbod, en ook de keuzevrijheid van de cliënt voor zijn zorgaanbieder van voorkeur en locatie van zorgverlening borgt;
- let op een voldoende gedifferentieerd zorgaanbod om zo veel mogelijk recht te doen aan zorg die past bij de identiteit van de cliënt en/of bij specifieke doelgroepen, zoals Huntington of Korsakov;
- in direct contact met cliënten inzicht heeft in de behoeften en nieuw aanbod op basis van deze behoeften stimuleert.

²⁰ Cliëntondersteuning is onafhankelijke ondersteuning van de burger met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling, die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden (artikel 1.1 Wlz).

²¹ Inkoopkader Wlz 2017, Zorgverzekeraars Nederland, juni 2016.

Alle zorgkantoren zetten zich in om aanbod te contracteren dat aansluit op de regionale vraag. Zij baseren zich hierbij op marktanalyses en declaratie- en productiegegevens van zorgaanbieders. Ook worden signalen van zorgaanbieders en cliënten meegenomen. Als dat niet binnen de budgetafspraken kan, maken zij zo nodig aanvullende afspraken met bestaande en/of nieuwe zorgaanbieders. De zorgkantoren geven in het algemeen aan de analyses van regionale wachtlijsten te gebruiken bij de zorginkoop en in het periodiek overleg met de zorgaanbieders.

Zorgkantoren trachten de beschikbare regioruimte optimaal in te zetten, als de zorg in de regio te kort dreigt te schieten. Maar regionale tekorten in bedden, personeel, en woon-zorg huisvesting kunnen zorgkantoren niet op korte termijn beïnvloeden. Dat geldt ook voor de instroom uit andere domeinen.

Zorgkantoren gaan verschillend om met de sociale context.²² Een deel laat het over aan de zorgaanbieder, een deel benadrukt de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor zelf om zorg te realiseren waarbij rekening gehouden wordt met partneropname, seksuele geaardheid en religie. Ten aanzien van partneropname wijst een deel van de zorgkantoren op de rol van cliëntondersteuning en/of zorgbemiddeling.

²² Een Wlz-uitvoerder draagt er zorg voor dat in het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders redelijkerwijs rekening wordt gehouden met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging, culturele achtergrond en seksuele gerichtheid van de bij hem ingeschreven verzekerden (artikel 4.2.2 lid 4 Wlz).

4. Beoordeling NZa

Op basis van de reacties van zorgkantoren hebben wij inzicht gekregen in de manier waarop zij uitvoering geven aan hun zorgplicht.

Het is van belang dat alle cliënten tijdig de Wlz-zorg krijgen waar zij behoefte aan hebben. Om hiervoor te zorgen, moet een zorgkantoor het proces op orde hebben van aanmelding van de cliënt tot aan de levering van passende zorg aan de cliënt.

Het inzicht in de status van wachtenden en de redenen van deze wachtenden om op een wachtlijst te (blijven) staan is cruciaal voor de uitvoering van de zorgplicht.

Een juiste registratie van de wachtenden en het contact met cliënt moet leiden tot deze inzichten. Daarnaast moet de zorginkoop aansluiten op de zorgbehoefte. Dit zijn allemaal onderdelen die goed moet worden uitgevoerd om te komen tot een goede uitvoering van de zorgplicht van het zorgkantoor.

4.1 Inzicht in wachtenden

Allereerst is het zorgkantoor op grond van zijn zorgplicht gehouden aan het tijdig verstrekken van passende zorg aan alle actief wachtenden. Dit houdt in dat de actief wachtenden, die langer wachten dan de Treeknorm en geen overbruggingszorg hebben, onverwijld passende zorg moeten krijgen.

Uit de informatie verstrekt door de zorgkantoren blijkt dat bijna elk zorgkantoor actief wachtenden in de regio heeft die de Treeknormen overschrijden. De NZa verwacht dat alle zorgkantoren direct actie ondernemen om deze actief wachtenden meteen te bemiddelen naar passende zorg. Dit is van belang met het oog op de zorgplicht.

Daarnaast ligt er voor zorgkantoren ook een duidelijke taak ten aanzien van de niet-actief wachtenden. Zoals eerder benoemd is het van belang dat een zorgkantoor inzicht heeft in de zorgbehoefte van cliënten en de redenen waarom cliënten wachten. Als deze niet-actief wachtenden wel naar passende zorg bemiddeld willen worden, dan moet een zorgkantoor hier op acteren.

Het inzicht op de mate waarin tijdig passende zorg voor cliënten wordt gerealiseerd, is onvoldoende. Zorgkantoren hebben meestal geen direct contact met de niet-actief wachtenden op de wachtlijst. Zorgkantoren handelen niet eigenstandig als dat nodig is, omdat zij veel taken hebben overgeheveld aan zorgaanbieders. Ze hebben ook geen zicht op of de voorkeurszorgaanbieder de cliëntsituatie wel goed kent. Dit brengt een risico met zich mee dat cliënten niet tijdig naar passende zorg worden bemiddeld.

Naar aanleiding van het rapport van HHM over wachtenden in de Wlz hebben zorgkantoren toegezegd alle niet-actief wachtenden te benaderen om te achterhalen wat hun zorgbehoefte is. Dit is een goede actie, maar eenmalig. Voor de toekomst moet worden voorkomen dat eenmalige belacties nodig zijn.

Het contact met niet-actief wachtenden is dus niet op structurele wijze geregeld bij een zorgkantoor. Hiermee hebben zorgkantoren de zorgplicht onvoldoende geborgd.

Het zorgkantoor heeft ook beperkt inzicht in de redenen dat mensen op de wachtlijst staan. Zo zouden ze meer inzicht moeten hebben in de factoren die ook wel sociale context genoemd worden (verblijf in een instelling waarbij rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de godsdienstige gezindheid of culturele achtergrond), verhuiscriteria van de cliënt die al in verblijf is, of partnerhereniging. Het zorgkantoor heeft dit inzicht nodig om vervolgens actief de cliënten naar passend zorgaanbod te bemiddelen, om te voorkomen dat cliënten die vanwege voorgenoemde redenen in verblijf bij een bepaald type instelling onnodig lang moeten wachten.

4.2 Contact met cliënt en registratie

Onderdeel van accuraat inzicht in wachtenden is het contact met de cliënt en (daarmee samenhangend) een juiste registratie van de status van de wachtenden en de redenen waarom wachtenden (blijven) wachten.

Cliënten baseren hun voorkeur voor een aanbieder vaak op hun eigen wensen, bijvoorbeeld een voorkeur voor één bepaalde locatie van een zorgaanbieder. Als de voorkeursaanbieder op die locatie in tijdige en passende zorg kan voorzien voor deze cliënt dan is de cliënt daarbij gebaat. Het zorgkantoor voldoet op dat moment aan zijn zorgplicht voor deze cliënt. Zorgkantoren tekenen hierbij echter aan dat de afzonderlijke locaties van de zorgaanbieder niet altijd in iWlz worden vastgelegd wegens beperkingen in de AGB-codering.

Als de voorkeursaanbieder niet tijdig of niet passend de zorg kan bieden, dan moet het zorgkantoor zorgdragen voor een passend alternatief. Een eventuele tweede voorkeursaanbieder wordt hierbij niet in ogenschouw genomen, omdat deze niet in iWlz wordt vastgelegd. En als de cliënt zo spoedig mogelijk of juist (veel) later alsnog wil verhuizen naar een andere (locatie van een) zorgaanbieder, blijkt deze wens vaak niet of te laat in iWlz te worden geregistreerd.

Zorgkantoren stellen verder dat het aangeven van de wens tot partnerhereniging in de iWlz niet mogelijk is. Dit bemoeilijkt de bemiddeling. Hoewel er wordt aangegeven dat er weinig klachten binnenkomen over (het wachten op) partnerhereniging, merken wij op dat in het voorschrift zorgtoewijzing is opgenomen dat de indicatie voor partnerhereniging pas wordt afgegeven als er plek is bij de instelling waar de partner verblijft. Deze werkwijze leidt ertoe dat de er een 'onzichtbare wachtlijst' kan zijn: op papier lijkt het dat de partner direct doorstroomt omdat de indicatie pas wordt opgegeven als de partner direct kan doorstromen.

Zorgkantoren noemen verder nog een aantal andere beperkingen in de registratie en vooral ook in de wijze waarop iWlz is ingericht. Zij dragen hiervoor wijzigingsvoorstellen aan. Steeds moet hier een afweging worden gemaakt met de hanteerbaarheid van de iWlz-registratie.

Bovengenoemde beperkingen stimuleren de groei van de interesselijsten bij zorgaanbieders. In deze interesselijsten hebben zorgkantoren geen gedetailleerd inzicht. Zodoende kan een zorgkantoor voor het organiseren van zorg voor hun cliënten niet acteren op deze interesselijsten, terwijl het hier (ten dele) wel degelijk Wlz-geïndiceerden kan betreffen. Een cliënt kan op meerdere interesselijsten staan. Bovendien is de interesselijst vaak niet actueel als de cliënt zichzelf niet afmeldt als hij elders in zorg is genomen. Dit maakt dit informele circuit ondoorzichtig.

De interesselijsten hebben meer nadelen. Ten eerste kan plaatsing op een interesselijst bij de cliënt verkeerde verwachtingen wekken. Mogelijk kan het zorgkantoor hem niet bij de betreffende aanbieder plaatsen, omdat de interesselijst onbekend is. Ten tweede kan er bijvoorbeeld sprake zijn van prioritering die buiten het iWlz om loopt, waardoor cliënten soms voorrang krijgen op anderen die in het iWlz al langer wachten. Het kan echter ook op basis van 'urgentie' legitiem zijn om een cliënt die korter op de wachtlijst staat, toch eerder een plek te bieden. Doordat zorgkantoren de actief wachtenden monitoren, lijkt het voorkrupeffect overigens beperkt.

Dergelijke informele wachtlijsten mogen niet de indruk wekken bij de cliënt dat dit de werkelijke wachtlijst is. Immers, zorg kan en moet soms elders verkregen worden.

4.3 Zorgaanbod

Zorgkantoren nemen steeds meer de wensen van de cliënt als uitgangspunt bij de inrichting van de inkoopprocedure. Zij hebben het voornemen om in dialoog met de zorgaanbieder verbeteringen door te voeren die zien op kwaliteit van zorg, wensen van cliënten ten aanzien van de leveringsvorm, locatie, doelgroepen en andere behoeften van de cliënt.

Zorgkantoren voeren marktanalyses uit en analyseren declaratie- en productiegegevens van zorgaanbieders om tot een goede regionale inkoop te komen. Ook worden signalen van zorgaanbieders en cliënten meegenomen.

Goede afstemming tussen de zorgbehoefte van de cliënt en het zorgaanbod is een voorwaarde om te kunnen voldoen aan de zorgplicht. We verwachten dat deze positieve ontwikkeling doorzet, wat naar verwachting ten goede zal komen aan een goede uitvoering van de zorgplicht.

Voor de sociale context geldt dat een aantal zorgkantoren daar nog actiever op kunnen inkopen en dit niet aan de zorgaanbieders alleen over moeten laten. Ook dit is nodig om te kunnen voldoen aan de zorgplicht.

5. Conclusie en vervolgstappen

5.1 Conclusie

We hebben op basis van het HHM-rapport en de reacties van de zorgkantoren op ons informatieverzoek geconstateerd dat er verbetermogelijkheden zijn als het gaat om wachtlijstbeheer en dat zorgkantoren proactief hun rol moeten oppakken als het gaat om de (niet-actief) wachtenden. Wij zien hiervoor mogelijkheden voor *structurele* verbeteringen.

Vooropgesteld moet worden dat veel wel goed gaat. Veel mensen krijgen tijdig de zorg die ze nodig hebben. Maar daar waar het niet goed gaat, mensen onterecht op een wachtlijst staan en zodoende niet tijdig de gewenste zorg krijgen die ze nodig hebben, moeten er verbeteringen doorgevoerd worden.

Onze algemene indruk is dat zorgkantoren hart voor de cliënt hebben. Deze indruk hebben we niet alleen gekregen door het werkbezoek aan een zorgkantoor en de schriftelijke informatie afkomstig van zorgkantoren, maar ook door werkbezoeken aan de twee zorginstellingen die gehandicaptenzorg en verpleging bieden. Beide instellingen gaven aan dat ze in goed overleg met de zorgkantoren zich inzetten voor tijdige en passende zorg voor de cliënt.

Het onderzoek van de NZa heeft zich gericht op hoe de zorgkantoren de zorgplicht uitvoeren, als het gaat om het zorgdragen voor tijdige en passende zorg.

Uit de informatie verstrekt door de zorgkantoren blijkt dat bijna elk zorgkantoor actief wachtenden in de regio heeft die langer wachten dan de Treeknorm. De NZa verwacht dat alle zorgkantoren direct actie ondernemen om deze actief wachtenden naar passend zorgaanbod te bemiddelen. Dit is van belang met het oog op de zorgplicht.

Op dit moment wordt voor een groep (niet) actief wachtenden niet voldoende geborgd dat ze tijdig passende zorg verkrijgen. Zodoende voldoen deze zorgkantoren op dit punt niet aan hun zorgplicht. Zorgkantoren moeten belangrijke stappen zetten als het gaat om het verkrijgen van een beter inzicht in wachtenden, meer contact met cliënt en juiste registratie van wachtenden.

In het NZa-rapport over cliëntondersteuning geven wij aan dat zorgkantoren actiever moeten worden bij zorgbemiddeling, in het geval de voorkeursaanbieder geen goede match kan realiseren tussen zorgaanbod en de noden en wensen van de cliënt.

Afsluitend: zorgkantoren zijn op een aantal van de voorgenoemde onderdelen al bezig om zich te bezinnen op verbeteringen. Dit betreft in ieder geval de registratie van de (niet-actief) wachtenden (iWlz) en het onderhouden van contact met cliënt. Er is goede wil om deze verbeteringen door te voeren. Dit rapport heeft tot doel om dit proces te faciliteren en waar mogelijk te versnellen.

5.2 Vervolg

We verwachten van zorgkantoren dat zij proactief handelen in het verzorgen van tijdige en passende zorg binnen de Wlz. Dit moet ook structureel geborgd worden.

Inzicht in wachtenden

De zorgkantoren hebben naar aanleiding van het HHM-rapport al stappen ondernomen om de populatie niet-actief wachtenden te benaderen. Deze stappen zijn concreet en zal de zorgkantoren van de benodigde informatie voorzien. Dit moet echter structureel geborgd worden.

Aanpassing voorschrift zorgtoewijzing

Binnen het proces van zorgtoewijzing worden veel taken overgeheveld aan de 'voorkeursaanbieder', dit is vastgelegd in het voorschrift zorgtoewijzing. Enerzijds zijn het de zorgaanbieders die het meeste contact hebben met de cliënt. Immers, zij leveren vanuit verschillende rollen (bijvoorbeeld wijkverpleegkundige) vaak al voor de Wlz-indicatie zorg aan de cliënt. Als ook de voorkeursaanbieder hierbij is betrokken, kan deze al goed zicht hebben op de actuele zorgbehoefte en een belangrijke rol spelen in het bemiddelen van de cliënt naar passende zorg.

Anderzijds kan de cliënt buiten het zicht vallen van het zorgkantoor waardoor de cliënt mogelijk niet de tijdige en passende zorg krijgt. Het zorgkantoor heeft meer mogelijkheden dan de voorkeursaanbieder om een cliënt naar tijdige en passende zorg te bemiddelen. Ook kan het zorgkantoor het zorgaanbod beter aanpassen aan de wensen van cliënten zodat de cliënt passende zorg ontvangt, zoals bedoeld is met de invoering van de Wlz.

Om te voldoen aan de zorgplicht moet het zorgkantoor het overzicht hebben, de regierol vervullen en proactief handelen. Het voorschrift zorgtoewijzing kan hierin beperkend werken. Ten aanzien van de zorgplicht is alleen het zorgkantoor gehouden aan de vervulling hiervan. Daar waar het voorschrift zorgtoewijzing verantwoordelijkheden mandateert aan de zorgaanbieder moet ditzelfde voorschrift goede waarborgen bevatten dat het zorgkantoor deze taak goed kan vervullen. Het gaat daarbij onder meer om het directe contact met de cliënt en de registratie van de verhuishens en de wens tot partneropname.

Aanpassing iWlz

Zorgkantoren hebben ook aangegeven dat de iWlz soms beperkend werkt ten aanzien van de registratie van cliëntvoorkeuren voor een bepaalde locatie (AGB-codering), wachttijddefinitie bij hernieuwd actief wachtend, verhuizingen, partnerhereniging, tweede voorkeursaanbieder en het registreren van voorkeuren in de sociale context.

De zorgkantoren noemen concreet de volgende punten:

- Registratie van een tweede aanbieder van voorkeur kan, maar de wachtlijst moet éénduidig gemeten blijven worden en wel onverkort bij de eerste aanbieder van voorkeur. Alternatief is om deze in de reguliere wachtlijstbemiddeling uit te vragen in het contact met de cliënt. Zorgkantoren moeten deze informatie dan wel op AGB in eigen systemen vastleggen.
- De AGB-codering moet aansluiten op voor de cliënt herkenbare locaties. Dit is noodzakelijk voor een goede wachtlijstbemiddeling en inzicht in cliëntvoorkeuren en mogelijke hiaten in het regionaal zorgaanbod.

- Het is zinvol om nog eens goed te kijken naar de wachttijddefinitie en de juiste berekening van de wachttijd bij statuswijziging.
- Gebruik van aangepaste zorgtoewijzing voor overbruggingszorg conform wetgeving alleen voor cliënten die vermoedelijk binnen 13 weken worden opgenomen. Bied de mogelijkheid tot verlenging, maar gebruik ‘overbruggingszorg’ niet meer voor zorg thuis zonder opnamewens.
- Bied de mogelijkheid, op verzoek van de zorgaanbieder of cliënt, om ook mpt-cliënten als (slapend) wachtend te registreren. De cliënt is dan in beeld ook al is voorlopig nog geen extra bemiddeling nodig.
- De niet-geïndiceerde partner wordt via ZZPO pas geregistreerd na opname. Willen we een wachtstatus registreren, moet dit proces worden aangepast.
- Oplossing voor de registratie na verhuizing. Cliënten blijven in iWlz na verhuizing geregistreerd bij het zorgkantoor waar de klant woonde op moment van indicatiestelling. Het CIZ geeft geen verhuizingen door.

Een goede zorgregistratie kan het gebruik van informele wachtlijsten bovendien terugdringen.

Deze afspraken horen thuis in het landelijk overleg van zorgkantoren met het Zorginstituut. Het Zorginstituut is de tactisch beheerder van iWlz en op dit gebied deskundig bij uitstek. Omdat hier mogelijk ook de zorgplicht in het geding is, gaan wij ook hierop nader in. De NZa moedigt partijen dan ook aan om hiermee aan de slag te gaan. De zorgkantoren kunnen hier het voortouw in nemen. Ieder zorgkantoor heeft hiertoe een eigen verantwoordelijkheid.

Tot slot blijkt dat enkele zorgkantoren de zorgaanbieder al online inzicht geven in zijn zorgtoewijzingslijst die bij het zorgkantoor staat. Zo kan de aanbieder zijn administratie hierop controleren. De NZa vindt dat elk zorgkantoor deze service zou moeten kunnen verlenen. Ook dit dringt de noodzaak tot interesselijsten terug.

Rol van het CIZ

De rol van het CIZ is in dit onderzoek niet expliciet onderzocht. Uit alle bevindingen en ook het HHM-rapport kan duidelijk worden afgeleid dat het voor cliënten al mis kan gaan als zij bij het CIZ een voorkeur aangeven voor een bepaalde zorgaanbieder en/of leveringsvorm. Zij zijn zich er op dat moment mogelijk niet van bewust dat een andere aanbieder en/of leveringsvorm (waaronder ook passende zorg thuis) net zo goed of zelfs beter dan wel sneller kan voorzien in de gewenste zorg. De cliënt wacht daardoor wellicht langer dan nodig op de gewenste zorg, of krijgt pas na veel omwegen de zorg die het beste aan zijn wensen voldoet. Een zorgkantoor doet in eerste instantie niets met deze cliënten vanwege de automatische zorgtoewijzing, waarbij de cliënt direct wordt gekoppeld aan zijn ‘voorkeursaangebieder’. Het zorgkantoor ziet in de iWlz-registratie ook niets op grond waarvan het denkt te moeten ingrijpen.

Om beter te waarborgen dat zij hun zorgplicht kunnen nakomen, zullen zorgkantoren zich moeten buigen over de nadelen van de bestaande manier van zorgtoewijzing en waar nodig (in gezamenlijkheid) aanpassingen door moeten voeren.

Er zijn meerdere partijen die een eigen aandeel hebben binnen de langdurige zorg. De NZa vindt het van belang dat alle partijen samen zullen werken om ervoor te zorgen dat de processen zo worden ingericht dat cliënten tijdig naar passende zorg worden bemiddeld.

De NZa draagt hier met dit rapport en het vervolgtraject graag een steentje aan bij.

We zullen in het vervolgtraject in ieder geval aandacht besteden aan:

- De verantwoordelijkheid van het zorgkantoor als het gaat om de uitvoering van de Wlz, meer specifiek zijn zorgplicht voor zijn verzekerden.
- De procesbeschrijvingen, registratiewijzen en afspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders over taakverdeling ten aanzien van de zorgplicht van zorgkantoren.
- Het contact tussen zorgkantoor en de cliënt.
- Het structurele inzicht verkrijgen en houden in de (niet) actief wachtenden *en* de cliënten vervolgens actief naar passende zorg bemiddelen indien zij daar behoefte aan hebben.
- Registratie in de iWlz van zorgbehoefte, leveringsstatus, en wensen van cliënten.
- Eenduidige definities van categorieën wachtenden in de Wlz.