

Tussen wal en voordeur?

Toezichtsonderzoek naar het nakomen van de zorgplicht door zorgkantoren bij cliënten met een VV4-indicatie



Update 22 juli 2024

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	7
2.1	Aanleiding en doel onderzoek	7
2.1.1	Zorgplicht zorgkantoren en ons toezicht daarop	8
2.2	Aanpak	8
2.3	Leeswijzer	9
3	Cliëntgroep VV4	10
3.1	Kenmerken van cliënten met een VV4-indicatie	10
3.2	Kwantitatief beeld van groep VV4-cliënten	10
3.3	Wachtlijsten	11
3.4	Verzilvering VV4-indicatie	12
3.5	Conclusie	13
4	Invulling beleid 'zorg thuis'	14
4.1	Meer gedetailleerd inzicht nodig in zorgvraag thuis	14
4.2	Invulling beleid van zorgkantoren nog niet duidelijk genoeg	14
4.2.1	Richtlijnen toepassing 'tenzij'-criterium onvoldoende helder	15
4.2.2	Definitie 'thuis' verdient verdere aanscherping	15
4.2.3	Aandacht voor mantelzorg niet verankerd in beleid	16
4.3	Visie rondom zorg thuis nog in ontwikkeling	16
4.4	Effecten van 'thuis, tenzij'-beleid onvoldoende helder	17
4.5	Conclusies	18
5	Aanpassing keuzeprocess aan 'thuis, tenzij'-beleid	19
5.1	Onduidelijk of cliënt bewust kiest voor thuis	19
5.2	Actievere rol in informatievoorziening nodig	20
5.3	Informatievoorziening over zorg thuis is te versnipperd	20
5.4	Conclusies	21
6	Tijdigheid en passende zorg	22
6.1	Onvoldoende gegevens over tijdigheid zorg thuis	22
6.2	Meer regie op passende zorg thuis nodig	23
6.3	Conclusies	24
7	Slotwoord	25

1 Samenvatting

Iedereen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft recht op een plek in het verpleeghuis¹, terwijl zorg thuis alleen mogelijk is als dat verantwoord en doelmatig kan worden geleverd². De laatste jaren groeit de vraag naar deze plekken harder dan het aanbod. Hierdoor is Wlz-zorg in een instelling ontvangen niet langer vanzelfsprekend. Cliënten blijven daarom steeds vaker en langer thuis wonen, terwijl mogelijk niet altijd aan de voorwaarden wordt voldaan.

Om de stijgende vraag naar verpleeghuiszorg het hoofd te kunnen bieden, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)³ gelanceerd. Dit programma hanteert de norm 'zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan'. Zoals wij in ons samenvattend rapport Uitvoering Wlz 2022-2023⁴ signaleerden, is er een risico voor de effectieve toepassing van deze normen. Op basis van de huidige wet- en regelgeving moeten cliënten namelijk wel de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor intramurale zorg. Daarnaast heeft de NZa in juli 2023 de minister geadviseerd⁵ om de Wlz aan te passen om er voor te zorgen dat de beperkte verblijfplaatsen en het schaarse zorgpersoneel ingezet wordt voor de groep cliënten die dit het hardst nodig heeft. Deze oproep ziet toe op de inperking van keuzemogelijkheden in de Wlz. Hiermee moet de overheid duidelijkheid geven welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting wel, of juist niet geleverd zou moeten worden.

De meeste zorgkantoren hebben in navolging van het WOZO-programma hun beleid aangepast. Voor cliënten met de laagste indicatie in de sector Verpleging & Verzorging (VV4) geldt inmiddels het uitgangspunt 'thuis, tenzij'. Dit houdt voor deze groep in dat hun zorg in principe thuis plaatsvindt, tenzij dit niet verantwoord en passend kan. Het doel van het 'thuis, tenzij'-beleid is om de schaarse verpleeghuiscapaciteit beschikbaar te houden voor de meest kwetsbare Wlz-cliënten.

Wij zien het verschil tussen de wettelijke aanspraken en de dagelijkse zorgpraktijk. Zoals wij ook eerder aangaven⁴, erkennen wij dat zorgkantoren keuzes moeten maken om de toenemende schaarste zo goed mogelijk te kunnen verdelen. Tegelijkertijd hebben de keuzes die gemaakt worden, gevolgen voor de invulling van de zorgplicht.

Het in continuïteit zorg thuis organiseren vraagt meer van zorgkantoren dan het organiseren van overbruggingszorg. Tot voor kort was zorg thuis vooral overbruggingszorg. Dat wil zeggen zorg die tijdelijk is en bedoeld om de periode dat een cliënt moest wachten op een plek in een verpleeghuis te overbruggen. Zorg thuis betekent dat deze zorg een gelijkwaardig alternatief moet zijn voor zorg in een verpleeghuis. Als NZa zien we deze ontwikkeling naar zorg thuis daarom als een belangrijke, ingrijpende transformatie in de zorg voor cliënten in de Wlz. Een transformatie die langzaam op gang komt, maar die zeker nog niet voltooid is. Een transformatie die van zorgkantoren vraagt om vanuit hun zorgplicht te zorgen dat zorg 'achter de voordeur' daadwerkelijk doelmatig en verantwoord is. Om zo te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip belanden. Dat is een uitdaging voor alle partijen in de langdurige zorg en vraagt daarom ook veel van zorgkantoren.

¹ Artikel 3.3.1 Wlz

² Artikel 3.3.2 Wlz

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

⁴ Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁵ Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Bovenstaande maakt dat wij onderzoek doen naar deze groep cliënten. Wij houden toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. Wij richten ons bij dit onderzoek op de manier waarop Wlz-uitvoerders hun zorgplicht nakomen. De zorgplicht houdt in dat zorgkantoren ervoor verantwoordelijk zijn dat hun verzekerden gedurende de looptijd van hun indicatie tijdige, passende en kwalitatief goede zorg krijgen, die doelmatig is. Wlz-uitvoerders hebben hun zorgplicht gemandateerd aan de zorgkantoren. We hebben het daarom in dit rapport over de zorgkantoren. Het doel van ons onderzoek is een oordeel vormen over de nakoming van deze zorgplicht. Hierbij hanteren wij de Beleidsregel normenkader Wlz-uitvoerder (TH/BR-032) (normenkader) als uitgangspunt. In dit onderzoek geven wij antwoord op de volgende onderzoeksvraag:

Voldoen zorgkantoren aan hun zorgplicht bij cliënten met een VV4-indicatie?

Cliënten met een VV4-indicatie hebben uiteenlopende zorgvragen. Voor allen geldt dat zij 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben als gevolg van hun psychogeriatrische en/of somatische klachten. Er bestaan daarnaast verschillen tussen cliënten ten aanzien van bijvoorbeeld de aanwezigheid van informele zorg en hun woonomgeving. Cliënten met een VV4-indicatie kunnen hun zorg thuis ontvangen middels een modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt), persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatie tussen mpt en pgb. Daarnaast kan deze zorg in een verpleeghuis worden geleverd.

Op basis van data zien wij dat cliënten met een VV4-indicatie hun zorg al langere tijd steeds meer thuis ontvangen. Hieruit blijkt dat de beweging naar Wlz-zorg thuis voor deze cliënten al was ingezet, alvorens deze in beleid werd verankerd.

Of voor alle VV4-cliënten aan de zorgplicht is voldaan, kunnen wij lastig vaststellen in de huidige transitiefase. We constateren dat cliënten met een VV4-indicatie, op het moment dat zij actief of urgent geplaatst moeten worden, in de meeste gevallen tijdig kunnen worden opgenomen. Wij zien dat zorgkantoren bezig zijn om voor VV4-cliënten invulling te geven aan de beweging naar 'meer en langer thuis'. Dat de uitwerking daarvan nog aandacht vergt en niet eenvoudig is, erkennen wij. Wij merken dat alle partijen in de Wlz voor dezelfde moeilijke opgave staan. Tegelijkertijd zien wij ook dat de zorgkantoren, door de verantwoordelijkheid die zij hebben in dit stelsel, verschillende zaken kunnen en moeten verbeteren. Wij concluderen daarbij dat zorgkantoren zich nog meer moeten realiseren dat de transitie naar zorg thuis meer van hen vraagt, dan wat ze doen. Dit besef zien we langzaam ontstaan door middel van pilots en experimenten, maar hierbij ontbreekt nog een duidelijke visie van de zorgkantoren over wat deze pilots en experimenten op moeten brengen. Voor cliënten die thuis zorg ontvangen, constateren wij dat zorgkantoren op dit moment concreter invulling moeten geven aan de randvoorwaarden en daarnaast beter moeten toetsen of cliënten zich thuis nog in een verantwoorde situatie bevinden. Hierbij kunnen zij, naast zelf taken anders uit te voeren, ook worden geholpen door de eerder gevraagde politieke keuzes en verduidelijking⁶.

Wij vatten onze conclusies en aanbevelingen samen aan de hand van de hoofddoelen van het normenkader. Hierbij hanteren wij de nummering, zoals deze ook in het normenkader wordt gebruikt. Doel B ziet toe op preventie en integrale zorg. Dat doel is geen onderdeel geweest van ons onderzoek en wordt daarom niet genoemd in de aanbevelingen hieronder. Gezien het aantal en de aard van de aanbevelingen, begrijpen wij dat zorgkantoren deze niet allemaal tegelijk op kunnen pakken. Wij vragen de zorgkantoren hierbij zelf die aanbevelingen te prioriteren, die hen het beste helpen in het nakomen van hun zorgplicht. Wij willen hierbij tevens benadrukken dat onze aanbevelingen vragen om een

⁶ Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

andere invulling van bestaande taken, in plaats van een uitbreiding daarvan. Het opvolgen van de aanbevelingen hoeft niet enkel in het licht van de cliënt met een VV4-indicatie te worden gezien. De genoemde normen zijn algemeen geformuleerd en zien toe op de zorgplicht voor alle cliënten.

Doel A: De Wlz-uitvoerder voorziet in de benodigde doelmatige en kwalitatief goede zorg

Dit doel staat centraal in hoofdstuk 4. De aanbevelingen en conclusies zijn als volgt:

- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij een genuanceerder en gedetailleerder beeld krijgen van de groep VV4-clients, zodat zij zorgaanbod en zorgvraag beter kunnen matchen. Het bestaande beeld moet worden aangevuld met de specifieke grondslag, de aanwezigheid van informele zorg en woonsituatie;
- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij het begrip 'tenzij' in hun beleid duidelijker uitwerken en daarbij rekening houden met regionale verschillen. Dit voorkomt dat zorgaanbieders het criterium verschillend invullen en dat vergelijkbare cliënten bij verschillende aanbieders, een andere behandeling krijgen. Wij zien onvoldoende terug of zorgkantoren achteraf toetsen of de toepassing van het 'tenzij'-criterium verantwoord en doelmatig is, terwijl we dit wel van hen verwachten;
- Wij verwachten dat zorgkantoren beter in kaart te brengen welke woonvormen nu het best passend zijn voor cliënten met een VV4-indicatie. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een stappenplan om cliënten van de huidige woonsituatie, via een geclusterde woonvorm, naar het verpleeghuis te laten gaan. Dit vraagt van zorgkantoren dat zij weten wanneer een cliënt op welke plek het best passend is. En waar deze plek dan aan moet voldoen. Wij zien dit als noodzakelijke voorwaarde om zorg thuis passend en doelmatig vorm te geven. Op het moment dat zorgkantoren niet precies weten hoe 'thuis' eruit zou moeten zien voor de cliënt, is het moeilijk om de zorg passend en doelmatig te organiseren;
- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij in hun beleid duidelijker beschrijven hoe zij de mantelzorger blijvend ondersteunen. En dit binnen hun huidige mogelijkheden, ook daadwerkelijk tot uitvoering brengen;
- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij inschatten in hoeverre pilots en experimenten op grotere schaal kunnen worden toegepast en op welke termijn, zodat zij hun zorginkoop hierop kunnen aanpassen;
- Wij verwachten dat zorgkantoren een duidelijke visie opstellen ten aanzien van zorg thuis en de huidige beweging meer gaan zien en behandelen als een transitieproces. Hierbij kunnen zij onderscheid maken in wat op dit moment mogelijk is, en wat zij na het aanpassen van de wettelijke kaders nog willen bereiken;
- Wij verwachten van zorgkantoren met een geformaliseerd 'thuis, tenzij'-beleid dat zij de effecten op de ontwikkeling van de zorgvraag van dit beleid beter in kaart brengen. Dit hoeft niet te leiden tot verwachtingen in exacte aantallen, maar wel tot cijfermatige inschattingen in hoeverre meer zorg thuis de druk op de intramurale zorg vermindert of de kwantitatieve kloof tussen zorgvraag en -aanbod in de VV (en specifiek voor VV4) verkleint.

Doel C: De cliënt kan een bewuste keuze maken tussen vormen van zorg in natura (zin) en persoonsgebonden budget (pgb) en tussen zorgaanbieders

Dit doel staat centraal in hoofdstuk 5. De aanbevelingen en conclusies zijn als volgt:

- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij de keuze van de cliënt beter vastleggen en de cliënt van meer en betere informatie voorzien om een bewuste keuze te maken. Daarnaast

verwachten wij van zorgkantoren dat zij cliënten de mogelijkheid bieden een keuze te maken ten aanzien van de voorkeursaanbieder thuis en de voorkeursaanbieder voor opname en deze registreren. Deze keuzemogelijkheid biedt zorgkantoren en zorgaanbieders ook mogelijkheden om beter samen te werken, omdat vooraf duidelijk is wat de voorkeur van de cliënt is. Het is hierbij belangrijk duidelijke afspraken te maken over wie nu primair verantwoordelijk voor de cliënt is op welk moment.

- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij op het juiste moment in het proces zichtbaar zijn voor de cliënt. Niet alle cliënten zijn op de hoogte van het beleid van zorgkantoren om de zorg voor Wlz-cliënten met een VV4-indicatie bij voorkeur thuis te organiseren. Ook als cliënten dat wel weten en hiervoor kiezen, vraagt de zorg thuis om meer keuzes rondom leveringsvorm en aanbieder. Juist nu zorgkantoren zelf ook nog niet helemaal helder hebben hoe zorg thuis zou moeten worden ingevuld, is het van belang dat zij cliënten zoveel mogelijk ondersteunen. Het is daarbij belangrijk dat de informatie aansluit op de dagelijkse praktijk, ook als deze schuurt met de wettelijke aanspraken. Dit kan bijvoorbeeld door informatie te verstrekken aan burgers of zorgaanbieders over wat het 'thuis, tenzij'-beleid inhoudt en hoe dit moet worden toegepast, zodat cliënten een weloverwogen keuze kunnen maken. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren of bijwonen van informatieavonden, of door duidelijkere afspraken met zorgaanbieders en het CIZ. Deze afspraken zouden moeten gaan over welke partij op welk moment de cliënt informeert, en welke informatie dan zou moeten worden verstrekt.
- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij de door hen voorgenomen verbeteringen in de communicatie, zoals het aanpassen van websites of het opstellen van brochures, implementeren.

Doel D: De cliënt krijgt gedurende de looptijd van zijn indicatie tijdig zorg

Dit doel staat centraal in hoofdstuk 6. De aanbevelingen en conclusies zijn als volgt:

- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij beter vaststellen of cliënten die thuis blijven wonen, tijdig passende zorg ontvangen. Ook verwachten wij van zorgkantoren dat zij vaststellen of de cliënten die wachten op een verhuizing naar een geclusterde woonzorgsetting, die stap daadwerkelijk kunnen zetten. Dit kan bijvoorbeeld door veelvuldiger telefonisch contact op te nemen met de cliënt.

Doel E: De cliënt krijgt gedurende de looptijd van zijn indicatie passende zorg

Dit doel staat centraal in hoofdstuk 6. De aanbevelingen en conclusies zijn als volgt.

- Wij verwachten van zorgkantoren dat zij meer zicht krijgen op de zorg achter de voordeur. Als zorg thuis een volwaardig alternatief voor het verpleeghuis moet zijn voor cliënten met een VV4-indicatie, volstaat het niet om te monitoren op klachten en signalen. Het is de plicht van het zorgkantoor om te borgen dat het resultaat van alle elementen van zorg en ondersteuning, zowel formeel als informeel, een passend geheel oplevert voor de cliënt. Juist omdat de invulling van zorg thuis meer maatwerk vraagt en een bezoek aan de locatie waar de cliënt de zorg ontvangt wellicht lastiger is. Wij begrijpen dat het niet haalbaar is om dit voor alle individuele cliënten te doen, maar wij verwachten hierbij minimaal een steekproefsgewijze controle. Hierbij is voldoende dekking van het totaal aantal cliënten belangrijk.

2 Inleiding

2.1 Aanleiding en doel onderzoek

Iedereen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) kan kiezen voor verschillende leveringsvormen, zowel thuis als in een instelling⁷. Voor zorg thuis geldt dat dit alleen mogelijk is, mits deze verantwoord en doelmatig kan worden geleverd⁸. Op basis van de wet is daarom zorg thuis een mogelijkheid onder voorwaarden voor de cliënt, terwijl zorg in een instelling altijd mogelijk is. De laatste jaren groeit de vraag naar een plek in een verpleeghuis harder dan het aanbod. Hierdoor is Wlz-zorg in een instelling ontvangen niet langer vanzelfsprekend. Cliënten blijven daarom steeds vaker en langer thuis, terwijl mogelijk niet altijd aan de voorwaarden kan worden voldaan.

Om de stijgende vraag naar verpleeghuiszorg het hoofd te kunnen bieden, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)⁹ gelanceerd. Dit programma hanteert de norm 'zelf als het kan; thuis als het kan; digitaal als het kan'. Zoals wij in ons samenvattend rapport Uitvoering Wlz 2022-2023¹⁰ signaleerden, is er een risico voor de effectieve toepassing van deze normen. Op basis van de huidige wet- en regelgeving moeten cliënten namelijk wel de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor intramurale zorg. Daarnaast hebben wij in juli 2023 de minister geadviseerd¹¹ om de Wlz aan te passen om er voor te zorgen dat de beperkte verblijfsplaatsen en het schaarse zorgpersoneel ingezet wordt voor de groep cliënten die dit het hardst nodig heeft. Deze oproep ziet toe op de inperking van keuzemogelijkheden voor cliënten, zorgaanbieders en zorginkopers in de Wlz. Hiermee moet de overheid duidelijkheid geven welke zorg, aan welke doelgroep in welke setting wel, of juist niet geleverd zou moeten worden.

De meeste zorgkantoren hebben in navolging van het WOZO-programma hun beleid aangepast. Voor cliënten met de laagste indicatie in de sector Verpleging & Verzorging (VV4) geldt inmiddels het uitgangspunt 'thuis, tenzij'. Dit houdt voor deze groep in dat hun zorg in principe thuis plaatsvindt, tenzij dit niet verantwoord en passend kan. Het doel van het 'thuis, tenzij'-beleid is om de schaarse verpleeghuiscapaciteit beschikbaar te houden voor de meest kwetsbare Wlz-cliënten.

Met deze beleidsaanpassing vertalen de zorgkantoren de groeiende spanning tussen keuzevrijheid en verdeling van schaarste. Zo wordt langzaam maar zeker steeds duidelijker dat een Wlz-indicatie in de praktijk geen directe toegang meer geeft tot het verpleeghuis. Zorgkantoren geven aan dat de aanpassing van hun zorginkoopbeleid in feite het bestendigen van de daadwerkelijke praktijk is. Deze cliënten blijven ook nu al vaker en langer thuis wonen en ontvangen hun Wlz-zorg dan ook in deze thuissituatie. In veel gevallen sluit dit ook aan bij de voorkeuren van de cliënt, maar soms ook niet.

Wij zien het verschil tussen de wettelijke aanspraken en de dagelijkse zorgpraktijk. Zoals wij ook eerder aangaven¹², erkennen wij dat zorgkantoren keuzes moeten maken om de toenemende schaarste zo

⁷ Artikel 3.3.1 Wlz

⁸ Artikel 3.3.2 Wlz

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen>

¹⁰ [Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹¹ [Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹² [Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

goed mogelijk te kunnen verdelen. Tegelijkertijd hebben de keuzes die gemaakt worden, gevolgen voor de invulling van de zorgplicht.

Dat ook in de Wlz cliënten steeds vaker zorg in hun thuissituatie ontvangen, is een fundamentele verandering. De beweging naar meer zorg thuis vraagt van het zorgkantoor meer dan alleen het leveren van overbruggingszorg. Overbruggingszorg is slechts passend wanneer het gaat over het tijdelijk volhouden van de situatie thuis, tot een plek in het verpleeghuis beschikbaar komt. De zorgkantoren beogen dat met hun ‘thuis, tenzij’-beleid deze cliënten hun Wlz-zorg in continuïteit thuis ontvangen. Deze zorg moet daarom, meer dan bij overbruggingszorg, een gelijkwaardig alternatief zijn voor zorg in een verpleeghuis¹³. Dit vraagt van zorgkantoren dat zij in beeld hebben hoe dit verantwoord en passend kan en dat zij de benodigde randvoorwaarden creëren. Wij zien het ‘thuis, tenzij’-beleid als een transformatie, waarbij het belangrijk is dat zorgkantoren een duidelijke visie hebben op de praktische uitvoering van dit beleid. Een transformatie die van zorgkantoren vraagt om vanuit hun zorgplicht te zorgen dat zorg ‘achter de voordeur’ daadwerkelijk tijdig en passend is. Om zo te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip belanden.

Zorgkantoren hebben eerder bij ons aangegeven dat het voor cliënten met een VV4-indicatie steeds lastiger wordt om tijdig passende zorg te organiseren¹⁴. Dergelijke signalen ontvangen wij ook uit andere bronnen, zoals een onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de kwaliteit van Wlz-zorg thuis voor ouderen¹⁵. Bovenstaande maakt dat wij onderzoek doen naar deze groep cliënten met een VV4-indicatie. Hierbij hanteren wij de volgende onderzoeksvraag:

Voldoen zorgkantoren aan hun zorgplicht bij cliënten met een VV4-indicatie?

2.1.1 Zorgplicht zorgkantoren en ons toezicht daarop

Op grond van artikel 16 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houden wij toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht voor hun verzekerden. Deze zorgplicht houdt in dat zij er verantwoordelijk voor zijn dat cliënten gedurende de looptijd van hun indicatie tijdige, passende en kwalitatief goede zorg krijgen, die doelmatig is¹⁶. De uitvoering van de zorgplicht is door de Wlz-uitvoerders gemandateerd aan de zorgkantoren. Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz in de aan hen toegewezen regio's. In het vervolg van dit rapport spreken wij daarom enkel over zorgkantoren.

2.2 Aanpak

Het doel van ons onderzoek is een oordeel vormen over de naleving van de zorgplicht door de zorgkantoren. Hierbij hanteren wij de Beleidsregel normenkader Wlz-uitvoerder (kenmerk TH/BR-032)¹⁷. De normen in deze beleidsregel beschrijven wat wij van Wlz-uitvoerders verwachten bij de naleving van hun zorgplicht. Bij de bepaling van de normen hebben wij de doelen van de Wlz als uitgangspunt genomen.

Wij hebben ons onderzoek uitgevoerd door middel van de volgende instrumenten:

¹³ Artikel 3.3.2 Wlz en artikel 3.3.6 Wlz

¹⁴ [Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2022-2023 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹⁵ [Kwaliteit langdurige zorg voor ouderen thuis nog vaak onder de maat | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igi.nl\)](#)

¹⁶ Hoofddoel zorgplicht in Beleidsregel normenkader Wlz-uitvoerders (TH/BR-032)

¹⁷ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/staatscourant/stcrt-2024-10072.html>

- onderzoek ter plaatse bij alle Wlz-uitvoerders met een zorgkantoorfunctie;
- verkennend gesprek bij diverse zorgaanbieders, verspreid over Nederland;
- data-analyse;
- bureauonderzoek. Hierbij zijn diverse bronnen geraadpleegd, waaronder het meest recente zorginkoopbeleid van de zorgkantoren, inclusief het Voorschrift Zorgtoewijzing, en eerdere onderzoeken door zowel de NZa als andere partijen. Ook hebben we de informatie uit het informatieverzoek, uitgevraagd bij zorgkantoren op 21 juli 2023, als bron gehanteerd.

Dit onderzoek heeft geresulteerd in dit openbare rapport. Daarnaast zullen wij de zorgkantoren voorzien van een individuele terugkoppeling, naar aanleiding van de bevindingen in ons onderzoek.

2.3 Leeswijzer

Dit rapport start met de samenvatting van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen voor zorgkantoren. Vervolgens beschrijven wij de cliënten met een VV4-indicatie. Dit doen wij zowel kwantitatief als kwalitatief. Bij deze beschrijving gaan wij ook nader in op de wijze waarop deze cliënten hun Wlz-indicatie verzilveren en de ontwikkeling hierin over de tijd. Vervolgens beschrijven wij, op basis van het normenkader, wat wij verwachten van zorgkantoren ten aanzien van de invulling van het 'thuis, tenzij'-beleid (hoofdstuk 4), het keuzeproces en zorgbemiddeling (hoofdstuk 5), de tijdigheid en in hoeverre de zorg passend is voor deze cliënten (hoofdstuk 6). Deze verwachtingen toetsen wij aan hetgeen wij gedurende ons onderzoek hebben geconstateerd. Indien de verwachtingen en constatering niet overeenkomen, geven wij aan welke verbeterpunten wij willen zien.

3 Cliëntgroep VV4

In dit hoofdstuk beschrijven we de cliëntgroep die in het onderzoek centraal staat, namelijk cliënten met een VV4-indicatie. Dit doen wij door middel van zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. Daarnaast beschrijven we ook van welke leveringsvormen zij gebruikmaken.

3.1 Kenmerken van cliënten met een VV4-indicatie

De Wlz kent zorgprofielen, die onder andere voor de sector Verpleging en Verzorging (VV) zijn ontwikkeld¹⁸. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft, afhankelijk van de zorgzwaarte, een indicatie af. Binnen de Wlz heeft iedere cliënt recht op 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht¹⁹ en daarmee recht op verblijf in een instelling²⁰.

Cliënten met een VV4-indicatie hebben uiteenlopende zorgvragen. Zij kunnen psychogeriatrisch en/of somatische klachten hebben. Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders geven aan dat cliënten met een VV4-indicatie met name hulp nodig hebben om de dag door te komen, bijvoorbeeld door middel van dagbesteding. Tegelijkertijd zijn deze cliënten nog goed in staat om eigen regie te voeren. Voor sommige cliënten gaat dit nog goed in hun huidige woonomgeving. Voor andere cliënten geldt dat een vorm van een geclusterde woonzorgomgeving beter bij hen past. Dit is mede afhankelijk van de aanwezigheid van een netwerk en de status en aanpasbaarheid van hun huidige woning.

Veel cliënten met een VV4-indicatie ontvangen, voordat zij een indicatie voor de Wlz hebben, zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Wmo is bedoeld voor burgers die ondersteuning nodig hebben, om voldoende zelfredzaam te kunnen zijn. Voor de Zvw geldt dat de geleverde zorg moet plaatsvinden in een geneeskundige context. Een belangrijk verschil tussen de Wlz en de Wmo/Zvw is dat binnen de Wlz de problematiek blijvend is en deze cliënt 24 uur per dag zorg in de nabijheid, of permanent toezicht nodig heeft. De grens tussen de zorg die benodigd is vanuit de Wlz en de Wmo/Zvw is in de praktijk niet altijd scherp. Sommige zorgaanbieders bieden bijvoorbeeld dezelfde dagbesteding aan voor cliënten met een VV4-indicatie, als voor cliënten vanuit de Wmo. Ook wijkverpleging vanuit de Zvw bevat elementen van zorg die binnen de Wlz geleverd worden.

Binnen de VV-sector is de indicatie VV4 de laagste indicatie voor nieuwe Wlz-cliënten. Cliënten met een VV5- of VV6-indicatie hebben een ernstiger ziektebeeld dan cliënten met een VV4-indicatie. Cliënten met een VV5-indicatie krijgen deze vanwege dusdanige psychogeriatrische klachten, dat zij intensieve zorg in een beschermde omgeving nodig hebben. Cliënten met een VV6-indicatie ontvangen deze zorg ook, maar dan vanwege somatische klachten. Wanneer het ziektebeeld van een cliënt met een VV4-indicatie verslechtert, kan diegene een herindicatie bij het CIZ aanvragen. Dit kan resulteren in een hogere indicatie, zoals bijvoorbeeld VV5 of VV6.

3.2 Kwantitatief beeld van groep VV4-cliënten

In tabel 1 is de ontwikkeling van het aantal cliënten met een VV4-indicatie ten opzichte van het totaal aantal cliënten met een VV-indicatie weergegeven. Wij zien hierbij dat het percentage cliënten met een VV4-indicatie ten opzichte van het totaal afneemt. De groep cliënten met een VV5- of VV6-indicatie

¹⁸ Zie bijlage A Rlz voor een toelichting op de verschillende zorgprofielen (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2023-03-29>)

¹⁹ Artikel 3.2.1 Wlz

²⁰ Artikel 3.3.1 Wlz

neemt toe. De NZa heeft in 2020²¹ onderzoek gedaan naar mogelijke oorzaken hiervan. Eén van die mogelijke oorzaken betrof een verschuiving in de indicatiestelling van VV4 naar VV5 en VV6 als gevolg van de tariefherijking voor VV4 in 2019. Als de druk op de intramurale capaciteit verder toeneemt, is het mogelijk dat ook cliënten met een VV5- en/of VV6-indicatie hun zorg thuis zullen moeten ontvangen. Deze verschuiving verdient daarom opnieuw nader onderzoek. Dat is geen onderdeel geweest van dit onderzoek.

Datum	VV4	Totaal VV	% VV4 cliënten
1-2-2021	33.155	170.366	19%
1-2-2022	33.364	179.653	19%
1-2-2023	32.429	187.660	17%
1-2-2024	28.926	194.233	15%

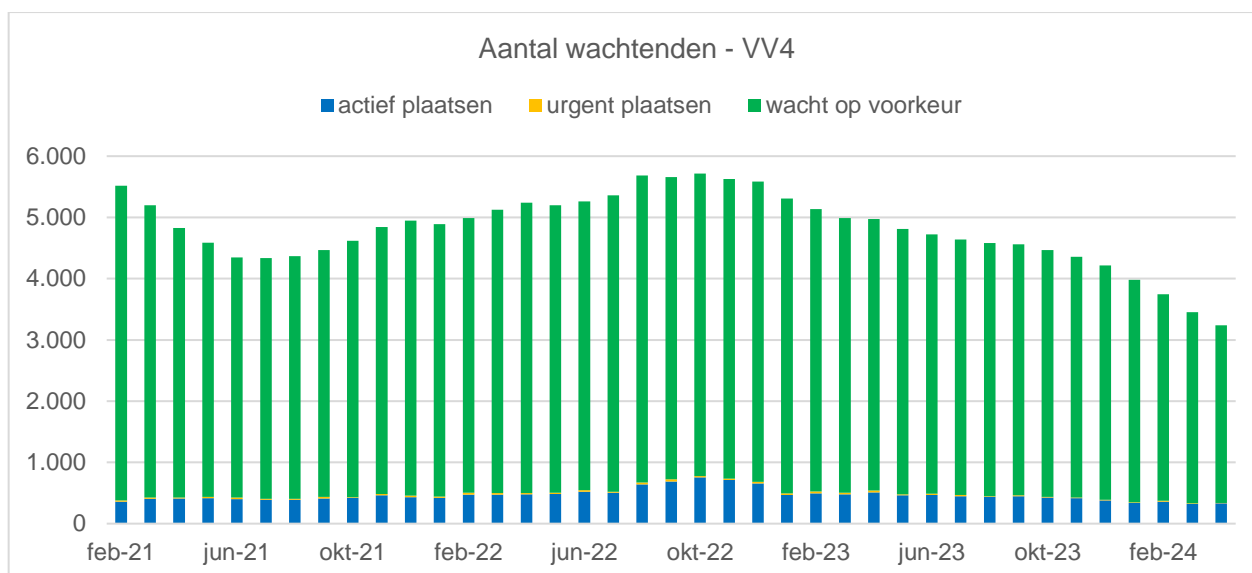
Tabel 1: Aantal cliënten met een VV4-indicatie ten opzichte van het totaal aantal cliënten met VV-indicatie (Bron: CIZ)

3.3 Wachtlijsten

Zorgkantoren meten de tijdigheid van zorg door de wachtlijsten te monitoren. Hierbij hanteren zij wachtstatussen²². Cliënten staan op een wachtlijst op het moment dat zij hebben aangegeven dat zij willen worden opgenomen in het verpleeghuis. Figuur 1 laat zien dat het aantal wachtenden met een VV4-indicatie daalt. Deze daling ligt in lijn met de algehele daling van het aantal cliënten met een VV4-indicatie. Het aantal cliënten met de status 'actief plaatsen' en 'urgent plaatsen' is redelijk stabiel. De grootste groep wachtenden betreft 'wacht op voorkeur'. Dat zijn cliënten die hebben aangegeven op dit moment nog niet te hoeven worden opgenomen, maar te wachten tot hun voorkeursaanbieder plek heeft.

²¹ Rapport Onderzoek (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

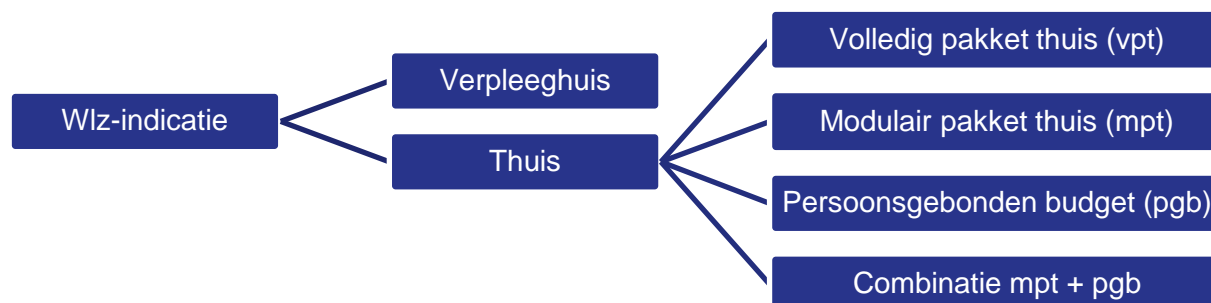
²² <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/Infographic-wachtstatussen-langdurige-zorg-voor-professionals.pdf>



Figuur 1: Aantal wachtenden met een VV4-indicatie (Bron: Zorginstituut Nederland)

3.4 Verzilpering VV4-indicatie

Cliënten met een VV4-indicatie kunnen bij de verzilpering van hun VV4-indicatie kiezen om dit te ontvangen middels zorg in natura (zin) of een persoonsgebonden budget (pgb). Zorg thuis kan worden geleverd middels een modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt), pgb of een combinatie van mpt en pgb. Daarnaast kan deze zorg in een verpleeghuis worden geleverd. 'Thuis' bij een vpt kan ook een geclusterde woonzorgvoorziening zijn²³. Figuur 2 geeft de mogelijkheden in leveringsvorm voor Wlz-cliënten schematisch weer.



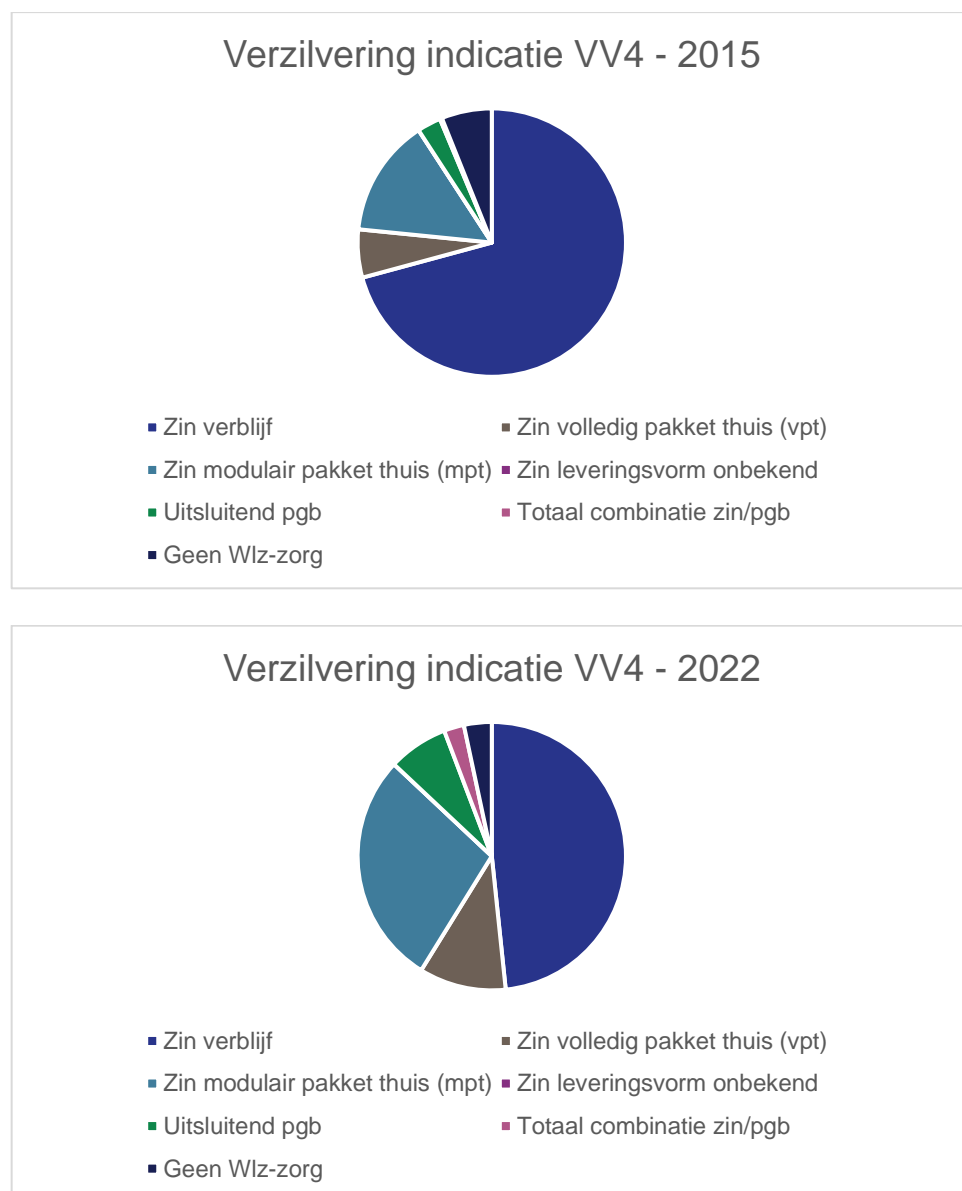
Figuur 2: Schematische weergave leveringsvormen Wlz (Bron: Nza)

Bij een mpt (al dan niet in combinatie met een pgb) is het mogelijk om de zorg door diverse zorgverleners in te zetten. Bij een vpt is er een zorgaanbieder die als hoofdaannemer fungeert, mogelijk met inzet van onderaannemers. In alle gevallen geven zowel zorgkantoren als zorgaanbieders aan dat de mantelzorg een cruciaal onderdeel is van de zorg thuis. Mantelzorgers zijn een belangrijke schakel om de zorg 24 uur in de nabijheid of permanent toezicht te kunnen organiseren.

In figuur 3 is de verzilpering van de indicatie door cliënten met een VV4-indicatie weergegeven. Wij constateren hierbij dat ongeveer de helft van de cliënten met een VV4-indicatie in 2022 de zorg thuis ontvangt. In 2015 was dit nog iets meer dan een kwart. Met name de zorg middels een mpt is sterk gestegen, van 14% in 2015 naar 28% in 2022. Hieruit concluderen wij dat de beweging naar Wlz-zorg

²³ <https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2023/07/25/handreiking-geclusterde-woonvormen>

thuis voor cliënten met een VV4-indicatie al was ingezet, nog voordat een programma als WOZO bestond en de beweging werd verankerd in het zorginkoopbeleid van de meeste zorgkantoren.



Figuur 3: Verzilvering indicatie door VV4-cliënten 2015 – 2022 (Bron: CBS Statline)

3.5 Conclusie

Het aantal cliënten met een VV4-indicatie daalt, zowel in absolute aantallen als ten opzichte van het geheel. Dit zien wij ook terug in het aantal wachtenden. Het merendeel van cliënten met een VV4-indicatie 'wacht op voorkeur'. Zij hebben aangegeven op dit moment nog niet hoeven te worden opgenomen, maar dat op termijn wel graag te willen. Steeds meer cliënten met een VV4-indicatie ontvangen hun zorg in de thuissituatie. Dit werpt de vraag op wat zorgkantoren doen om deze 'zorg thuis' ook daadwerkelijk een volwaardig alternatief voor verpleeghuiszorg te laten zijn. We gaan daarom in de volgende hoofdstukken in op de waarborgen die de zorgkantoren hebben ingebouwd, om de beschikbaarheid van passende zorg voor deze groep cliënten te waarborgen.

4 Invulling beleid ‘zorg thuis’

In dit hoofdstuk staat vooral doel A uit het normenkader centraal²⁴. Dat doel beschrijft onze verwachtingen ten aanzien van het voorzien in de benodigde doelmatige en kwalitatief goede zorg.

4.1 Meer gedetailleerd inzicht nodig in zorgvraag thuis

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij een analyse hebben gemaakt van de zorgvraag van haar cliënten²⁵. Wij constateren dat de zorgkantoren vooral een globaal beeld hebben ten aanzien van cliënten met een VV4-indicatie en met name kwantitatief. Zo hebben de zorgkantoren in beeld hoeveel cliënten met een VV4-indicatie er zijn in de regio, waar zij wonen en wat het verwachte aantal is voor de toekomst. Wij zien niet dat de verschillen tussen cliënten, zoals wij die schetsten in hoofdstuk 3, worden vertaald in specifieke behoeften voor de cliënten met een VV4-indicatie. Zo is niet inzichtelijk welk deel van de cliëntengroep een psychogeriatrische of somatische grondslag heeft, in hoeverre sprake is van informele zorg en de benodigde woonsituatie van deze cliënten. Zorgkantoren en zorgaanbieders geven echter wel aan dat dit kenmerken zijn van een cliënt, die bepalend zijn voor de specifieke zorgvraag.

Voor wat betreft de voorkeur van cliënten voor leveringsvormen geven zorgkantoren aan dat cliënten met een VV4-indicatie deze zorg veelal thuis willen ontvangen. We zien niet dat zorgkantoren voldoende inzichtelijk hebben voor welk deel van hun cliënten dit daadwerkelijk geldt en welke specifieke wensen en behoeften cliënten hebben als het gaat om zorg thuis. Dat maakt het voor zorgkantoren moeilijk om vast te stellen in hoeverre de beschikbaarheid van het zorgaanbod aansluit op deze behoeften.

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij een gedetailleerder beeld krijgen van de groep VV4-clieñten, zodat zij zorgaanbod en zorgvraag beter kunnen matchen. Het bestaande beeld moet worden aangevuld met de specifieke grondslag, de aanwezigheid van informele zorg en huidige en gewenste woonsituatie.

4.2 Invulling beleid van zorgkantoren nog niet duidelijk genoeg

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij een vastgelegd beleid hebben, met concrete en onderbouwde doelen²⁶. Op dit moment vindt de zorg voor VV4-clieñten thuis plaats, tenzij dit niet doelmatig en verantwoord is. In deze paragraaf gaan wij in op de invulling die zorgkantoren geven aan de definitie ‘thuis’ en het ‘tenzij’-criterium. Dit criterium bepaalt wanneer zorg thuis niet doelmatig en verantwoord is en wanneer de cliënt zou moeten worden opgenomen. Wij gaan in deze paragraaf allereerst in op dit ‘tenzij’-criterium, waarna wij vervolgen met het begrip ‘thuis’.

²⁴ Doel A De Wlz-uitvoerder voorziet in de benodigde doelmatige en kwalitatief goede zorg.

²⁵ Doel A.1.iv De Wlz-uitvoerder heeft voor de verwachte zorgbehoefte een analyse gemaakt van de zorgvraag, met het oog op de te verwachten aantallen cliënten en indicaties, de gewenste kwaliteit van zorg, het waarborgen van zorg binnen een redelijke termijn en redelijke afstand. De Wlz-uitvoerder gaat bij zijn analyse van de zorgbehoefte ook in op de voorkeuren van de verzekerden in de regio en realiseert dit in zijn zorginkoop.

²⁶ DoelA.2.i De Wlz-uitvoerder heeft een vastgelegd beleid met concrete en onderbouwde doelen, activiteiten en middelen om te komen tot een doelmatige, passende en kwalitatief goede zorgverlening.

4.2.1 Richtlijnen toepassing ‘tenzij’-criterium onvoldoende helder

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij een vastgelegd beleid hebben, met concrete en onderbouwde doelen om te komen tot een doelmatige, passende en kwalitatief goede zorgverlening²⁷. Zorgkantoren hanteren als voorwaarden voor toepassing van het ‘tenzij’-criterium dat de zorg thuis ‘veilig, verantwoord en doelmatig’ moet zijn. Op basis van onze gesprekken met zorgkantoren blijkt dat de aanwezigheid van informele zorg, gedrag van cliënten zoals agressie of weglopen, en hoeveelheid zorg thuis mede bepalen of het criterium van toepassing is. Ook speelt de wens van de cliënt hierbij een belangrijke rol.

Zorgkantoren geven zorgaanbieders voornoemde richtlijnen mee, maar schrijven die niet hard voor. Zorgkantoren geven aan dat dit een bewuste keuze is, omdat zij ervan uitgaan dat zorgaanbieders zelf goed kunnen beoordelen of het ‘tenzij’-criterium van toepassing is. Zorgaanbieders geven echter aan dat zij behoefte hebben aan meer houvast bij het toepassen van het ‘tenzij’-criterium. Wij zien nu dat zorgaanbieders de toets op het ‘tenzij’-criterium verschillend invullen, ook deels afhankelijk van hun eigen capaciteit. Zo hebben wij van enkele zorgaanbieders vernomen dat zij op momenten te maken hebben met overcapaciteit, waardoor zelfs leegstand voor deze aanbieders dreigt. Zij geven aan dat zij een cliënt met een VV4-indicatie zelfs actief benaderen als zij ruimte hebben. Voor andere aanbieders geldt dit niet, voor hen is het vaker lastig om een dergelijke cliënt op te nemen.

Wij zien dat zorgkantoren verschillend omgaan met hoe strikt zij het ‘thuis, tenzij’-beleid toepassen. Enkele zorgkantoren informeren zorgaanbieders dat cliënten echt alleen in uitzonderingsgevallen kunnen worden opgenomen in een verpleeghuis. Andere zorgkantoren laten meer ruimte aan zorgaanbieders om cliënten met een VV4-indicatie op te nemen. Dit verschil wordt veroorzaakt door de totale capaciteit in de regio. De al dan niet strikte toepassing van het beleid zorgt voor onduidelijkheid bij zowel zorgaanbieders als cliënten. Ook zien wij een risico op willekeur ten aanzien van de opname van cliënten met een VV4-indicatie.

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij het begrip ‘tenzij’ in hun beleid duidelijker uitwerken en daarbij rekening houden met regionale verschillen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een afwegingskader, zoals dat ook door Zorginstituut Nederland is benoemd²⁸. Dit voorkomt dat zorgaanbieders het criterium verschillend invullen en dat vergelijkbare cliënten bij verschillende aanbieders, een andere behandeling krijgen. Wij zien onvoldoende terug of zorgkantoren achteraf toetsen of de toepassing van het ‘tenzij’-criterium verantwoord en doelmatig is, terwijl we dit wel van hen verwachten²⁹. Hierbij willen we benadrukken dat een toets achteraf minder noodzakelijk is, als de kaders vooraf helder zijn.

4.2.2 Definitie ‘thuis’ verdient verdere aanscherping

Zoals ook eerder aangegeven, verwachten wij van zorgkantoren dat zij een vastgelegd beleid hebben, met concrete en onderbouwde doelen om te komen tot een doelmatige, passende en kwalitatief goede zorgverlening³⁰. Eén van de uitgangspunten van het WOZO-programma en in het inkoopbeleid van de meeste zorgkantoren is ‘thuis als het kan’ of ‘thuis, tenzij’. In ons eerdere advies over ‘Scheiden wonen en zorg’³¹ gaven wij daarbij echter al aan dat de definitie van ‘thuis’ onduidelijk is. Het kan hierbij gaan

²⁷ Doel A.2.i De Wlz-uitvoerder heeft een vastgelegd beleid met concrete en onderbouwde doelen, activiteiten en middelen om te komen tot een doelmatige, passende en kwalitatief goede zorgverlening.

²⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/05/16/verduidelijken-toegang-tot-integrale-verpleeghuiszorg>

²⁹ Doel A.4.i De Wlz-uitvoerder controleert actief de uitvoering van de gemaakte afspraken, zoals benoemd bij doel A.1 en A.2, met de zorgaanbieders en relevante ketenpartijen. Waar nodig, neemt de Wlz-uitvoerder passende maatregelen.

³⁰ Doel A.2.i De Wlz-uitvoerder heeft een vastgelegd beleid met concrete en onderbouwde doelen, activiteiten en middelen om te komen tot een doelmatige, passende en kwalitatief goede zorgverlening.

³¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_744930_22/1/

om de huidige woonsetting of een geclusterde woonvorm. Binnen de geclusterde woonvormen zijn ook diverse mogelijkheden te onderscheiden.

Of, en in hoeverre, zorg thuis passend en doelmatig kan plaatsvinden, is afhankelijk van de woon(omgeving) van de cliënt. Op dit moment weten zorgkantoren onvoldoende voor welke cliënten welk type woonvorm passend is. De meeste zorgkantoren richten hun beleid op het vergroten van de mogelijkheden voor zorg op alle varianten van 'thuis'. Eén zorgkantoor legt de focus meer bewust op geclusterde woonvormen in de nabijheid van een verpleeghuis. Wij zien ook verschillen tussen zorgkantoren in hoeverre zij hier actief mee bezig zijn.

Veel zorgkantoren werken samen met gemeenten in hun regio bij het opstellen van de woonzorgvisie³². Hierin beschrijven gemeenten hoe zij voldoende en geschikte huisvesting voor aandachtsgroepen en ouderen gaan realiseren. Om vast te stellen welk type huisvesting voor ouderen geschikt is, is het belangrijk dat zorgkantoren hun kennis hierover delen met gemeenten. Wij onderschrijven daarom de huidige werkwijze en willen zorgkantoren stimuleren hierbij aangehaakt te blijven.

Wij verwachten dat zorgkantoren beter in kaart te brengen welke woonvormen het best passend zijn voor cliënten met een VV4-indicatie. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een stappenplan om cliënten van de huidige woonsituatie, via een geclusterde woonvorm, naar het verpleeghuis te laten gaan. Dit vraagt van zorgkantoren dat zij weten wanneer voor een cliënt welke plek het best passend is. En waar deze plek dan aan moet voldoen. Wij zien dit als noodzakelijke voorwaarde om zorg thuis passend en doelmatig vorm te geven. Op het moment dat zorgkantoren niet precies weten hoe 'thuis' eruit zou moeten zien voor de cliënt, is het moeilijk om de zorg passend en doelmatig te organiseren. Hierbij is samenwerking met de gemeente belangrijk.

4.2.3 Aandacht voor mantelzorg niet verankerd in beleid

Alle zorgkantoren geven aan dat zorg, zeker als de zorg thuis wordt geleverd, vaak voor een deel bestaat uit zorg en ondersteuning die geboden wordt door informele zorgverleners, zoals mantelzorgers. Ook deze informele zorg is onderdeel van de zorgplicht van zorgkantoren, in die zin dat zij deze moeten meewegen in de bepaling dat de cliënt in totaliteit een passend geheel aan zorg ontvangt.

Wij zien dat zorgkantoren zeker aandacht hebben voor de rol van de mantelzorger, maar zien dit niet terug in duidelijk beleid om de mantelzorger in staat te blijven stellen om zijn of haar rol te kunnen vervullen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van logeerszorg of andere wijzen van (tijdelijke) mantelzorgondersteuning. Zorgkantoren geven hierbij aan dat zij diverse belemmeringen constateren, onder andere in de financiering. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij in hun beleid duidelijker beschrijven hoe zij de mantelzorger blijvend ondersteunen. En dit binnen de huidige mogelijkheden, ook daadwerkelijk tot uitvoering brengen.

4.3 Visie rondom zorg thuis nog in ontwikkeling

Wij verwachten van zorgkantoren dat ook voor de langere termijn aan de zorgbehoefte kan worden voldaan³³. In het geval van de zorg thuis vraagt dit om een duidelijke visie. Op basis van ons onderzoek hebben wij deze visies niet geconstateerd. Wij missen hierbij het eigenaarschap dat passend is voor de

³² <https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2024/03/08/handreiking-wonen-en-zorg-in-het-volkshuisvestingsprogramma>

³³ Doel A.1.ii De Wlz-uitvoerder zorgt ervoor dat ook voor de langere termijn aan de zorgbehoefte kan worden voldaan.

huidige transitie. In deze visie kunnen zorgkantoren onderscheid maken tussen wat op dit moment mogelijk is, en wat zij nog meer willen doen op het moment dat de wettelijke kaders zijn aangepast.

We zien wel alle zorgkantoren in meer of mindere mate deelnemen aan pilots en experimenten om de zorg thuis steeds beter te organiseren. Bijvoorbeeld rondom toepassing van technologische mogelijkheden in zowel de zorg als in de woning van de cliënt, de beste invulling van het vpt en de geschiktheid van verschillende soorten geclusterde woonvormen. We zien dat dit vaak in de onderzoeksfase gebeurt en alleen op kleine schaal wordt toegepast. Deze pilots zijn vooral gericht op toekomstige cliënten en helpen de huidige groep cliënten niet direct. Ook zien wij dat zorgaanbieders hierin met name het initiatief nemen, en dat zorgkantoren aansluiten.

Wij zien bij een deel van de zorgkantoren inmiddels wel meer besef dat sturing, regie en monitoring nodig is in de transitie naar zorg thuis. Eén zorgkantoor is daarom begonnen met een pilot om bij binnenkomst cliënten met een VV4-indicatie meer informatie te verstrekken over de invulling van de zorg thuis. Hiermee willen zij de cliënt beter ondersteunen bij het maken van hun keuze. Daarnaast wil dit zorgkantoor deze cliëntgroep tijdens de duur van de pilot ook extra monitoren, om te volgen hoe de zorg thuis verloopt om zo nodig bij te kunnen sturen. Eén zorgkantoor heeft niet als beleid om de toegang tot intramurale capaciteit actief te willen beperken voor cliënten met een VV4-indicatie. Wel ziet ook dit zorgkantoor de noodzaak om te werken aan oplossingen voor de toenemende zorgkloof, onder andere door de mogelijkheden voor zorg thuis te vergroten, en is hier ook gericht mee bezig. Dit zorgkantoor zet daarnaast ook in op behoud, of zo nodig uitbreiding, van intramurale capaciteit.

Wij onderschrijven het enthousiasme waarmee zorgkantoren deelnemen aan pilots en experimenten. Deze pilots en experimenten kunnen bijdragen aan het passend organiseren van zorg thuis. Wel verwachten wij van zorgkantoren dat zij inschatten in hoeverre deze pilots en experimenten op grotere schaal kunnen worden toegepast en op welke termijn, zodat zij hun zorginkoop hierop kunnen aanpassen. Ook verwachten wij dat zorgkantoren een duidelijke visie opstellen ten aanzien van zorg thuis en de huidige beweging meer gaan zien en behandelen als een transitieproces.

4.4 Effecten van ‘thuis, tenzij’-beleid onvoldoende helder

Wij verwachten dat de zorgkantoren toetsen of de uitkomsten van de totale zorginkoop op zowel de korte als de langere termijn voldoen aan de zorgvraag³⁴. Zorgkantoren geven aan dat zij een groeiende kloof tussen zorgvraag en -aanbod zien en dat deze in de toekomst steeds groter zal worden.

Het primaire doel van het ‘thuis, tenzij’-beleid is de beperkte verpleeghuiscapaciteit beschikbaar te houden voor de meest kwetsbare Wlz-cliënten. Door cliënten met een VV4-indicatie in eerste instantie Wlz-zorg thuis te bieden, is de bedoeling dat de druk op de beperkte capaciteit minder snel zal toenemen of stabiliseert. Hoeveel cliënten met een VV4-indicatie daadwerkelijk niet worden opgenomen in een verpleeghuis, is onduidelijk. Zorgkantoren geven aan dat zij verwachten dat het ‘thuis, tenzij’-beleid een onvoldoende oplossing zal bieden om de groeiende zorgkloof op te lossen. Hiervoor is meer nodig, zoals het bouwen van meer (zorg)woningen voor ouderen en meer technologische innovaties. Om beter in te kunnen schatten wat precies nodig is, verwachten wij van zorgkantoren die een ‘thuis, tenzij’-beleid voeren, dat zij de effecten op de ontwikkeling van de zorgvraag beter in kaart brengen. Dit hoeft niet te leiden tot verwachtingen in exacte aantallen, maar wel tot cijfermatige inschattingen in

³⁴ Doel A.1.ix De Wlz-uitvoerder toetst of de uitkomsten van de totale zorginkoop op zowel de korte als de langere termijn voldoen aan de zorgbehoefte. De uitkomsten van deze toets vertaalt de Wlz-uitvoerder in zijn zorginkoopbeleid en daarop gebaseerde contractuele (vervolg)afspraken met zorgaanbieders.

hoeverre meer zorg thuis de druk op de intramurale zorg vermindert of de kwantitatieve kloof tussen zorgvraag en -aanbod in de VV-sector (en specifiek voor VV4) verkleind wordt. Zorgkantoren geven aan dat dit inzichtelijk kan worden gemaakt door de groei van de zorg thuis te vergelijken met de daling van de wachtlijsten. Wij vragen van zorgkantoren om dit inzicht daadwerkelijk te bieden.

4.5 Conclusies

Als we kijken naar de hoeveelheid pilots en experimenten voor zorg thuis, en hoe enthousiast zorgkantoren daar vaak bij betrokken zijn, ontstaat de indruk dat zorgkantoren zorg thuis al zien als een grote transitie. Die indruk krijgen we veel minder als we kijken naar de uitwerking van het huidige beleid van zorgkantoren en de impact daarvan op de huidige groep cliënten met een VV4-indicatie. Wij zien geen duidelijke visie waarmee zorgkantoren laten zien waar zij nu staan, waar ze heen willen en wat nodig is om daar te komen. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij hun beleid verduidelijken en duidelijker aangeven hoe zij zorg thuis vorm willen geven.

5 Aanpassing keuzeproces aan ‘thuis, tenzij’-beleid

In dit hoofdstuk staat doel C uit het normenkader centraal³⁵. Dat doel gaat in op de bewuste keuze die de cliënt moet kunnen maken in leveringsvormen en zorgaanbieders. Wij beginnen dit hoofdstuk met een toelichting op de rol van het zorgkantoor bij de verschillende keuzen van cliënten in de Wlz. Daarna beschrijven wij onze constatering ten aanzien van de informatievoorziening.

5.1 Onduidelijk of cliënt bewust kiest voor thuis

Wij verwachten dat zorgkantoren ervoor zorgen dat de cliënt zijn zorg kan ontvangen in de leveringsvorm van zijn voorkeur³⁶. Daarnaast verwachten wij van zorgkantoren dat zij aan cliënten toelicht welke mogelijkheden onder welke voorwaarden openstaan³⁷.

De keuze van een cliënt voor een bepaalde leveringsvorm of zorgaanbieder gebeurt echter veelal voorafgaand aan de daadwerkelijke Wlz-indicatie. Cliënten spreken hierover met hun huidige zorgaanbieder(s), familie en overige bekenden. Volgens zorgaanbieders richten cliënten zich bij het maken van een keuze van een zorgaanbieder vooral op waar diegene uiteindelijk wil worden opgenomen of naartoe wil verhuizen. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich hierbij met name richten op de manier waarop zij Wlz-zorg inrichten³⁸. De keuze voor leveringsvorm lijkt daarbij ondergeschikt, terwijl deze keuze ook rechten en plichten met zich meebrengt.

Bij de aanvraag voor een Wlz-indicatie kan de cliënt een aanbieder als voorkeursaanbieder opgeven. In veel gevallen gebeurt dit ook. Deze voorkeursaanbieder wordt vervolgens dossierhouder volgens het Voorschrift Zorgtoewijzing voor die cliënt. Volgens datzelfde voorschrift is die aanbieder in eerste instantie verantwoordelijk voor de bemiddeling en het monitoren van de cliënt. Ook is deze aanbieder aan zet om de noodzakelijke en passende zorg te organiseren, ook als die aanbieder mogelijk niet de meest passende aanbieder is voor die cliënt op dat moment. Daarmee plaatst het Voorschrift Zorgtoewijzing het zorgkantoor op de achtergrond. Toch blijft het zorgkantoor op basis van haar zorgplicht altijd eindverantwoordelijk.

Doordat cliënten voornamelijk lijken te kiezen voor een opname op termijn, roept dit de vraag op of zij nu bewust kiezen voor zorg thuis. Zorgkantoren zouden hierbij meer en beter moeten informeren over de mogelijkheden en voorwaarden van zorg thuis, zodat de cliënt op basis hiervan een weloverwogen keuze kan maken. Nu de cliënt slechts één voorkeursaanbieder op kan geven, kiest hij of zij daarbij veelal voor de aanbieder waar hij of zij op termijn wil worden opgenomen. In feite is daarmee het keuzeproces nog niet aangepast aan het huidige ‘thuis, tenzij’-beleid. Zorgkantoren monitoren hun wachtlijsten namelijk op basis van de wachtlijst bij de voorkeursaanbieder. Ook hoeft de voorkeursaanbieder niet per definitie de aanbieder te zijn, die ook de zorg thuis het best kan organiseren.

³⁵ Doel C De cliënt kan een bewuste keuze maken tussen vormen van ZIN en pgb en tussen zorgaanbieders

³⁶ Doel C.1.i De Wlz-uitvoerder zorgt ervoor dat de cliënt zijn recht op zorg tot gelding kan brengen in de leveringsvorm van zijn voorkeur, als wordt voldaan aan de randvoorwaarde dat de zorg doelmatig en passend kan worden geleverd

³⁷ Doel C.1.ii De Wlz-uitvoerder stelt de cliënt in de gelegenheid te kiezen tussen alle geschikte gecontracteerde zorgaanbieders, die hem op aanvaardbare termijn de zorg kunnen verlenen, passend bij de zorgbehoefte van de cliënt. De Wlz-uitvoerder licht toe welke mogelijkheden onder welke voorwaarden voor de cliënt open staan.

³⁸ Kwaliteit langdurige zorg voor ouderen thuis nog vaak onder de maat | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

Doordat zorgkantoren op dit moment geen inzicht hebben in het aantal cliënten dat bewust kiest voor zorg thuis, is onduidelijk in hoeverre sprake is van overbruggingszorg of zorg thuis als volwaardig alternatief voor verpleeghuiszorg. Wij verwachten daarom van zorgkantoren dat zij de keuze van de cliënt beter vastleggen en de cliënt van meer en betere informatie voorzien om een bewuste keuze te maken. Daarnaast verwachten wij van zorgkantoren dat zij cliënten de mogelijkheid bieden een keuze te maken ten aanzien van de voorkeursaanbieder thuis en de voorkeursaanbieder voor opname en deze duidelijk te registreren. Deze keuzemogelijkheid biedt zorgkantoren en zorgaanbieders ook mogelijkheden om beter samen te werken, omdat vooraf duidelijk is wat de voorkeur van de cliënt is. Het is hierbij belangrijk duidelijke afspraken te maken over wie nu primair verantwoordelijk voor de cliënt is op welk moment.

5.2 Actievere rol in informatievoorziening nodig

Zoals eerder aangegeven, verwachten wij van zorgkantoren dat zij aan cliënten toelichten welke mogelijkheden onder welke voorwaarden openstaan³⁹. Zorgkantoren geven daarbij aan dat zij soms (te) laat worden betrokken in het keuzeproces. Meestal komen zij pas in beeld na de daadwerkelijke indicatiestelling. Zorgkantoren sturen hun nieuwe cliënten informatie over de mogelijkheden in de Wlz. Maar cliënten hebben op dat moment vaak hun keuzes al gemaakt.

Zorgkantoren verschillen in hun standpunt over wanneer zij een cliënt moet informeren over de keuzes die cliënten moeten maken. Sommige zorgkantoren nemen bewust pas enkele weken na de indicatiestelling contact op, om de cliënt wat ruimte te geven in de hoeveelheid informatie en keuzes die op hem/haar afkomen tijdens de overgang naar de Wlz. Andere zorgkantoren geven aan juist eerder in het proces de cliënt te willen informeren, om hem/haar beter te kunnen ondersteunen in de hoeveelheid keuzes die gemaakt moeten worden.

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij op het juiste moment in het proces zichtbaar zijn voor de cliënt. Niet alle cliënten zijn op de hoogte van het beleid van zorgkantoren om de zorg voor Wlz-clieënten met een VV4-indicatie bij voorkeur thuis te organiseren. Ook als cliënten dat wel weten en hiervoor kiezen, vraagt de zorg thuis om meer keuzes rondom leveringsvorm en aanbieder. Juist nu zorgkantoren zelf ook nog niet helemaal helder hebben hoe zorg thuis zou moeten worden ingevuld, is het van belang dat zij cliënten zoveel mogelijk ondersteunen. Het is daarbij belangrijk dat de informatie aansluit op de dagelijkse praktijk, ook als deze schuurt met de wettelijke aanspraken. Dit kan bijvoorbeeld door informatie te verstrekken aan burgers of zorgaanbieders over wat het 'thuis, tenzij'-beleid inhoudt en hoe dit moet worden toegepast, zodat cliënten een weloverwogen keuze kunnen maken. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren of bijwonen van informatieavonden, of door duidelijkere afspraken met zorgaanbieders en het CIZ. Deze afspraken zouden moeten gaan over welke partij op welk moment de cliënt informeert, en welke informatie dan zou moeten worden verstrekt.

5.3 Informatievoorziening over zorg thuis is te versnipperd

Zorgkantoren moeten de benodigde informatie op adequate wijze beschikbaar maken⁴⁰. Voor cliënten met een VV4-indicatie, voor wie de zorg thuis georganiseerd moet worden, is de informatievoorziening over wat de cliënt kan en mag verwachten van groot belang. Zorg thuis vraagt meer regie en keuzes

³⁹ Doel C.1.ii De Wlz-uitvoerder stelt de cliënt in de gelegenheid te kiezen tussen alle geschikte gecontracteerde zorgaanbieders, die hem op aanvaardbare termijn de zorg kunnen verlenen, passend bij de zorgbehoefte van de cliënt. De Wlz-uitvoerder licht toe welke mogelijkheden onder welke voorwaarden voor de cliënt open staan.

⁴⁰ Doel C.3 Benodigde informatie is op adequate wijze beschikbaar gemaakt

vanuit de cliënt, bijvoorbeeld ten aanzien van de keuze voor de hoeveelheid zorg. Wij constateren dat cliënten op dit moment vooral met zorgaanbieders – en dus niet of nauwelijks met zorgkantoren – het gesprek voeren over wat zij aan zorg nodig hebben en welke keuzes zij daarin kunnen en moeten maken.

Zorgkantoren geven aan dat de informatie over ‘thuis, tenzij’ door alle partijen duidelijk gecommuniceerd moet worden. Hierbij doelen zij op het ministerie van VWS, maar ook het CIZ en de zorgaanbieders. Dit zou hen heel erg helpen in de informatievoorziening richting de cliënt. Zorgaanbieders geven aan dat de informatie over ‘thuis, tenzij’ inconsistent is. Zo geven zij aan dat het zorgkantoor aan de ene kant het ‘thuis, tenzij’-beleid hanteert, maar aan de andere kant cliënten telefonisch informeert dat een VV4-indicatie direct toegang geeft tot het verpleeghuis. Wij begrijpen van zorgkantoren dat zij werken aan verbeteringen, door middel van het aanpassen van de websites of het opstellen van brochures. Wij verwachten dat zij de door hen voorgenomen verbeteringen implementeren.

5.4 Conclusies

Cliënten lijken hun keuze voor leveringsvorm en aanbieder op dit moment vooral te baseren op de voorkeurslocatie voor opname op termijn. Hierbij baseren zij zich met name op informatie vanuit hun huidige zorgaanbieder(s), familie en overige bekenden. Als het gaat om de informatievoorziening ten bate van het keuzeproces van de cliënt nemen zorgkantoren veelal een te afwachtende houding aan, waardoor cliënten mogelijk niet tijdig, onvolledig en/of onjuist geïnformeerd worden. Zowel wat betreft het moment waarop het zorgkantoor bij de cliënt in beeld komt, als wat betreft de informatie die door het zorgkantoor wordt verstrekt. Doordat cliënten op de wachtlijst staan voor opname en veel cliënten aangeven dit op termijn ook te willen, ontstaat er op dit moment onduidelijkheid of cliënten een bewuste keuze maken om de zorg thuis te ontvangen. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij beter in beeld brengen voor welk deel van de cliënten dit geldt en nadrukkelijker naar voren stappen bij het verstrekken van tijdige, volledige en juiste informatie die de cliënt kan helpen bij het kiezen van voor hem/haar passende zorg.

6 Tijdigheid en passende zorg

In dit hoofdstuk staan met name doelen D en E uit het normenkader centraal^{41,42}. Die doelen gaan in op de vraag of de cliënt gedurende de looptijd tijdig, passende zorg ontvangt. Dit hoofdstuk gaat eerst in op de tijdigheid van zorg en sluit af met een analyse of de zorg passend is.

6.1 Onvoldoende gegevens over tijdigheid zorg thuis

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij waarborgen dat cliënten binnen de aanvaardbare wachttijd de benodigde zorg ontvangen⁴³. Voor het analyseren of cliënten met een VV4-indicatie tijdig zorg ontvangen, hanteren wij de volgende situaties:

1. Cliënt wil thuis blijven wonen

Het wachtlijdsbeheer is niet ingericht om te toetsen of cliënten die thuis willen blijven wonen, tijdig zorg ontvangen. Voor cliënten die wel op een wachtlijst staan om op termijn opgenomen te worden, geldt dat de voorkeursaanbieder als dossierhouder hier zicht op heeft. Voor cliënten die niet op de wachtlijst staan voor opname, is onduidelijk of zij tijdig zorg ontvangen. Zorgkantoren geven aan dat zij geen signalen ontvangen dat dit niet gebeurt.

2. Cliënt wil naar een geclusterde woonzorgsetting verhuizen

Bij het 'wachten uit voorzorg' en 'wachten op voorkeur' kan een cliënt aangeven dat hij of zij graag wil worden opgenomen in een geclusterde woonvorm. Wij zien dat de groep die hierop wacht groeit. Zorgkantoren geven bij ons aan dat zij niet actief sturen op de groep 'wachten uit voorzorg' en 'wachten op voorkeur'. Dit betekent dat het zorgkantoor slechts beperkt bemiddelt bij cliënten met deze wachtstatus en dus ook niet actief bijhoudt of cliënten door kunnen stromen naar hun gewenste woonvorm. Zorgkantoren hebben gemiddeld ongeveer een keer per jaar contact met deze cliënten. Pas bij overschrijding van de aanvaardbare wachttijden wordt vaker contact opgenomen. Zorgkantoren monitoren de aanvaardbare wachttijden periodiek. Iets minder dan 20% van de cliënten die wachten op voorkeur wacht langer dan een jaar⁴⁴. Zorgkantoren geven aan dat deze cliënten worden gebeld, maar dat deze cliënten zelf aangeven dat het thuis nog steeds passend en verantwoord is.

3. Cliënt wil naar een verpleeghuis

Zorgkantoren geven aan dat cliënten die 'wachten op voorkeur' in principe niet worden opgenomen in het verpleeghuis. Op het moment dat de wachtstatus wijzigt naar 'actief plaatsen' of 'urgent plaatsen', monitoren zij of de wachttijd de aanvaardbare norm niet overschrijdt. Op dit moment maken zij geen onderscheid in indicatie voor deze wachtstatussen en krijgen deze cliënten evenveel voorrang. Zorgkantoren geven op dit moment aan dat het in de meeste gevallen nog lukt om deze cliënten tijdig te plaatsen, maar dat dit in de toekomst wel moeilijker gaat worden. Of dit ook betekent dat in de toekomst zorgkantoren en zorgaanbieders structureel

⁴¹ Doel D De cliënt krijgt gedurende de looptijd van zijn indicatie tijdig zorg.

⁴² Doel E De cliënt krijgt gedurende de looptijd van zijn indicatie passende zorg.

⁴³ Doel D.1.i De Wlz-uitvoerder waarborgt de toegankelijkheid van Wlz-zorg door ervoor te zorgen dat cliënten binnen de Treeknorm voor aanvaardbare wachttijd de benodigde zorg conform hun indicatie voor Wlz-zorg ontvangen.

⁴⁴ [Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl)

moeten kiezen voor een opname voor cliënten met dezelfde wachtstatus maar met een andere indicatie, is op dit moment onduidelijk.

Het wachtlijstbeheer is op dit moment niet ingericht om te toetsen of cliënten die thuis zorg ontvangen, dat ook daadwerkelijk tijdig krijgen. Mede hierdoor hebben zorgkantoren hier onvoldoende zicht op en gaan ze vooral uit van het feit dat er geen signalen zijn dat het anders is. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij beter vaststellen of cliënten die thuis blijven wonen, tijdig passende zorg ontvangen. Zeker in deze transitiefase, waarin de randvoorwaarden voor zorg thuis nog niet helemaal helder zijn. Ook verwachten wij van zorgkantoren dat zij vaststellen of de cliënten die wachten op een verhuizing naar een geclusterde woonzorgsetting, die stap daadwerkelijk kunnen zetten. Dit kan bijvoorbeeld door veelvuldiger telefonisch contact op te nemen met de cliënt. Wij hebben van één zorgkantoor begrepen dat zij huisbezoeken uitvoeren bij cliënten thuis. Dit zouden ook andere zorgkantoren kunnen overwegen.

6.2 Meer regie op passende zorg thuis nodig

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij ervoor zorgen dat cliënten binnen de grenzen van de aanspraak, de zorg krijgen die optimaal aansluit bij hun zorgvraag en persoonlijke voorkeuren⁴⁵. Voor cliënten die moeten wachten, verwachten wij dat het zorgkantoor vaststelt dat die cliënten zich nog steeds in een verantwoorde situatie bevinden⁴⁶. Tot slot verwachten wij van zorgkantoren dat zij blijvend toetsen of de zorg doelmatig en verantwoord is⁴⁷.

Wij zien dat zorgkantoren niet goed in beeld hebben hoe de zorg thuis voor individuele cliënten met een VV4-indicatie wordt uitgevoerd. Zorgkantoren besteden het organiseren van deze zorg uit aan zorgaanbieders. Dat doen zij via het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Het Voorschrift Zorgtoewijzing is onderdeel van de zorginkoopovereenkomst tussen het zorgkantoor en zorgaanbieders. Op deze manier besteedt het zorgkantoor deze taken door middel van contractuele bepalingen uit aan de zorgaanbieder. Het gaat hierbij om taken die onderdeel zijn van de zorgplicht van zorgkantoren. Zoals het informeren van cliënten over hun keuzemogelijkheden ten aanzien van de leveringsvorm en zorgaanbieders en het bemiddelen van de cliënt naar een geschikte gecontracteerde zorgaanbieder. Dit zorgt er echter niet voor dat de zorgplicht van het zorgkantoor verschuift. Het zorgkantoor blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van zorgplicht. Dit betekent dat zorgkantoren eindverantwoordelijk zijn en blijven voor een tijdige bemiddeling van de cliënt naar een juiste zorgaanbieder. Zodat de cliënt tijdig passende zorg ontvangt. Wij verwachten daarom van zorgkantoren dat zij zich verdiepen in de wijze waarop zorgaanbieders deze door hen uitbestede taken uitvoeren en vaststellen dat dit gebeurt, zoals zij dat met elkaar hebben afgesproken⁴⁸.

We verwachten van zorgkantoren dus meer regie. Het is onvoldoende om bij het monitoren of de cliënt passende zorg krijgt alleen te varen op klachten of andere signalen vanuit cliënten en zorgaanbieders. Zeker omdat de IGJ concludeert dat de Wlz-zorg thuis door veel zorgaanbieders nog niet goed op orde is⁴⁹. Evenmin kan het niet zo zijn dat zorgkantoren niet zelf beoordelen of de voorkeursaanbieder de

⁴⁵ Doel E.1.i De Wlz-uitvoerder zorgt ervoor dat de cliënt, binnen de grenzen van de aanspraak op de Wlz, de zorg krijgt die optimaal aansluit bij zijn zorgbehoefte en persoonlijke voorkeuren.

⁴⁶ Doel E.1.iv De Wlz-uitvoerder monitort of cliënten op de wachtlijst zich nog steeds in een verantwoorde situatie bevinden.

⁴⁷ Doel C.1.v De Wlz-uitvoerder toetst blijvend of in de leveringsvorm van voorkeur de zorg doelmatig en verantwoord is.

⁴⁸ Doel A.1.viii De Wlz-uitvoerder beschrijft in zijn contracteerbeleid zijn voorwaarden voor de uitbesteding van zorg door de zorgaanbieder, en hoe de zorgaanbieder hem over de uitbesteding informeert om te borgen dat de uitbesteding dienstbaar is aan het vervullen van de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder.

⁴⁹ Kwaliteit langdurige zorg voor ouderen thuis nog vaak onder de maat | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

meest passende aanbieder is. Tot slot is het ook niet toereikend als zorgkantoren de invulling van het 'tenzij'-criterium overlaten aan de zorgaanbieders. Door zich zo lijdelijk op te stellen, kunnen zorgkantoren onvoldoende beoordelen of de zorg voor VV4-cliënten passend is, terwijl dit wel van hen wordt verwacht.

Wij verwachten daarom van zorgkantoren dat zij meer zicht krijgen op de zorg achter de voordeur. Het is de plicht van het zorgkantoor om te borgen dat het resultaat van alle elementen van zorg en ondersteuning, zowel formeel als informeel, een passend geheel oplevert voor de cliënt. Juist omdat de invulling van zorg thuis meer maatwerk vraagt en een bezoek aan de locatie waar de cliënt de zorg ontvangt wellicht lastiger is. Wij begrijpen dat het niet haalbaar is om dit voor alle individuele cliënten te doen, maar wij verwachten hierbij minimaal een steekproefsgewijze controle. Hierbij is voldoende dekking van het totaal aantal cliënten belangrijk.

6.3 Conclusies

Of de zorg voor cliënten met een VV4-indicatie die hun zorg thuis ontvangen, tijdig en passend is, kan niet vastgesteld worden. Wij stellen vast dat in veel zorgkantorregio's opname in een verpleeghuis op dit moment nog wel mogelijk is, als cliënten dat graag willen. Zorgkantoren hebben op dit moment niet goed genoeg in beeld of cliënten thuis hun zorg tijdig ontvangen. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij beter zicht krijgen op het aantal cliënten dat thuis hun zorg ontvangt en niet op een wachtlijst staat, zodat een beter beeld gemaakt kan worden of de zorg tijdig is. Daarnaast verwachten wij van zorgkantoren een actievere houding om vast te stellen dat zorg passend is. Hierbij moeten zij minimaal steekproefsgewijs vaststellen dat het geheel aan zorg thuis, zowel formeel als informeel, passend is.

7 Slotwoord

Langer thuis blijven wonen is, naast dat het deels noodgedwongen is vanwege de beperkte verpleeghuiscapaciteit, ook de wens van veel ouderen. Wij waarderen het initiatief dat zorgkantoren hebben genomen, door de steeds grotere uitdagingen in het organiseren van tijdig passende zorg, beleidsmatig vast te leggen. Hierin worden zij momenteel beperkt door wettelijke aanspraken. Wij zien dat de zorgkantoren hun best doen om de huidige transitie naar meer Wlz-zorg thuis vorm te geven.

Zorg thuis vraagt meer aandacht voor de randvoorwaarden waarbij dat mogelijk is en het monitoren van cliënten. Wat er precies gebeurt achter de voordeur is op dit moment niet altijd helemaal duidelijk. Dit heeft geleid tot diverse aanbevelingen, waarvan wij verwachten dat zorgkantoren die opvolgen. Wij begrijpen dat niet alles tegelijk kan en vragen de zorgkantoren hierbij zelf die aanbevelingen te prioriteren die hen het beste helpen in het nakomen van de zorgplicht. Deze aanbevelingen zijn niet geschreven om per definitie meer capaciteit in te zetten, maar we willen de zorgkantoren uitdagen om de bestaande capaciteit anders in te zetten. Het opvolgen van de aanbevelingen hoeft niet enkel in het licht van de cliënt met een VV4-indicatie te worden gezien. De genoemde normen zijn algemeen geformuleerd en zien toe op de zorgplicht voor alle cliënten.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl