

Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg 2023-2024



Publicatie 12 december 2024

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Groeierende zorgkloof benadrukt het belang van meer regie door zorgkantoren	3
Algemeen beeld: De meeste cliënten ontvangen zorg, maar veelvuldig niet tijdig passende zorg	3
Beeld rechtmatigheid van de uitvoering van de Wlz: financiële rechtmatigheid van de uitgaven daalde iets in 2023	7
Zorgkantoren nemen nog onvoldoende regie	7
1 Pro-actiever toezicht nodig op uitbestede taken	9
2 Zorgkantoren moeten bij de zorginkoop gericht sturen op prijs, kwaliteit en/of aanbod	14
Gedifferentieerde inkoop biedt zorgkantoren sturingsmogelijkheden op prijs, kwaliteit en aanbod	15
Sturing op het zorgaanbod vereist inzicht in de zorgvraag en zorgwensen	16
Zorgkantoren kunnen meer inzicht krijgen in zorgvraag en -wensen	17
Zorgkantoren zetten eerste stappen richting gedifferentieerde inkoop	17
Gedifferentieerde zorginkoop vergt transparantie richting zorgaanbieders	19
3 Zorgen over tijdig signaleren en acteren bij dreigende discontinuïteit van zorg	20
Zorgkantoor meldde overmachtsmeldingen te laat en onderbouwde deze onvoldoende	21
Zorgen over tijdig signaleren en acteren op dreigende discontinuïteit van zorg door zorgkantoren	22

Inleiding

Groeiende zorgkloof benadrukt het belang van meer regie door zorgkantoren

Wlz-uitvoerders hebben zorgplicht in een uitdagende context. In de langdurige zorg is er sprake van een groeiende zorgkloof. De vraag naar zorg stijgt terwijl het aanbod (personeel en woningen) niet meegroeit. Deze context legt extra druk op de zorgplicht van Wlz-uitvoerders voor de bij hen ingeschreven verzekerden.

Zorgkantoren spannen zich serieus in om cliënten te helpen aan tijdige en passende zorg van goede kwaliteit en om tot oplossingen te komen voor de toenemende zorgkloof. Desondanks zien wij in ons toezicht op de naleving van de zorgplicht van de Wlz-uitvoerders ook dat zorgkantoren op onderdelen onvoldoende regie voeren.

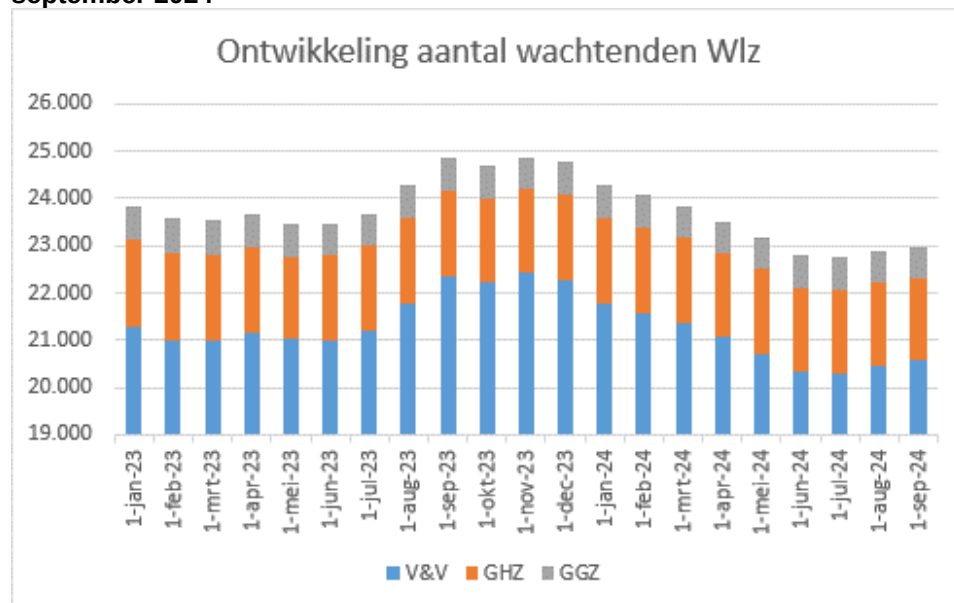
Wij beschrijven in deze inleiding ons algemeen beeld van de uitvoering Wlz. In de hoofdstukken daarna lichten wij toe op welke onderdelen meer regie van zorgkantoren nodig is. Ook beschrijven wij welke mogelijkheden wij zien voor zorgkantoren om beter invulling aan deze regierol te geven. De nadruk van deze hoofdstukken ligt daarmee op onderwerpen die extra aandacht van zorgkantoren vragen en minder op zaken die al goed gaan. Het belang hiervan is evident gelet op de toenemende zorgkloof en de noodzakelijke zorgtransformatie die moet worden gemaakt.

Onze oproep om op onderdelen van de uitvoering van de Wlz meer regie te nemen geldt voor alle zorgkantoren. De bevindingen in dit rapport betreffen ons totaalbeeld van de uitvoering van de Wlz. Deze bevindingen gelden voor de meerderheid van de zorgkantoren. Wij zien wel verschillen in uitvoering tussen zorgkantoren. Hierdoor is niet elke bevinding altijd (volledig of in dezelfde mate) van toepassing op elk zorgkantoor.

Algemeen beeld: De meeste cliënten ontvangen zorg, maar veelvuldig niet tijdig passende zorg

Zorgkantoren spannen zich in om te zorgen dat elke cliënt tijdig zorg krijgt. De meeste cliënten met een Wlz-indicatie ontvangen zorg. Van alle cliënten met een Wlz-indicatie was 93,5% in zorg en stond 6,5% van de cliënten op de wachtlijst voor een passende plek (per 31 december 2023). Het merendeel van de cliënten op de wachtlijst ontvangt overbruggingszorg. Het aantal wachtenden bleef nagenoeg gelijk in 2023. In 2024 zien we aanvankelijk een lichte daling, maar sinds juli neemt het aantal wachtenden weer toe (zie figuur 1).

Figuur 1. Ontwikkeling totaal aantal wachtenden per sector in de Wlz, periode januari 2023 – september 2024



Bron: Zorginstituut Nederland

Rol van Wlz-uitvoerders en zorgkantoren

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

Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht. Dit houdt in dat zij ervoor moeten zorgen dat cliënten gedurende de looptijd van de indicatie tijdige, passende en kwalitatief goede zorg ontvangen die doelmatig is. Wlz-uitvoerders besteden veel uitvoeringstaken uit aan het regionaal aangewezen zorgkantoor (maar blijven hiervoor wel verantwoordelijk). Zorgkantoren voeren zodoende namens de Wlz-uitvoerders o.a. de zorginkoop, de cliëntbemiddeling en controles op de rechtmatige besteding van financiële middelen uit. Zij moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg. Zorgkantoren zijn zelfstandig verantwoordelijk voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget (pgb). Bij de uitvoering van deze taken moeten zorgkantoren binnen de kaders van wet- en regelgeving blijven (rechtmatigheid) en zorgen voor een goede balans tussen zorgkosten en -resultaat (doelmatigheid).

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

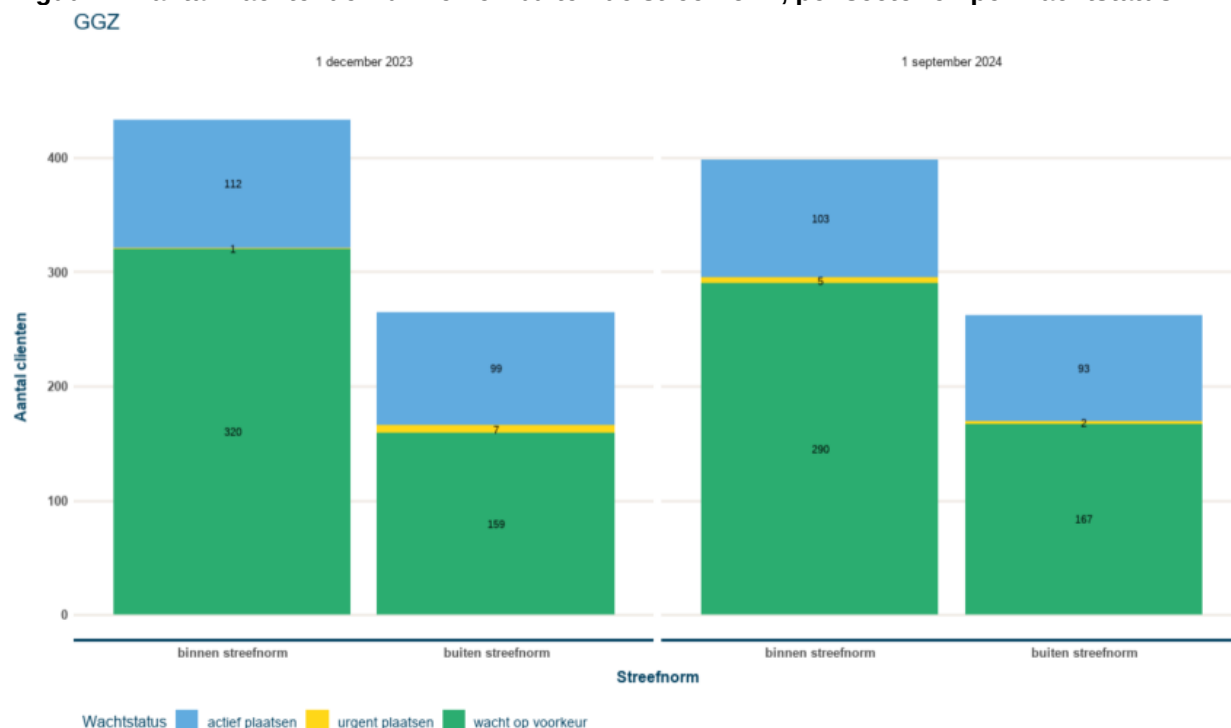
Het grootste deel van de wachtende cliënten heeft een wachtstatus 'wacht op voorkeur', gevolgd door de wachtstatus 'actief plaatsen' en de wachtstatus 'urgent plaatsen'. Dit beeld geldt ongeacht de sector (zie figuur 2). Het lukt zorgkantoren niet altijd om cliënten op de wachtlijst naar een passende plek te

bemiddelen binnen de aanvaardbare wachttijden (streefnormen). Het aandeel cliënten dat langer dan de streefnorm wacht op een passende plek is het grootst in de gehandicaptenzorg (ghz) (40,2%, n = 720, peildatum 1 december 2023), gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg (ggz; 37,4%, n = 265, peildatum 1 december 2023) en de sector verpleging en verzorging (v&v; 17,8%, n = 3975, peildatum 1 december 2023). Dit beeld is vrijwel ongewijzigd ten opzichte van de meest recente peildatum 1 juli 2024. Dat cliënten in de sectoren ghz en ggz verhoudingsgewijs moeilijk binnen de streefnormen op een passende plek geplaatst kunnen worden, wordt vooral veroorzaakt door de complexiteit van hun zorgvraag en zorgbehoefte.

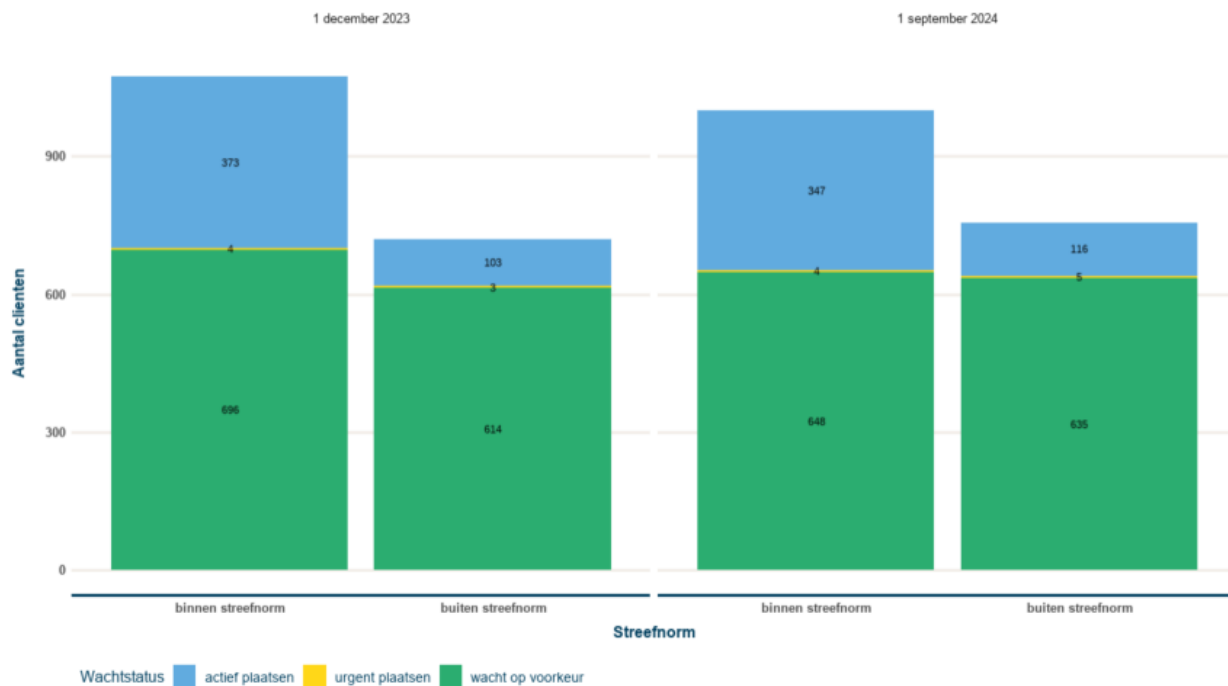
Zorgkantoren richten hun inspanningen voor het wachtlijstbeheer vooral op cliënten met de wachtstatus 'urgent plaatsen' of 'actief plaatsen'. Wanneer voor deze cliënten de streefnorm dreigt te worden overschreden nemen zorgkantoren contact op met de zorgaanbieders. Gezamenlijk wordt beoordeeld of en hoe deze cliënten alsnog tijdig bemiddeld worden naar een passende plek. Zorgkantoren vinden het belangrijker dat cliënten op een passende plek komen dan dat zij tijdig worden opgenomen op een minder passende plek. Deze afweging kunnen wij goed volgen mits er inzicht is in waarom cliënten langer wachten dan de streefnorm en dat deze situatie verantwoord is. Voor het wachtlijstbeheer voor cliënten met de wachtstatus 'wacht op voorkeur' verwijzen de meeste zorgkantoren naar de (uitbestedings)afspraken hierover met de zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zorgkantoren onvoldoende onderbouwen en aantonen waarom cliënten met de wachtstatus 'wacht op voorkeur' langer dan de streefnorm wachten op een passende plek. Noch kunnen zij voldoende onderbouwen en aantonen dat deze situatie voor deze cliënten verantwoord en passend is.

Deze constatering is niet nieuw. In het [samenvattend rapport 2022-2023](#) gaven wij het beheer van de wachtstatus 'wachten op voorkeur' en het inzicht in de werkelijke zorgbehoeften van deze cliënten al mee als aandachtspunt voor de zorgkantoren. Daarnaast riepen wij de zorgkantoren op om voor deze cliënten te borgen dat hun situatie verantwoord blijft tijdens het wachten. Wij zien hierin in 2023 weinig verandering. De komende periode heeft dit nadrukkelijk de aandacht in ons toezicht.

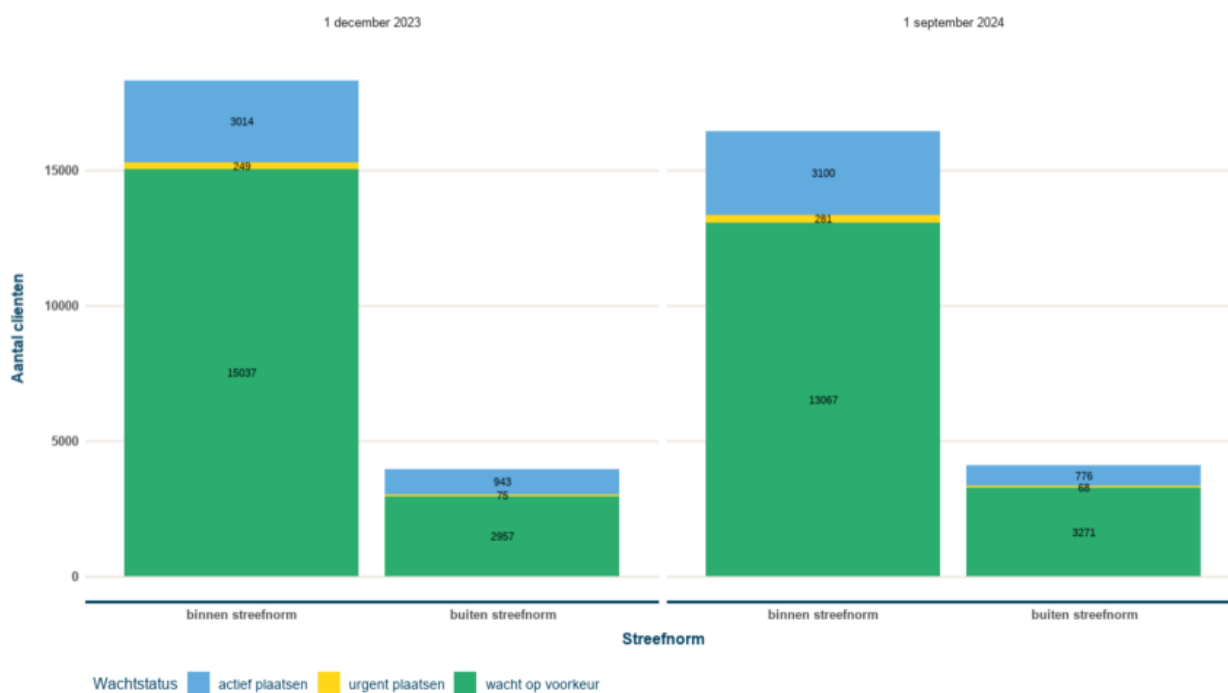
Figuur 2. Aantal wachtenden binnen en buiten de streefnorm, per sector en per wachtstatus



Gehandicaptenzorg



Verpleging en Verzorging



Bron: Zorginstituut Nederland

Beeld rechtmatigheid van de uitvoering van de Wlz: financiële rechtmatigheid van de uitgaven daalde iets in 2023

De rechtmatige uitgaven door Wlz-uitvoerders (zie tabel 1) stegen in 2023 naar € 29,8 miljard (2022: € 28,2 miljard). De rechtmatigheid van de kosten was in 2023 relatief echter lager dan in 2022 (90,4% versus 92,9%). Binnen de leveringsvorm pgb ontstaat het grootste deel van de onrechtmatigheden (48,5%) en onzekerheden (96%) in de zorgkosten.

Tabel 1. rechtmatigheid kosten van de langdurige zorg

Kosten	2023		2022	
	€ x 1.000.000	%	€ x 1.000.000	%
Rechtmatig	29.793	90,4%	28.236	92,9%
Onrechtmatig	33	0,1%	72	0,2%
Onzeker	3.124	9,5%	2.098	6,9%
Totaal	32.950	100%	30.406	100%

Bron: bestuursverklaringen Wlz-uitvoerders

Wlz-uitvoerders gaven in 2023 € 263,9 miljoen uit aan de uitvoering van de Wlz (beheerskosten). In 2023 was hiervan € 602 duizend onrechtmatig. De geconstateerde onrechtmatigheid kwam voor bij één Wlz-uitvoerder. Deze onrechtmatigheid is inmiddels gecorrigeerd, waardoor deze per 1 januari 2024 is vervallen. De rest van de beheerskosten was rechtmatig.

Wat is rechtmatigheid?

Rechtmatige uitvoering van de Wlz betekent dat zorgkantoren zorg inkopen, toegang tot zorg voor cliënten realiseren, zorguitgaven controleren en verantwoorden in overeenstemming met wet- en regelgeving. Uitgaven in overeenstemming met wet- en regelgeving zijn rechtmatig. Als uitgaven niet overeenstemmen met wet- en regelgeving zijn deze onrechtmatig. Uitgaven waarvan het zorgkantoor niet vast kon stellen of deze overeenstemmen met wet- en regelgeving zijn onzeker.

Lees meer

Wilt u meer weten over ons onderzoek naar de financiële rechtmatigheid van de uitvoering van de Wlz? Lees dan het volledige onderzoeksrapport op onze website. Of open de volgende link: [rapport De kosten van onze langdurige zorg in 2023](#).

Zorgkantoren nemen nog onvoldoende regie

Zorgkantoren spannen zich in om tot oplossingen te komen voor de toenemende zorgkloof. Zij werken hierbij samen met zorgaanbieders, andere zorgkantoren, overheidspartijen en andere veldpartijen. Op regiotafels zoeken zorgkantoren met zorgaanbieders naar oplossingen voor knelpunten. Er zijn nieuwe kwaliteitskaders opgesteld ter ondersteuning van de benodigde transformatie in de langdurige zorg. Zorgaanbieders zoeken naar capaciteitbesparende innovaties en werken aan goed werkgeverschap. Zorgkantoren faciliteren de inzet van innovaties en zoeken actief de samenwerking met gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders in de regio om nieuw zorgaanbod te creëren. Om de schaarse verpleeghuis capaciteit beschikbaar te houden voor cliënten die deze het hardst nodig hebben, hanteren

vrijwel alle zorgkantoren het uitgangspunt 'thuis, tenzij', voor cliënten met de laagste indicatie in de sector v&v (VV4).

Naast deze goede ontwikkelingen zien wij vanuit onze toezichtactiviteiten ook dat zorgkantoren onvoldoende regie voeren op onderdelen van de uitvoering van hun taken. Dit zien wij onder andere in de taken die zij uitbesteden aan zorgaanbieders, in zorginkoopprocedures en de signalering van knelpunten in de uitvoering van de Wlz. Zorgkantoren hebben hierdoor onvoldoende inzicht in de uitvoering van de taken die zij uitbesteden of die namens hen worden uitgevoerd. Wlz-uitvoerders kunnen hierdoor onvoldoende onderbouwen en aantonen in hoeverre zij hun zorgplicht naleven. Ook laten zorgkantoren mogelijkheden liggen om nadrukkelijker te (kunnen) waarborgen dat cliënten gedurende de looptijd van hun indicatie tijdige en passende zorg van goede kwaliteit ontvangen die doelmatig is. Hierdoor kunnen wij niet vaststellen dat alle cliënten in 2023 passende en kwalitatief goede zorg hebben ontvangen en dienovereenkomstig of de Wlz-uitvoerders aan hun zorgplicht hebben voldaan.

Regierol is onderdeel van wettelijke uitvoering van zorgplicht

In de Wlz is voor Wlz-uitvoerders de nadrukkelijke verwachting vastgelegd dat zij zich, steviger dan in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), inspannen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering van de Wlz.¹ Het algeheel functioneren van de Wlz-uitvoerders moest verbeteren, waarvoor in de wet de nodige prikkels voor goed functioneren werden gecreëerd.² Er is bewust voor gekozen om de Wlz-uitvoerders meer in de wind te zetten en meer verantwoordelijkheid bij hen neer te leggen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werd daarbij verzocht om het toezicht op onderdelen te intensiveren, om steviger op te treden en Wlz-uitvoerders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid.³

Dat Wlz-uitvoerders bewust in de wind zijn gezet, komt tot uitdrukking in de zorgplicht die bij Wlz-uitvoerders is neergelegd. Zij moeten op grond van de zorgplicht ervoor zorgen dat verzekerden de geïndiceerde zorg krijgen waarop zij aangewezen zijn. Dit kunnen zij niet alleen. Wlz-uitvoerders zijn hiervoor afhankelijk van andere partijen, zoals zorgaanbieders die de zorg namens de Wlz-uitvoerders leveren. Of van zorgkantoren aan wie de Wlz-uitvoerders uitvoerende taken hebben uitbesteed. Ondanks deze afhankelijkheid van andere partijen is de volledige verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wlz bij de Wlz-uitvoerders belegd, voor zover de uitvoering niet bij of krachtens de wet aan anderen is opgedragen. Dit is een resultaatsverplichting, die Wlz-uitvoerders verplicht om ervoor te zorgen dat verzekerden de zorg krijgen waarop ze zijn aangewezen. Dat vraagt van Wlz-uitvoerders dat zij regie moeten nemen en sturend zijn in de uitvoering van de Wlz. Ook voor taken en werkzaamheden die zij uitbesteden of laten uitvoeren namens hen door een andere partij. Anders zijn de Wlz-uitvoerders niet in staat de zorgplicht te waarborgen. Noodzakelijk hierbij is dat Wlz-uitvoerders die rol ook voor zichzelf zien en uitdenken hoe ze deze rol invullen.

¹ Kamerstukken II 2013/14, 33891, nr. 3, p.35

² Kamerstukken II 2013/14, 33891, nr. 3, p.39-40

³ Kamerstukken II 2013/14, 33891, nr. 3, p.64-65

1 Pro-actiever toezicht nodig op uitbestede taken

Zorgkantoren moeten actiever toezicht houden op taken die zij , onder andere via het Voorschrift Zorgtoewijzing, uitbesteden. Zo zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor juiste en bruikbare wachtlijsten die cruciaal zijn voor goede inkoop van zorg. Ook moeten zorgkantoren beter zicht krijgen op de passendheid en kwaliteit van de zorg die cliënten ontvangen. Wij verwachten dat zorgkantoren hun regierol gaan nemen en actief monitoren en bijsturen. Het is aan zorgkantoren zelf om hun toezicht op de uitbestede taken op een doelmatige manier in te richten en te leren van elkaars goede voorbeelden.



Wij constateren dat zorgkantoren zich onvoldoende bewust zijn van hun verantwoordelijkheid bij het uitbesteden van taken. Bij verschillende onderwerpen vullen zorgkantoren het toezicht op de uitbestede taken onvoldoende in. Wlz-uitvoerders kunnen daardoor niet of beperkt een uitspraak doen over het voldoen aan hun zorgplicht. Eerder dit jaar benoemden wij dit ook in onze Verkenning aansluiting bekostiging mpt (Wlz) op de wijkverpleging (Zvw). Daar ging het over de verantwoordelijkheid van zorgkantoren bij het organiseren van 24-uurs zorg en het toezicht op cliënten die zorg ontvangen via het modulair pakket thuis (mpt). Vanuit ons toezicht zien wij dit bijvoorbeeld ook bij de verantwoordelijkheid voor juiste, bruikbare wachtlijsten en bij het toezicht op de passendheid en kwaliteit van geleverde zorg. Hieronder lichten wij dit toe.

Wlz-uitvoerder blijft verantwoordelijk, ook bij uitbestede taken

Nederland is in 31 zorgkantoorregio's verdeeld. Voor elke regio is een regionaal zorgkantoor aangewezen die namens alle negen Wlz-uitvoerders de zorg regelt voor iedereen in de regio met een Wlz-indicatie. Ook als het niet zijn eigen verzekerden zijn. Op deze manier besteden Wlz-uitvoerders hun zorgplichttaken voor verzekerden uit aan het regionale zorgkantoor.

Het zorgkantoor besteedt op zijn beurt weer taken uit aan zorgaanbieders. Bijvoorbeeld het wachtlijstbeheer, het tijdig organiseren van (overbruggingszorg) en het monitoren van de kwaliteit en passendheid van ontvangen zorg. De uitbesteding van taken aan zorgaanbieders hebben zorgkantoren uitgeschreven in het voorschrift zorgtoewijzing.

Ook bij uitbestede taken blijft de individuele Wlz-uitvoerder eindverantwoordelijk voor de zorgplicht en moet hierover afspraken maken met zorgkantoren. Op hun beurt moeten zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken vastleggen. In het licht van ons onderzoek uit 2021 naar de sleutelfunctiehouders is de beleidsregel normenkader Wlz-uitvoerder aangepast om dit te verduidelijken. Zo moet vastgelegd worden welke werkzaamheden zijn uitbesteed, hoe de informatie-uitwisseling met de uitbestedingspartij is georganiseerd en hoe er wordt toegezien en aangestuurd op de uitvoering van de werkzaamheden door de uitbestedingspartij. Met als doel om te garanderen dat de uitbesteding invulling geeft aan de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder.

Voorbeeld 1: Nog te weinig sturing op juiste en eenduidige wachtlijstinformatie

Zorgkantoren besteden het wachtlijstbeheer uit aan zorgaanbieders, specifiek aan de door de client aangegeven voorkeursaanbieder. De wachtlijsten zijn een cruciale bron van informatie voor zorgkantoren. Zij gebruiken de wachtlijstinformatie om te monitoren of cliënten in hun regio tijdig en passende zorg krijgen en om hierop bij te sturen. Voor de Wlz-uitvoerder is dit de belangrijkste indicator om te zien of hun verzekerden tijdig toegang krijgen tot zorg en er geen onveilige, onverantwoorde (thuis)situatie dreigt te ontstaan.

Er zijn (terugkerende) signalen dat de wachtlijsten niet juist, niet volledig en deels niet passend bij het huidige beleid zijn. Vorig jaar benoemden wij in ons samenvattend rapport al dat zorgkantoren niet altijd een actueel en zuiver beeld hebben van de wachtlijsten. Zorgkantoren gaven aan dat zorgaanbieders niet tijdig de wachtstatus van cliënten aanpassen als de gezondheidssituatie verandert. In onze onderzoeken naar de toegankelijkheid van zorg voor VV4-cliënten en cliënten op het grensvlak van de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg constateerden wij drie factoren die ertoe leiden dat wachtlijsten mogelijk niet volledig zijn.

1) Zorgaanbieders voelen zich genoodzaakt schaduwwachtlijsten bij te houden voor nieuwe Wlz-cliënten die zorg nodig hebben, maar waarvoor tijdelijk geen plek beschikbaar is. Cliënten kunnen in het landelijke registratiesysteem maar bij één zorgaanbieder als wachtende geregistreerd worden. Cliënten melden zich echter regelmatig bij meerdere zorgaanbieders aan. Omdat zij niet allemaal de cliënt als wachtende kunnen aanmelden, houden zorgaanbieders in hun eigen administratie schaduwwachtlijsten bij. Hierdoor geven de reguliere wachtlijsten voor nieuwe cliënten een incompleet beeld.

2) Het dossierhouderschap dat door zorgkantoren bij de zorgaanbieders is belegd, zorgt ervoor dat cliënten niet altijd op de wachtlijst geregistreerd worden. Dit doet zich voor bij cliënten die zorg ontvangen die niet passend is en daarom moeten doorstromen. Zorgaanbieders zetten door de administratieve belasting van het dossierhouderschap deze cliënten niet altijd op de wachtlijst. Een cliënt kan hierdoor langere tijd op een niet-passende plek verblijven zonder dat het zorgkantoor dit ziet. De wachtlijstregistratie voor cliënten is hierdoor onvolledig.

3) Het door zorgkantoren ingezette beleid 'thuis tenzij' is niet doorvertaald naar wat dat betekent voor de wachtstatus van de cliënt die thuis zorg ontvangt. Dit heeft gevolgen voor de bruikbaarheid van de informatie voor zorgkantoren. Wat is namelijk de exacte status van cliënten op de wachtlijst die zorg thuis ontvangen? Krijgen zij passende zorg thuis of is dit overbruggingszorg en hebben zij nog steeds een opnamewens? Dat is bepalend voor de zorg die zorgkantoren moeten inkopen.

Het is onduidelijk in welke mate de wachtlijsten juist en volledig zijn. Zorgkantoren geven aan dat zij desondanks zelf goed zicht houden op cliënten, doordat zij veel contact met zorgaanbieders en deels ook met cliënten zelf hebben. Het gevolg is dat het zorgkantoor de wachtlijstinformatie moet gaan interpreteren en daarover aannames doen. Het risico ontstaat dat cliënten hierdoor niet in beeld zijn of dat er onterecht wordt aangenomen dat ze passende zorg ontvangen.

In ons samenvattend rapport 2022-2023 gaven wij aan dat zorgkantoren deze verantwoordelijkheid te veel neerleggen bij de zorgaanbieders en zelf te weinig verantwoordelijkheid nemen. Dit beeld is nagenoeg onveranderd gebleven. Een deel van de zorgkantoren meldt eigen ingezette acties om het beeld van de wachtlijsten te toetsen, bijvoorbeeld door middel van steekproeven en gesprekken met zorgaanbieders over interpretatie- en registratieverschillen. Maar de meeste zorgkantoren baseren zich hoofdzakelijk op de afspraken met de zorgaanbieders en daarop gebaseerde informatie-uitwisseling.

Enkele zorgkantoren willen de wachtlijstensystematiek voor de sector V&V aanpassen op het beleid 'zorg thuis tenzij'. Zij trekken hierbij tot nu toe niet gezamenlijk op, waardoor geen eenduidig beeld ontstaat uit de wachtlijsten. Hierdoor neemt de informatiewaarde af. Daarnaast stellen zorgkantoren niet uitdrukkelijk vast of cliënten daadwerkelijk kiezen voor zorg thuis of daarmee hebben ingestemd.

Het baart ons zorgen dat zorgkantoren in de gesprekken met ons aangeven deze problematiek te herkennen, maar nog onvoldoende maatregelen nemen dit belangrijke sturingsinstrument meer accuraat te krijgen. Met behulp van goede wachtlijstinformatie kan het zorgkantoor bijvoorbeeld bepalen welke zorg hij moet inkopen en voor welke cliënten hij extra inzet moet leveren om tot een passende plek te komen. Wlz-uitvoerders spreken in hun gezamenlijke verslag de ambitie uit om inzicht in de wachtlijsten - en daarmee in de toegankelijkheid van zorg - te verdiepen. Om zo meer grip op de wachtlijsten te krijgen en eerder te signaleren of knelpunten zich voordoen. Dit kan echter alleen als er sprake is van goede wachtlijstinformatie.

Zorgkantoren moeten meer doen om te komen tot accurate en eenduidige wachtlijsten. Vanuit hun verantwoordelijkheid verwachten wij daarom van zorgkantoren dat zij toezien op:

- het opschonen van de huidige wachtlijsten, zodat deze actueel en correct zijn;
- het zorgen voor een procedure die leidt tot accurate en eenduidige wachtlijsten;
- monitoring op de naleving van deze procedure.

Voorbeeld 2: Zorgkantoren hebben te weinig zicht op de passendheid en kwaliteit van geleverde zorg voor cliënten, zowel thuis als intramuraal

Zorgkantoren vinden het lastig een beeld te schetsen of cliënten die in zorg zijn (nog) passende, kwalitatief goede zorg ontvangen. Dit beeld is voor zorgkantoren noodzakelijk om te kunnen (bij)sturen op goede zorg voor cliënten in tijden van schaarste.

Om te beoordelen of cliënten passende zorg ontvangen, steunen zorgkantoren op het inzicht dat zorgaanbieders hebben. In de uitvoeringsverslagen geven zorgkantoren niet of zeer beperkt aan wat zij zelf doen om te toetsen of de zorg die cliënten ontvangen passend is. Wij zien dat zorgkantoren reageren op klachten en signalen die binnenkomen. Wij weten echter ook dat cliënten moeite hebben de zorgkantoren te vinden, waardoor ze niet snel contact opnemen als er iets mis is.

Dit zagen wij ook in ons onderzoek naar passende zorg voor cliënten met een VV4-indicatie. Bij de door henzelf ondersteunde beweging naar langer thuis wonen moeten zorgkantoren monitoren of het resultaat van alle elementen van zorg en ondersteuning, zowel formeel als informeel, een passend geheel oplevert voor de cliënt. Als dat niet het geval is, moet het zorgkantoor hierop bijsturen. We constateerden dat zorgkantoren onvoldoende toetsen of cliënten zich thuis nog in een verantwoorde situatie bevinden. We verwachten van zorgkantoren dat zij meer zicht krijgen op de zorg achter de voordeur.

Zorgkantoren voeren wel eigen onderzoek uit als het gaat om kwaliteit van zorg. Zo houden zij de vinger aan de pols via periodieke gesprekken met gecontracteerde zorgaanbieders, het beoordelen van kwaliteitsverslagen, locatiebezoeken en inspectierapporten. Desondanks rapporteren zorgkantoren nauwelijks of de kwaliteit van zorg ook daadwerkelijk voldoende is.

Uit het uitvoeringsverslag van één zorgkantoor, CZ, blijkt duidelijk het belang om goed zicht te hebben op de passendheid en kwaliteit van zorg thuis. CZ rapporteerde wel over de kwaliteit van zorg thuis in de V&V sector. Hieruit bleek dat bij 12% van de locatiebezoeken aan zorgaanbieders die zorg thuis leverden de kwaliteit niet voldoende op orde was. Bij kleine zorgaanbieders was dit zelfs 25%. Ook het onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de kwaliteit van Wlz-zorg thuis onderstreept het belang van monitoring door het zorgkantoor. De IGJ constateerde dat de kwaliteit van de zorg thuis vaak onder de maat is. De IGJ zag ook goede voorbeelden waarbij het opviel dat deze zorgaanbieders een visie en specifiek beleid hebben op langer thuis wonen. Voor zorgkantoren biedt het rapport van de IGJ concrete handvatten om meer duidelijkheid te geven over hoe Wlz-zorg thuis ook daadwerkelijk een volwaardig alternatief voor verpleeghuis kan zijn.

De toenemende schaarste en het daarmee samenhangende risico op verschraling van zorg maken het extra belangrijk dat zorgkantoren zich er (proactief) van vergewissen of hun cliënten passende en kwalitatief goede zorg ontvangen. De oplossingen voor schaarste richten zich op onder andere eigen regie bij klanten en samenwerking met het informele netwerk. Zo legt het nieuwe generiek kompas 'samen werken aan kwaliteit van bestaan' meer nadruk op het voorkomen van een grotere zorgvraag, door te kijken naar wat ouderen zelf en samen kunnen en hoe de zorg daarop aansluit. Het is positief

als hierdoor de kwaliteit van leven beter wordt. Maar er is ook een risico dat hierdoor deze cliënten niet goed in beeld zijn en onvoldoende passende zorg ontvangen. Het is noodzakelijk dat het zorgkantoor monitort of de beoogde effecten worden bereikten en waar nodig bijstuurt. Ditzelfde geldt niet alleen voor de sector verpleging en verzorging. Ook bij de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg is er sprake van schaarste en zoekt het veld naar oplossingen

2

Zorgkantoren moeten bij de zorginkoop gericht sturen op prijs, kwaliteit en/of aanbod

De vraag naar zorg stijgt terwijl het aanbod van personeel en woningen niet meegroeit. Het wordt daarom steeds belangrijker dat het gecontracteerde zorgaanbod goed aansluit bij de zorgvraag van de cliënten. Als knelpunten tussen vraag en aanbod ontstaan, wordt het moeilijk(er) om tijdig een alternatief te bieden of te genereren. Belangrijk is het daarom dat zorgkantoren goed inzicht hebben in de (ontwikkeling van de) zorgvraag van de cliënten en tijdens de inkoopprocedure gericht sturen op het daarbij passende zorgaanbod. Gedifferentieerde inkoop helpt hierbij en biedt zorgkantoren de mogelijk beter te sturen op aanbod, kwaliteit en/of prijs.



Op zorgkantoren rust de taak om diversiteit in het gecontracteerde aanbod na te streven dat aansluit bij de vraag. Ook in een tijd met een krappere zorgcapaciteit. Bij fricties tussen vraag en aanbod is het vanwege de krapte ingewikkeld(er) om tijdig extra aanbod in te kopen. Het is des te belangrijker dat zorgkantoren de sturingsmogelijkheden beter benutten en zorgaanbieders beïnvloeden om de capaciteit anders in te zetten.

Gedifferentieerde inkoop biedt zorgkantoren sturingsmogelijkheden op prijs, kwaliteit en aanbod

Gedifferentieerde inkoop biedt het zorgkantoor de mogelijkheid om zorginnovaties en de ontwikkeling van specifiek zorgaanbod te stimuleren. Dit kunnen zij doen door zorgaanbieders die de vereiste innovaties implementeren met een hoger tarief te belonen, ten opzichte van zorgaanbieders die hierin nog niet zo ver zijn.

Kenmerkend voor gedifferentieerde inkoop is dat zorgaanbieders, anders dan nu, niet tegen dezelfde voorwaarden en vergoedingen gecontracteerd worden, maar dat de voorwaarden en vergoedingen afhankelijk zijn van de mate waarin de zorgaanbieder aan de door het zorgkantoor gestelde eisen voldoet. De voorwaarden moeten voor de contractering bekend zijn. Essentieel is dat zorgkantoren per regio een duidelijk kwalitatief en kwantitatief beeld hebben van wat er nodig is om cliënten blijvend toegang te kunnen bieden tot passende en kwalitatief goede zorg. Essentieel is ook dat zorgkantoren een concreet plan hebben om dit te realiseren. Dit beeld en deze manier van inkoop helpt zorgkantoren meer sturing aan te brengen in de inkoopprocedure. Gedifferentieerde inkoop dwingt zorgkantoren vooraf hun gedachten te vormen en te formuleren over de factoren waarmee differentiatie kan worden bereikt. Hierbij valt te denken aan de prijs, de kwaliteit en het aanbod dat wordt ingekocht, maar ook aan andere aspecten zoals specifieke cliëntgroepen, de arbeidsmarkt en benodigde innovaties.

Alle aspecten moeten voorafgaand aan de inkoop bekend en gecommuniceerd zijn. Vervolgens worden de geïnteresseerde zorgaanbieders met elkaar vergeleken, waarbij zorgkantoren rekening moeten houden met de naleving van het gelijkheids- en transparantiebeginsel en de motivering van de gunningsbeslissing. Dit vraagt van zorgkantoren een heel andere inrichting van het inkoopproces dan de huidige werkzaamheden, waarbij in principe alle zorgaanbieders gecontracteerd worden die zich aanmelden. Wij verwachten dan ook niet dat deze manier van inkoop op zeer korte termijn gerealiseerd zal zijn. Dit neemt echter niet weg dat deze weg moet worden ingeslagen.

Het belang van gedifferentieerde inkoop is bij de invoering van de Wlz benadrukt. Toen is de verwachting uitgesproken dat zorgkantoren de zorgaanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en dat deze criteria bij de lengte en de continuering van contracten, de prijzen en de volumes een rol spelen.⁴

Daarnaast is ervoor gekozen om de verplichting voor zorgkantoren om alle zorgaanbieders te contracteren die de wens daartoe te kennen geven, niet over te nemen uit de AWBZ. Dit houdt in dat er voor zorgkantoren ruimte is gecreëerd om zorg selectief in te kopen.⁵

⁴ Kamerstukken II 2013/2014, 33 891, nr. 3, p. 27.

⁵ Kamerstukken II 2013-2104, 33 891, nr. 3, p. 167

Bij de zorgplicht past dat zorgkantoren zorg inkopen:

- die zoveel mogelijk is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten;
- dat de kwaliteit van zorg die zij inkopen van niveau is;
- en dat zij met zorgaanbieders in gesprek gaan en blijven om te verkennen wat er nodig is om de kwaliteit te verbeteren.

Via de zorginkoop dient er een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand te komen.⁶

Sturing op het zorgaanbod vereist inzicht in de zorgvraag en zorgwensen

Passend zorgaanbod is meer dan alleen de beschikbaarheid van zorg. Het aanbod moet ook aansluiten op de zorgvraag en de zorgwens van cliënten. Hierbij valt te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de zorginstelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingsactiviteiten en cetera.⁷ Wij hebben dit jaar twee onderzoeken uitgevoerd waaruit blijkt dat zorgkantoren de daadwerkelijke zorgvraag en -wensen van twee specifieke cliëntgroepen onvoldoende kennen. Het gaat hierbij om de cliënten met een VV4-indicatie en cliënten op het snijvlak van de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg.

Kort samengevat, concludeerden wij dat zorgkantoren van de cliënten met een VV4-indicatie vooral een globaal beeld hebben en dat dit beeld voornamelijk kwantitatief van aard is. De zorgkantoren hebben in beeld hoeveel cliënten in de regio een VV4-indicatie hebben, waar zij wonen en wat het te verwachten aantal cliënten voor de toekomst is. In dat beeld ontbreekt echter welk deel van de cliënten een psychogeriatrische of somatische grondslag heeft, in hoeverre sprake is van informele zorg en wat de benodigde woonsituatie van deze cliënten is. Terwijl zorgkantoren wel erkennen dat deze kenmerken bepalend zijn voor de specifieke zorgvraag van de cliënt. De meeste zorgkantoren hanteren voor deze cliënten het beleid: 'zorg thuis, tenzij'. Opvallend hierbij is dat zorgkantoren niet in beeld hebben welk deel van de cliënten daadwerkelijk liever zorg thuis ontvangt en wat dan de zorgvraag van die cliënten concreet inhoudt. Zorgkantoren kunnen hierdoor moeilijk vaststellen in hoeverre het beschikbare zorgaanbod aansluit op de behoeften van de cliënt.

Een vergelijkbaar beeld zien wij bij cliënten met een zorgvraag op het snijvlak van de gehandicapten- en de geestelijke gezondheidszorg. De zorgkantoren hebben op grond van de indicatiegegevens een globaal beeld van de cliënten, waarbij voornamelijk inzichtelijk is welke cliënten een indicatie voor de gehandicaptenzorg, dan wel geestelijke gezondheidszorg hebben en welke zorgzwaarte. Maar welke zorgvraag aan deze indicatie ten grondslag ligt, is niet bekend. Voor deze specifieke cliëntgroep zagen wij ook dat zorgkantoren het zorgaanbod niet altijd in beeld hebben. Waardoor sturing op passend zorgaanbod bemoeilijkt wordt.

Lees meer

Wilt u meer weten over onze onderzoeken? Lees dan de volledige onderzoeksrapporten op onze website. Of open hierna de toepasselijke link: rapport VV4 en rapport cliënten op het snijvlak van de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg.

⁶ Kamerstukken II 2013/2014, 33 891, nr. 3, p. 56.

⁷ Kamerstukken II 2013/2014, 33 891, nr. 3, p. 27.

Zorgkantoren kunnen meer inzicht krijgen in zorgvraag en -wensen

Tijdens onze onderzoeken naar de bovengenoemde cliëntgroepen zagen wij dat zorgkantoren niet alle informatiebronnen voor het achterhalen van de zorgvraag optimaal benutten. Om te bepalen welk aanbod in een regio noodzakelijk is, baseert men zich op de (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ))-indicaties en de declaratiegegevens. Voor het overgrote deel van de cliënten zal deze informatie voldoende zijn en niet tot fricties leiden. Bij één van onze onderzoeken zagen wij echter dat deze gegevens niet altijd als enige informatiebron geschikt zijn. De indicaties en declaraties geven namelijk geen inzicht in de benodigde context bij de zorgvraag. Waardoor onbekend is binnen welke omstandigheden en omgeving de zorg geleverd moet worden. Terwijl deze informatie juist voor specifieke cliëntgroepen noodzakelijk is om de passendheid van de zorg te bepalen.

Verrijking van de indicatie- en declaratiegegevens is noodzakelijk om te voorkomen dat (meer) fricties tussen zorgvraag en zorgaanbod ontstaan. Zorgkantoren hebben de daarvoor benodigde bronnen in hun bezit. Zij kunnen hiervoor gebruikmaken van meldingen van onafhankelijke cliëntondersteuning, zorgaanbieders en/of cliënten. Deze informatie wordt in veel gevallen nog onvoldoende benut om inzicht in de daadwerkelijke zorgvraag en het benodigde zorgaanbod te krijgen.

Zorgkantoren kunnen pas voldoende en passend zorgaanbod genereren als bekend is hoeveel cliënten nog geen passende zorg ontvangen en om welke reden deze niet passend is. Vanuit de meldingen van onafhankelijke cliëntondersteuning, zorgaanbieders of cliënten kunnen zorgkantoren in kaart brengen hoe de meldingen zich over de jaren heen hebben ontwikkeld, om hoeveel cliënten en welke zorgvragen het gaat en welke ontwikkelingen voor de korte en lange termijn zijn te verwachten. Deze informatie kan het zorgkantoor inzetten om door middel van differentiatie meer sturing op het zorgaanbod of innovaties aan te brengen.

Onder de context valt de daadwerkelijke woonomgeving van de cliënt en zorgverlening aan de cliënt. Cliënten met een (licht) verstandelijke beperking zijn bijvoorbeeld gebaat bij een leefomgeving en behandeling waarin continuïteit, voorspelbaarheid, en verbondenheid met begeleiders voorop staan. Als cliënten in een omgeving wonen waarin die context niet passend is, kan dit tot moeilijk verstaanbaar gedrag leiden en daarmee tot een (tijdelijke) toename van de complexiteit van de zorgvraag. De zorgvraag van deze cliënten kan dus continu veranderen.

Zorgkantoren zetten eerste stappen richting gedifferentieerde inkoop

De meeste zorgkantoren passen bij specifieke cliëntgroepen, zoals de complexe zorg in de gehandicaptenzorg, al differentiatie per zorgaanbieder toe. Zorgaanbieders kunnen een verhoogd tarief ontvangen wanneer zij een minimaal aantal bewezen effectieve innovaties of good practices, implementeren.

Enkele zorgkantoren zijn verder in de ontwikkeling van gedifferentieerde inkoop. De zorgkantoren Zilveren Kruis en Menzis laten op specifieke onderdelen initiatieven zien van gedifferentieerde inkoop. In deze initiatieven komt duidelijk naar voren dat de zorgkantoren de zorgvraag van specifieke cliëntgroepen goed in beeld hebben en zelf de regie houden op het benodigde zorgaanbod en de zorgaanbieders die zij hiervoor contracteren. In het onderstaande kader worden de initiatieven verder

toegelicht. Het is goed om te zien dat deze zorgkantoren de mogelijkheden voor gedifferentieerde inkoop oppakken en benutten.

Voor een groot deel van de afspraken geldt echter nog dat de zorgkantoren de verantwoordelijkheid en keuze voor het aandragen en realiseren van innovaties en zorgaanbod bij de zorgaanbieders leggen. Zorgkantoren lijken nog geen duidelijke stip op de horizon te hebben, waar zij met de inkoop naartoe werken. De zorgaanbieder bepaalt op dit moment nog welke innovaties worden ingezet en hoe eventuele samenwerkingsverbanden worden ingevuld. Zorgkantoren steunen nog te vaak op intenties. Aan de afspraken liggen veelal nog inspanningsverplichtingen ten grondslag, waardoor meetbare resultaatafspraken ontbreken. Hierdoor is niet aan te tonen welke resultaten worden bereikt en en of fricties in het zorgaanbod zijn opgelost. Wij concluderen dan ook dat zorgkantoren met betrekking tot deze afspraken nog effectiever kunnen zijn door uitdrukkelijker het doel te bepalen en de effectiviteit in en nakoming van de afspraken te toetsen.

Lees meer

Wilt u meer weten over de voorbeelden van gedifferentieerde inkoop door de zorgkantoren van Zilveren Kruis en Menzis? Lees dan het inkoopbeleid op de website van [Zilveren Kruis](#) (bijlage 10) en [Menzis](#), (Bijlage A) of onze korte samenvatting hieronder.

Zilveren Kruis

Zilveren Kruis heeft in de gehandicaptenzorg voor (1) kinderen met een complexe zorgvraag (2) vrouwen met een matige verstandelijk beperking, (3) ouderen met lichte/matige verstandelijke beperking en (4) mannen met een lichte verstandelijke beperking, gedifferentieerd ingekocht. Naast het aantal benodigde plekken, is per doelgroep uiteengezet wat de kenmerken van de benodigde context zijn, welk profiel deze cliëntgroep heeft en welke expertise nodig is. Voorbeelden van de genoemde benodigde context en expertise zijn: een omgeving die geen hinder heeft van uitingen van complex gedrag, ontmoedigingsbeleid, beschikbaarheid van een time-out ruimte, kennis van de-escalatie technieken en omgaan met agressie, omgaan met een niet aangeboren hersenletsel en beschikbaarheid van een arts voor verstandelijk gehandicapten psychiater in verband met toediening gedragsregulerende medicatie. Uit de omschrijving blijkt duidelijk de zorgvraag die de cliënten hebben en welk aanbod hierbij nodig is. Geïnteresseerden kunnen zich inschrijven met een onderbouwd plan van aanpak. Het zorgkantoor toetst vervolgens op de mate waarin de zorgaanbieders de vraag beantwoorden. Met deze methodiek laat het zorgkantoor zien dat de knelpunten tussen de zorgvraag en het zorgaanbod duidelijk in beeld zijn. Het zorgkantoor heeft in kaart gebracht welke voorwaarden en eisen nodig zijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

Menzis

Menzis heeft voor complexe zorg in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging modules ontwikkeld. Wij lichten nu de module voor de complexe zorg in de verpleging en verzorging verder toe. De module richt op zich op het genereren van specialistisch zorgaanbod voor de meest complexe en zwaarste cliënten zoals: (1) jongere mensen met dementie, (2) personen met morbide obesitas en een BMI van > 40, (3) personen met een niet-aangeboren hersenletsel, (4) personen met Parkinson en (5) de Laag Volume Hoog Complex (LVHC)-doelgroep. De zorgaanbieders kunnen hun initiatieven voor het genereren van zorgaanbod voor één of meerdere doelgroepen bij het zorgkantoor aanleveren. Dat voorstel wordt vervolgens op vier verschillende onderdelen beoordeeld en aan een puntenverdeling onderworpen. De hoogte van het aantal behaalde punten bepaalt vervolgens de hoogte van de tariefsopslag. Met deze methodiek laat het zorgkantoor zien dat voorstellen van individuele zorgaanbieders met elkaar worden vergeleken en dat het zorgkantoor degene beloont, die het best bij de doelen van het zorgkantoor aansluit.

Gedifferentieerde zorginkoop vergt transparantie richting zorgaanbieders

Zorgkantoren moeten vooraf vastleggen en communiceren met welke factoren differentiatie kan worden bereikt. Daarmee voldoen zij ook aan wettelijke aanbestedingsbeginselen, transparantie, gelijkheid in behandelingen en het goed motiveren van de gunningbeslissingen. Dit kan zorgen voor extra stappen in het zorginkoopproces. Deze extra stappen kunnen wel meer transparantie opleveren. Wij verwachten dat dit leidt tot een beter functionerende contractering. Deze is de afgelopen jaren door een sterke juridisering verhard. Uit diverse rechtszaken rondom de tariefstelling voor 2024 blijkt dat zorgaanbieders een sterke behoefte hebben aan transparantie.

Een voorbeeld van een transparant zorginkoopproces biedt het zorgkantoor DSW. DSW stelt voor elke zorgaanbieder een monitor op, waarin de totstandkoming van het tarief voor de betreffende zorgaanbieder wordt onderbouwd. De monitor is vooraf in te zien en de zorgaanbieders worden persoonlijk over de inhoud geïnformeerd. Iedere zorgaanbieder is op deze manier bekend met de eisen en doelstellingen waaraan voldaan moet worden en kan dit voor zijn eigen situatie verifiëren. Deze vorm van maatwerk en differentiatie per zorgaanbieder is transparant en op specifieke doelstellingen gebaseerd. Dit is een tijdsintensief proces, dat zich heeft terugbetaald. DSW was het enige zorgkantoor dat niet verwikkeld was in een rechtszaak rondom de tariefstellingen van het zorginkoopbeleid 2024.

3 **Zorgen over tijdig signaleren en acteren bij dreigende discontinuïteit van zorg**

Wlz-uitvoerders moeten op grond van hun zorgplicht waarborgen dat zorg in continuïteit beschikbaar is voor cliënten. Zorgkantoren gebruiken een Early Warning System (EWS) om mogelijke risico's voor discontinuïteit van zorg bij zorgaanbieders tijdig te signaleren, zodat zij tijdig passende maatregelen kunnen treffen om discontinuïteit van zorg te voorkomen. Zorgkantoren moeten een melding van overmacht indienen bij de NZa als zij er niet in slagen om discontinuïteit van zorg te voorkomen. De NZa heeft zorgen over het tijdig signaleren en acteren op dreigende discontinuïteit van zorg door zorgkantoren. Dit naar aanleiding van twee overmachtsmeldingen van één zorgkantoor en een informatieverzoek over EWS-signalen over dreigende discontinuïteit van zorg aan alle zorgkantoren. Zorgkantoren moeten meer regie nemen op het tijdig signaleren van en adequaat acteren op signalen van dreigende discontinuïteit, zodat Wlz-uitvoerders hun zorgplicht kunnen waarborgen.



Zorgkantoor meldde overmachtsmeldingen te laat en onderbouwde deze onvoldoende

Wij ontvingen eind 2023 en in het voorjaar van 2024 twee overmachtsmeldingen (zie onderstaande kader voor toelichting) van één zorgkantoor in verband met dreigende discontinuïteit van zorg bij twee zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg, in dezelfde regio. Logischerwijs gaat aan een overmachtsmelding een EWS-melding over dreigende discontinuïteit van zorg vooraf. Hiervan was bij deze overmachtsmeldingen echter geen sprake. Ook niet toen wij halverwege 2023 een informatieverzoek aan alle zorgkantoren stuurden om te inventariseren of zij meldingswaardige EWS-signalen van dreigende discontinuïteit van zorg hadden. Dat is opmerkelijk, omdat uit de behandeling van de later ontvangen overmachtsmeldingen bleek dat het zorgkantoor al enkele jaren bekend was met de dreigende discontinuïteit van zorg bij de betreffende zorgaanbieders en hierover al die tijd in gesprek was met hun respectievelijke bestuurders. Daarnaast constateerden wij dat het zorgkantoor voor één van deze meldingen na uitputting van mogelijke oplossingen voor het afwenden van de dreigende discontinuïteit van zorg nog bijna één jaar heeft gewacht met de overmachtsmelding. Het zorgkantoor heeft de overmachtsmeldingen derhalve te laat ingediend.

De *Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg* (TH/BR-017) beschrijft hoe zorgkantoren een overmachtsmelding bij de NZa moeten doen en welke informatie hierbij moet worden aangeleverd. Het betreffende zorgkantoor leverde bij de indiening van de overmachtsmelding niet alle benodigde informatie aan. Hierdoor was onvoldoende duidelijk welke verschillende mogelijke oplossingen het zorgkantoor had verkend en welke acties al waren ingezet door het zorgkantoor. Uit de verstrekte informatie bleek dat het zorgkantoor primair financiële middelen (100% vergoeding van het maximale NZa-tarief) heeft ingezet om de dreigende discontinuïteit van zorg te voorkomen. De inzet van alternatieve, niet-financiële middelen om discontinuïteit van zorg te voorkomen, zoals het verplaatsen van cliënten naar andere zorgaanbieders, kon het zorgkantoor onvoldoende aantonen.

Met het betreffende zorgkantoor is afgesproken dat het de werking van zijn processen moet verbeteren om situaties van dreigende discontinuïteit van zorg tijdig te kunnen signaleren en daarop adequaat te kunnen acteren. Het zorgkantoor moet hiertoe meer regie nemen op de behandeling van dergelijke continuïteitsdossiers om de continuïteit van zorg voor cliënten te kunnen waarborgen. Dit vraagt van het zorgkantoor dat het vanuit een visie tijdig anticipeert en acteert om de risico's voor discontinuïteit van zorg te minimaliseren.

Vroegtijdig signaleren van risico's op discontinuïteit van zorg

Zorgkantoren gebruiken het EWS om mogelijke risico's voor de continuïteit van zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders te signaleren. Die risico's kunnen op financieel gebied liggen (bijvoorbeeld verslechterende liquiditeit) maar ook meer kwalitatief van aard zijn (bijvoorbeeld nieuwbouwplannen). Signalering van risico's via EWS hoort zorgkantoren in staat te stellen om tijdig passende maatregelen te treffen om de discontinuïteit van zorg voor cliënten te voorkomen. De NZa wil tijdig door een zorgkantoor geïnformeerd worden als het in het EWS signaleert dat de continuïteit van zorg bij een zorgaanbieder in gevaar dreigt te komen. In 2019 maakte de NZa hierover afspraken met zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Overmachtsmelding indienen bij de NZa

Als een zorgkantoor er ondanks maximale inspanningen niet in slaagt om discontinuïteit van zorg te voorkomen, dan is het op basis van de Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg (TH/BR-017) verplicht een melding van overmacht in te dienen bij de NZa. Wij beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van overmacht en informeren de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hierover. De minister kan op basis van de melding en ons oordeel een besluit nemen over mogelijke vervolgstappen.

Zorgen over tijdig signaleren en acteren op dreigende discontinuïteit van zorg door zorgkantoren

Wij ontvingen sinds de totstandkoming van de werkafspraken in 2019 geen EWS-meldingen van zorgkantoren. Ook niet in reactie op ons informatieverzoek van medio 2023. Dat is opmerkelijk, omdat wij van zorgverzekeraars in dezelfde periode wel diverse EWS-meldingen ontvingen. Wij constateren dat deze EWS-meldingen van zorgverzekeraars adequater zijn onderbouwd dan de overmachtsmeldingen van het zorgkantoor. Deze verschillen tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren roepen de vraag op of zorgkantoren hun proces voor de behandeling van deze continuïteitsdossiers adequaat hebben ingericht. Wij hebben de zorg dat zorgkantoren hierdoor situaties van dreigende discontinuïteit eveneens niet tijdig signaleren en er derhalve niet adequaat op acteren.

Wij organiseerden daarom een bijeenkomst met zorgkantoren en zorgverzekeraars om de geconstateerde verschillen en de bevindingen van behandeling van de overmachtsmeldingen met elkaar te bespreken. Deze bijeenkomst heeft onze zorgen niet kunnen wegnemen. Ook is met zorgkantoren hier afgesproken dat zij individueel reflecteren op hoe zij het tijdig signaleren van en acteren op continuïteitsrisico's hebben georganiseerd, om hier vervolgens in een nieuwe bijeenkomst (in het licht van de lopende EWS-evaluatie) nogmaals gezamenlijk op te reflecteren. Graag benadrukken wij hier dat voor alle zorgkantoren geldt dat wij verwachten dat zij meer regie nemen op de behandeling van dergelijke continuïteitsdossiers om de continuïteit van zorg voor cliënten adequaat te kunnen waarborgen.

Vanwege de verslechterende financiële positie van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, is het aannemelijk dat er de komende jaren meer situaties van dreigende discontinuïteit zich kunnen voordoen. Het is van groot belang dat de door zorgkantoren ingerichte processen hiervoor adequaat werken om de continuïteit van zorg te kunnen blijven waarborgen. Dit heeft de komende periode de nadrukkelijke aandacht in ons toezicht.



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