

Wlz monitor

signalen van zorgaanbieders

Weergave resultaten 2015

Auteurs: Henk Herman Nap, Lotte Cornelisse, Sanne van der Weegen, Mirella Minkman

30-03-2016



Vilans

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding	6
De Wlz monitor	7
Doelstelling & vraagstelling	7
Methode	7
Deelnemende zorgorganisaties	8
Aanmeldingen voor de Wlz-monitor	8
Deelnemers aan de Wlz-monitor	9
Resultaten	11
Toegang tot zorg in het algemeen	11
Toegang tot Wlz	12
Subsidieregeling eerstelijns verblijf	16
Extramurale behandeling	18
Het Wlz-overgangsrecht voor bijzondere groepen	19
Bekostiging en zorginkoop	20
Bedrijfsvoering	24
Communicatie en informatie	26
Cultuur en visie	27
Administratieve lasten	28
Overig	30
Verwijzingen	31

Samenvatting

Dit rapport betreft de rapportage van de monitor Wet langdurige zorg (Wlz) 2015 – signalen van zorgaanbieders. Het doel van de Wlz-monitor was om tijdens het overgangsjaar 2015, samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de zorgaanbieders in de langdurige zorg, onderzoek te doen naar de kansen en knelpunten die ontstonden bij de invoering van de Wlz. Hiertoe is de monitor viermaal uitgezet: in februari (1e kwartaal 2015), mei (2e kwartaal 2015), september (3e kwartaal 2015) en december (4e kwartaal 2015). De monitor had niet tot doel een uitputtend en representatief beeld te geven, maar geeft de ervaringen en/of verwachtingen weer van individuele zorgaanbieders op dat moment in de praktijk. Doordat in de monitor ervaringen centraal staan, kan het zijn dat deze niet (altijd) overeenkomen met feitelijkheden. Wij zijn ons hiervan bewust. Het trekken van harde conclusies is derhalve niet altijd mogelijk. Daarom is de ondertitel van dit rapport 'signalen van zorgaanbieders'.

Gemiddeld namen er vijftig zorgaanbieders uit verschillende sectoren deel die zorg leveren in het domein van de Wlz. De monitorvragen richtten zich voornamelijk op Wlz-specifieke thema's, waaronder toegang tot zorg, toegang tot de Wlz, subsidieregeling eerstelijns verblijf, het Wlz-overgangsrecht, bekostiging en zorginkoop, bedrijfsvoering, communicatie en informatie, cultuur en visie en de administratieve lasten met betrekking tot de Wlz.

Terugblik op het overgangsjaar 2015

Toegang tot zorg

Uit de resultaten blijkt dat door de verschillende (recent ingevoerde) wetten niet altijd duidelijk is voor zorgaanbieders binnen welk domein de zorg geleverd kan worden voor bepaalde cliëntengroepen.

Toegang tot de Wlz

Met betrekking tot de tijdsduur van het indicatieproces gaf bijna de helft van de zorgaanbieders aan dat het indicatieproces niet langzamer of sneller gaat in vergelijking met de situatie voor invoering van de Wlz. Het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat het indicatieproces langzamer tot veel langzamer verloopt, daalde gedurende het jaar. Bij de toegang tot de Wlz werd in het 2e kwartaal crisisopvang specifiek als een knelpunt ervaren aangezien er aan cliënten zorg geleverd werd voordat het CIZ een indicatiebesluit had afgegeven. Zorgaanbieders gaven aan dat dit knelpunt vooral valt onder het eerstelijns verblijf, waarvoor de budgetten op dat moment uitgeput raakten. Het percentage zorgaanbieders dat crisis en spoedopname als knelpunt ervaarde nam gedurende het jaar af. Het merendeel van de zorgaanbieders gaf aan dat de indicatie voor crisisopvang door het CIZ voldoende tot in hoge mate overeenkwam met de schatting die zorgaanbieders zelf maakten.

In het 4e kwartaal gaven een aantal zorgaanbieders aan dat, als het CIZ geen indicatie verstrekt voor de Wlz of de subsidieregeling eerstelijns verblijf, het voor komt dat er geen afspraken kunnen worden gemaakt met de gemeente of de zorgverzekeraar over de vergoeding van de zorgkosten. Zorgaanbieders gaven aan dat dit met name betrekking had op de subsidieregeling voor eerstelijns verblijf, waarvan het budget in het 2e en 3e kwartaal van 2015 uitgeput was, waardoor zij knelpunten verwachtten voor de toegang tot zorg. Het meest genoemde positieve punt aan de Wlz is het feit dat de indicatie levenslang blijft gelden, zodat dat er geen herindicaties nodig zijn, wat administratieve lasten verlaagt en zorgt voor duidelijkheid voor de cliënt.

Subsidie regeling eerstelijns verblijf

Het merendeel van de zorgaanbieders ervaarde tijdens 2015 knelpunten met betrekking tot eerstelijns verblijf, onder andere vanwege ontoereikende productieafspraken in het begin van het jaar en een gebrek aan kennis van de regeling bij huisartsen. Met betrekking tot de eerstelijns subsidie zijn er gedurende het jaar steeds meer zorgaanbieders die aangeven dat het indicatieproces sneller gaat of gelijk is gebleven in vergelijking met voor de invoering van de Wlz. Daarnaast was er in het 2e en 3e kwartaal bij verschillende zorgaanbieders sprake van overproductie met betrekking tot deze subsidieregeling. In juli en november 2015 heeft VWS respectievelijk € 67 miljoen en € 20 miljoen extra middelen ter beschikking gesteld wat zich heeft vertaald in aanvullende afspraken voor individuele zorgaanbieders.

Wlz-overgangsrecht

Zorgaanbieders gaven aan dat met name de informatievoorziening naar cliënten toe verbeterd zou kunnen worden met betrekking tot het Wlz-overgangsrecht. Meer dan de helft van de zorgaanbieders ervaarde de afbakening tussen de verschillende wetten als een aandachtspunt in het kader van het Wlz-overgangsrecht. Een positief punt met betrekking tot het overgangsrecht is volgens de zorgaanbieders de rust bij de cliënt omdat er voor het jaar 2015 duidelijkheid is.

Bekostiging en zorginkoop

In het 1e en 2e kwartaal van 2015 beschreef ongeveer de helft van de zorgaanbieders dat het toegekende budget van een productieafspraken enigszins toereikend tot toereikend was, de andere helft achtte het budget geheel niet tot in lage mate toereikend. Zorgaanbieders gaven aan dat er met name op het gebied van eerstelijns verblijf een tekort is. Met betrekking tot de zorginkoop en bekostiging, blijkt uit de Wlz-monitor 2015 dat de herschikking na de zomer en het extra budget voor de eerstelijns subsidieregeling een positieve invloed hadden aangezien er vooral overproductie was van zorg die vergoed wordt op basis van deze subsidieregeling. Het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat er cliënten tussen wal en schip vallen – ten gevolge van de afspraken met de zorgkantoren – daalde van meer dan de helft in het 2e kwartaal tot ongeveer een derde in het 3e en 4e kwartaal. Uit de monitors blijkt verder dat er gedurende het jaar in toenemende mate meer overleg is geweest met de zorgkantoren over de cliëntvraag en de vertaling naar productieafspraken.

Bedrijfsvoering

Als onderdeel van de bedrijfsvoering gaf iets meer dan de helft van de zorgaanbieders aan dat zij gedurende het eerste half jaar de zorg enigszins aangepast hebben. Slechts enkelen gaven aan in hoge mate de zorgverlening te hebben aangepast. De zorgaanbieders lichtten toe dat zij al voor de invoering van de Wlz bezig waren met veranderingen door o.a. de cliënt centraal te stellen, kleinschalig wonen aan te bieden, mantelzorgparticipatie te versterken en de extramuralisering van zorg te ondersteunen. Ten aanzien van het zorgpersoneel kwam naar voren dat er een verschuiving plaats moest vinden in het deskundigheidsniveau; in de intramurale ouderenzorg is er bijvoorbeeld minder laag opgeleid personeel nodig en er zijn meer niveau 4 en 5 verpleegkundigen gewenst door de zwaardere zorgvraag van de cliënten.

Communicatie en informatie

Met betrekking tot de informatievoorziening over de Wlz gaven zorgaanbieders aan dat zij gebruik maken van verschillende bronnen, zoals de informatie verschaft door brancheorganisaties, zorgkantoren en het ministerie van VWS. De informatie vanuit de brancheorganisaties werd het meest gebruikt en gewaardeerd. Zorgaanbieders kregen relatief weinig vragen van cliënten over de veranderingen ten gevolge van de Wlz, het merendeel van de zorgaanbieders kreeg minder dan tien vragen per week binnen.

Cultuur en visie

Gedurende het gehele jaar gaf het merendeel van de zorgaanbieders aan dat zij voldoende tot in hoge mate kunnen voldoen aan de visie die aansluit op de Wlz-doelstellingen. Volgens enkele zorgaanbieders heeft de hervorming langdurige zorg ertoe geleid dat de cliënt beter centraal staat en dat wordt uitgegaan van eigen kracht en regie. Voorbeelden van hoe organisaties aansluiten op Wlz-doelstellingen zijn; cliënt of familie betrekken bij het zorgplan, vragen naar de voorkeuren van de cliënt en de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers.

Administratieve lasten

Gedurende het jaar geeft het merendeel van de zorgaanbieders aan dat zij de administratie omtrent de Wlz als last ervaren. Twee op de vijf zorgaanbieders gaf aan dat de administratieve lasten met betrekking tot de Wlz voor zorgverleners zijn toegenomen, drie op de vijf vindt dat dit niet zo is. Uit de toelichtingen die gegeven zijn door zorgaanbieders kwam naar voren dat met name de administratieve lasten voor zorgverleners omtrent de HLZ zijn toegenomen en dus niet specifiek omtrent de Wlz. Meer dan de helft gaf aan dat de toename van administratieve lasten geldt voor het ondersteunend personeel. Zorgaanbieders verwachten dat deze toename structureel zal zijn. Een deel van de zorgaanbieders lichtte toe dat er een toename is in de tijd die besteed wordt aan administratieve werkzaamheden door zorgprofessionals vanwege de diverse wetten, de verantwoording MPT en VPT en de verantwoording naar het CIZ en het zorgkantoor.

Inleiding

Vilans voerde gedurende 2015 de Wlz-monitor uit in opdracht van het ministerie van VWS. Dit document beschrijft de resultaten. De monitors over de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn uitgezet in het 1e, 2e, 3e en 4e kwartaal van 2015. Deze vier monitors richtten zich op het verkrijgen van inzicht in de ervaringen van individuele zorgaanbieders met de invoering van de Wlz en hun verwachtingen en ervaringen met betrekking tot knelpunten gedurende het jaar. In de inleiding wordt achtereenvolgens ingegaan op de achtergrond van de monitor, de doel- en vraagstelling en de aanpak.

Achtergrond

Per 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht. Een nieuwe wet die de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangt (AWBZ), maar waarnaast ook de bestaande wetten zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) veranderden. Zo is de gemeente nu bijvoorbeeld verantwoordelijk voor lichtere vormen van ondersteuning via de Wmo en is de wijkverpleging overgegaan naar de Zvw. De Wlz is er voor mensen die permanent toezicht en/of 24-uurszorg in de nabijheid nodig hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om ouderen met ernstige dementie, om mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking en om mensen met een ernstige psychische stoornis (langer dan drie jaar)¹.

De Wlz² was voor zorgaanbieders een nieuw wettelijk beleidskader. De introductie van een nieuwe wet biedt kansen, maar kan ook gepaard gaan met knelpunten die pas zichtbaar worden na de feitelijke invoering. Het ministerie van VWS heeft Vilans verzocht om de implementatie van de Wlz te monitoren. Hiertoe zijn, samen met de zorgaanbieders, de ontwikkelingen gevolgd gedurende 2015. De resultaten werden na afloop van elke afzonderlijke monitor geanalyseerd en op basis hiervan werd gedurende het jaar direct feedback gegenereerd van de deelnemende zorgaanbieders voor het ministerie van VWS. Mede op basis van deze informatie heeft het ministerie van VWS beleidsaanpassingen gemaakt en verbeteringen ingevoerd.

Dit rapport betreft de resultaten die in de vier verschillende monitors zijn opgehaald. Deze weergave van resultaten levert een trendoverzicht van de ervaringen en gevolgen rondom de implementatie van de Wlz vanuit het oogpunt van de (individuele) zorgaanbieders. Andere perspectieven zoals de ervaringen van cliënten of andere stakeholders zijn eveneens van belang, maar vallen buiten het kader van deze monitor en de opdracht.

Om de veranderingen in de zorg naar aanleiding van de invoering van de Wlz te monitoren heeft Vilans een monitor uitgezet bestaande uit 4 digitale web-based vragenlijsten en 6 bijeenkomsten met zorgaanbieders.



De Wlz monitor

Doelstelling & Vraagstelling

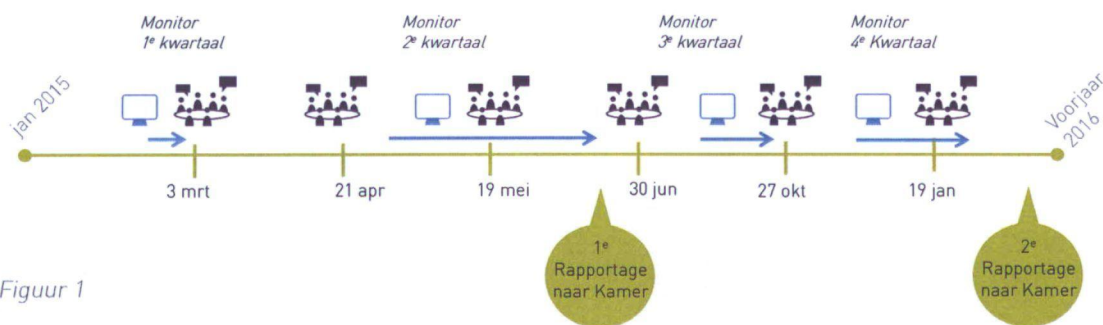
Het doel van de Wlz-monitor was om tijdens het overgangsjaar 2015, samen met VWS en de zorgaanbieders in de langdurige zorg, te onderzoeken waar kansen en knelpunten ontstonden bij de invoering van de Wlz. Centrale vragen hierbij zijn:

- Hoe verliep de implementatie van de Wlz volgens zorgaanbieders; welke aspecten gingen goed en welke knelpunten gaven zorgaanbieders aan?

Methode

De werving voor deelnemers aan de Wlz-monitor heeft gedurende het hele jaar plaats gevonden via onder andere een mailing aan zorgaanbieders uit het brede netwerk van Vilans, een openbare oproep via de verschillende websites en kennispleinen van Vilans en kennispartners, via de brancheorganisaties (o.a. Actiz, GGZ Nederland, VGN) die betrokken zijn bij de hervorming langdurige zorg (HLZ), via de partners die deelnemen aan de HLZ-implementatietafels waaraan Vilans vanuit de Wlz-monitor deelneemt en via een oproep tijdens het 'Congres Invoering Wet langdurige zorg' dat op 9 maart 2015 plaatsvond te Utrecht. Op deze manier zijn verschillende zorgaanbieders bereid gevonden om deel te nemen aan de Wlz-monitor. Aan de monitor konden zorgaanbieders participeren die zorg leveren binnen het domein van de Wlz. Hierbij werd een verdeling van diverse zorgaanbieders nagestreefd (grootte, type cliënten en geografische ligging). De deelnemende zorgaanbieders zijn afkomstig uit verschillende sectoren: de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg, de Gehandicaptenzorg (GZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Zorgaanbieders konden aangeven of zij wilden participeren in een 'binnenring' of 'buitenring'. Deelnemers uit zowel de binnen- als buitenring ontvingen periodiek een digitale vragenlijst. Deelnemers aan de 'binnenring' namen, naast de digitale vragenlijst, deel aan bijeenkomsten waarin de resultaten van de Wlz-monitor werden besproken en vraagstukken nader werden onderzocht. Bij deze bijeenkomsten was VWS vertegenwoordigd. In figuur 1 is het proces van de monitor weergegeven. Beide groepen zorgaanbieders ontvingen in 2015 vier maal de digitale vragenlijst met gesloten en open vragen op actuele thema's passend bij de fase van invoering van de Wlz. De thema's en vragen zijn voorgesteld door Vilans op basis van een analyse van thematiek in de tekst Memorie van Toelichting van de Wlz¹ en zijn vastgesteld in samenspraak met het ministerie van VWS en de deelnemers aan de HLZ-implementatietafel (o.a. Actiz, GGZ Nederland en VGN).

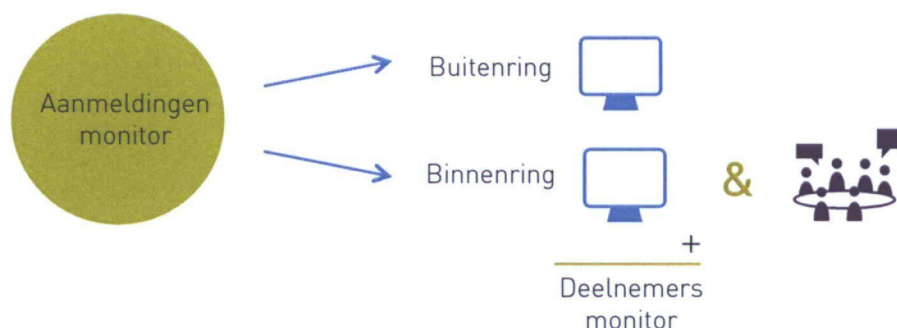


Figuur 1

Na iedere monitor zijn de resultaten van de digitale vragenlijst en de binnenringbijeenkomst geanalyseerd door Vilans. Per monitor zijn steeds de kwantitatieve gegevens geanalyseerd middels het statistische analyse programma SPSS versie 23. Van deze gegevens zijn grafieken gemaakt. Bij iedere vraag hadden de zorgaanbieders de kans om een toelichting te geven. De toelichtingen en de kwalitatieve gegevens uit de binnenringbijeenkomsten zijn steeds geanalyseerd door twee onderzoekers. De kwalitatieve data - verkregen uit open vragen, toelichtingen bij vragen en de binnenringbijeenkomsten - zijn uitgeschreven en gerangschikt per thema met frequentie van toelichting. Toelichtingen die door meerdere zorgaanbieders werden genoemd zijn vermeld in de rapportage. In mei 2015 is er een tussenrapportage verstuurd naar de Tweede Kamer en is deze met het ministerie van VWS en de deelnemende zorgaanbieders gedeeld³.

Deelnemende zorgaanbieders

Zoals beschreven in de methodesectie heeft Vilans zorgaanbieders in de langdurige zorg geworven om deel te nemen aan de Wlz-monitor in de vorm van de eerder genoemde 'binnen- en buitenring' (zie figuur 2). In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van de deelnemende zorgaanbieders toegelicht, wat de spreiding in Nederland is, hoeveel deelnemers er aan de verschillende monitors hebben deelgenomen, in welke sector zij zorg leveren en of zij naast de Wlz ook zorg in andere domeinen leveren.



Figuur 2

Aanmeldingen voor de Wlz-monitor

Aan de monitors in 2015 participeerden in totaal 109 zorgaanbieders waarvan 56 in de binnenring en 53 in de buitenring. Geïnteresseerde zorgaanbieders die geen zorg leveren in het domein van de Wlz werden uitgesloten van deelname.

Diversiteit van de zorgaanbieders

De deelnemende zorgaanbieders aan de Wlz-monitor zijn gevestigd op verschillende plekken in het land zoals in figuur 3 is weergegeven. Zij zijn afkomstig uit verschillende sectoren; Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de Gehandicaptenzorg (GZ), de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Jeugdzorg en combinaties van deze sectoren. De monitors zijn ingevuld door een relatief kleine steekproef van het totale aantal zorgaanbieders in Nederland. Daarom is deze monitor niet representatief voor alle Wlz-zorgaanbieders, maar brengt het signalen vanuit het perspectief van zorgaanbieders in kaart.



Figuur 3



Deelnemers aan monitors 2015

Gemiddeld zijn de Wlz-monitors door 50 verschillende zorgaanbieders ingevuld (1e kwartaal 43 deelnemers, 2e kwartaal 54 deelnemers, 3e kwartaal 53 deelnemers en in het 4e kwartaal door 50 deelnemers). De monitor is voornamelijk ingevuld door bestuurders, managers en beleidsmedewerkers van zorgorganisaties. Het merendeel van deze respondenten heeft hierbij aangegeven dat zij informatie hebben opgevraagd bij collega's. Omdat deelname vanuit de GGZ en Jeugdzorg op prijs werd gesteld maar hun aandeel in de minderheid was, is gedurende het jaar daar extra op geworven, waardoor er in de laatste 2 kwartalen meer zorgaanbieders uit die sectoren betrokken waren dan in de eerste 2 kwartalen^a.

In de onderstaande tabellen is voor de verschillende monitors zichtbaar in welke domein(en) (tabel 1 t/m 4) en welke sector(en) (tabel 5 t/m 8) deelnemende zorgaanbieders zorg leveren. De meeste zorgaanbieders leverden naast Wlz-zorg, ook zorg binnen de andere domeinen. Tabel 9 laat de grootte van deelnemende zorgaanbieders per monitor zien op basis van personeelsleden en vrijwilligers.

Domein(en):

Tabel 1

Monitor 1^e kwartaal
n=43

Domein:	aantal zorgaanbieders	% van domein waarin zij zorg verlenen		
		gemiddelde	minimum	maximum
Wlz	43	74%	14%	100%
Wmo	41	14%	1%	55%
Zvw	33	15%	0%	60%
Jeugdwet	niet bekend			

Tabel 2

Monitor 2^e kwartaal
n=54

Domein:	aantal zorgaanbieders	% van domein waarin zij zorg verlenen		
		gemiddelde	minimum	maximum
Wlz	54	69%	10%	100%
Wmo	50	11%	1%	35%
Zvw	44	23%	0%	80%
Jeugdwet	15	4%	0%	15%

Tabel 3

Monitor 3^e kwartaal
n=53

Domein:	aantal zorgaanbieders	% van domein waarin zij zorg verlenen		
		gemiddelde	minimum	maximum
Wlz	53	62%	2%	100%
Wmo	50	11%	1%	85%
Zvw	40	29%	0%	82%
Jeugdwet	23	6%	0%	36%

Tabel 4

Monitor 4^e kwartaal
n=50

Domein:	aantal zorgaanbieders	% van domein waarin zij zorg verlenen		
		gemiddelde	minimum	maximum
Wlz	50	66%	2%	100%
Wmo	47	11%	1%	59%
Zvw	36	27%	1%	82%
Jeugdwet	22	6%	1%	30%

^aDe samenstelling van deelnemers per sector in de verschillende monitors, is mogelijk van invloed geweest op de resultaten gedurende het jaar.

Sector(en):

Tabel 5

Monitor 1^e kwartaal

n=43

Sector:	Aantal zorgaanbieders	% van totaal
Verpleging en verzorging	29	67%
Gehandicaptenzorg	14	33%
Geestelijke Gezondheidszorg	7	16
Thuiszorg	19	44%
Jeugdzorg	5	12%

Tabel 6

Monitor 2^e kwartaal

n=54

Sector:	Aantal zorgaanbieders	% van totaal
Verpleging en verzorging	42	78%
Gehandicaptenzorg	12	22%
Geestelijke Gezondheidszorg	4	7%
Thuiszorg	33	61%
Jeugdzorg	3	6%

Tabel 7

Monitor 3^e kwartaal

n=53

Sector:	Aantal zorgaanbieders	% van totaal
Verpleging en verzorging	33	62%
Gehandicaptenzorg	14	26%
Geestelijke Gezondheidszorg	16	30%
Thuiszorg	19	36%
Jeugdzorg	10	19%

Tabel 8

Monitor 4^e kwartaal

n=50

Sector:	Aantal zorgaanbieders	% van totaal
Verpleging en verzorging	33	66%
Gehandicaptenzorg	15	30%
Geestelijke Gezondheidszorg	12	24%
Thuiszorg	24	48%
Jeugdzorg	13	26%

Grootte van de deelnemende zorgaanbieders per monitor: personeel en vrijwilligers

Tabel 9

	1e kwartaal Gemiddelde (range)	2e kwartaal Gemiddelde (range)	3e kwartaal Gemiddelde (range)	4e kwartaal Gemiddelde (range)
Fte personeelsleden	934 (7-7900)	911 (10-7000)	766 (8-3900)	858 (3-3900)
Aantal personeelsleden		1525 (18-8500)	1274 (15-7900)	1397 (3-7900)
Aantal vrijwilligers	610 (0-4000)	684 (0-4000)	593 (0-4000)	544 (0-4000)
Aantal uren per week dat vrijwilligers werken		4 (1-24)	4 (1-24)	3 (1-10)

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de Wlz-monitor per thema weergegeven. De volgende thema's worden behandeld: toegang tot zorg in het algemeen, toegang Wlz, eerstelijns verblijf, extramurale behandeling, het Wlz-overgangsrecht, bekostiging en zorginkoop, bedrijfsvoering, communicatie en informatie, cultuur en visie en administratieve lasten.

Toegang tot zorg in het algemeen

In deze paragraaf staan de resultaten weergegeven met betrekking tot de toegang van zorg in het algemeen. Ondanks dat de monitors zijn uitgezet om ervaringen en knelpunten met betrekking tot de Wlz in kaart te brengen, gaf een groot deel van de deelnemende zorgaanbieders aan dat ze ook signalen wilden afgeven over de opsplitsing van de zorg en ondersteuning in verschillende domeinen. In overleg met VWS hebben de monitors in de tweede helft van 2015 zich ook gericht op de toegang van zorg in het algemeen. Er is gevraagd naar knelpunten die worden ervaren voor specifieke groepen. Ook is er gevraagd naar aandachtspunten met betrekking tot de gehele hervorming langdurige zorg. Tot slot heeft de Wlz-monitor 2015 bij zorgaanbieders geïnventariseerd of zij ervaren dat mensen langer thuis kunnen wonen door de herziening van de langdurige zorg.

Knelpunten bij de toegang tot zorg

Zorgaanbieders is in het 3e en 4e kwartaal gevraagd voor welke groepen zij knelpunten zien met betrekking tot de toegang tot zorg en wat het knelpunt behelst. Tussen het 3e kwartaal en 4e kwartaal was er een stijging van 10% in het aantal zorgaanbieders dat knelpunten ervaart bij de toegang tot zorg (HLZ breed). In het 4e kwartaal gaf een ruime meerderheid (86%) van de zorgaanbieders aan knelpunten te ervaren met betrekking tot de toegang tot zorg. Onderstaand zijn de knelpunten per genoemde groep weergegeven.

- **Cliënten met dementie**

Er komen knelpunten voor bij mensen met dementie die nog thuis wonen. Volgens de zorgaanbieders kunnen zij pas in een laat stadium worden opgenomen in een verpleeghuis, met mogelijk overbelaste mantelzorg als gevolg. Ook wordt aangegeven dat er knelpunten worden ervaren bij de contractering van zorg met behandeling voor de voormalig verzorgingshuisbewoners met dementie.

- **Mensen met een GGZ-c-indicatie**

Voor GGZ-c-cliënten met behandeling verblijvend in een verpleeghuis geven enkele zorgaanbieders aan dat de gemeente wenst om uitsluitend een contract af te sluiten zonder behandeling. Argument hierbij is dat de functie behandeling niet in de Wmo voorkomt. De behandeling bij deze cliënten zou binnen de eerstelijns Zvw-voorzieningen ingevuld moeten worden.

- **Jeugdige licht verstandelijk gehandicapten**

Door het Wlz-criterium 'blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid' ontstonden er problemen bij jeugdigen (18+). Zorgaanbieders willen deze groep juist leren om zelfstandig te worden, maar daarvoor moeten ze wel eerst een aantal jaren in een beschermde woonvorm wonen. VNG en VWS zijn het eens met de conclusie van het HHM rapport dat de Wmo voor deze groep het meest passende kader is en dat een wetwijziging niet nodig is (zie derde voortgangsrapportage HLZ, 2 november 2015)⁴.

- **Groepen met multi-problematiek**

Het verkrijgen van de (juiste) indicatiestelling gaat voor deze groep moeizaam. Mensen met multi-problematiek krijgen nog niet altijd een integrale en 'wet overstijgende benadering'. Gedurende 2015 ervaart deze groep - volgens de zorgaanbieders - nog schotten tussen de verschillende loketten en werken deze loketten nog niet goed samen. Zorgaanbieders geven aan dat de zorg van deze groep vaak wordt gefinancierd met een eerstelijns subsidie.

- Gehandicaptenzorg in het algemeen

Er is geen eenduidige richtlijn voor de indicering van cliënten van wie geen recente diagnose beschikbaar is. Zij blijken soms bij de Wmo te zijn ondergebracht en soms bij de Wlz.

- Terminale zorg

Zorgaanbieders ervaren problemen om voor bestaande cliënten in terminale conditie een uitbreiding te krijgen naar terminale zorg.

- Thuiswonende mensen met een grote zorgvraag

Zorgaanbieders gaven aan dat de richtlijnen voor het indiceren onder de Wmo en de Wlz geen uitsluitel geven bij deze groep mensen. Zij worden dus soms bij de Wmo en soms bij de Wlz ondergebracht.

Aandachtspunten met betrekking tot de hervorming langdurige zorg (HLZ) in zijn geheel

In het 3e en 4e kwartaal lichtten zorgaanbieders toe dat de hervorming van de langdurige zorg de cliënt beter centraal zet dan voorheen; eigen kracht en regie worden hierbij genoemd. Het langer thuis wonen wordt gestimuleerd wat door zorgaanbieders als positief wordt ervaren. In het 4e kwartaal is aan alle deelnemende zorgaanbieders een aanvullende vraag gesteld of zij vanuit hun organisatie ervaren dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen door de HLZ. Bijna een kwart van de zorgaanbieders gaf aan dit te ervaren. Hierbij wordt echter door de zorgaanbieders de kanttekening geplaatst dat het langer thuis wonen niet altijd een gevolg is van een wens van de cliënt. Zij geven als toelichting dat cliënten in de gehandicaptenzorg soms thuis moeten blijven wonen omdat er geen nieuwe woningen zijn of ter beschikking komen. In de praktijk betekent dit dat wanneer mensen nu intramuraal komen te wonen, zij een zwaardere zorgvraag hebben dan voorheen. Twee aandachtspunten met betrekking tot de HLZ komen hieruit voort:

- Zorgaanbieders in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg wijzen op het risico van overbelasting van partners van mensen met dementie die langer thuis blijven wonen.
- Er bestaan nog schotten tussen de verschillende wetten (met name de Wlz en de Wmo). Gemeenten kunnen hun expertise gericht op de samenhang tussen de verschillende wetten nog vergroten.

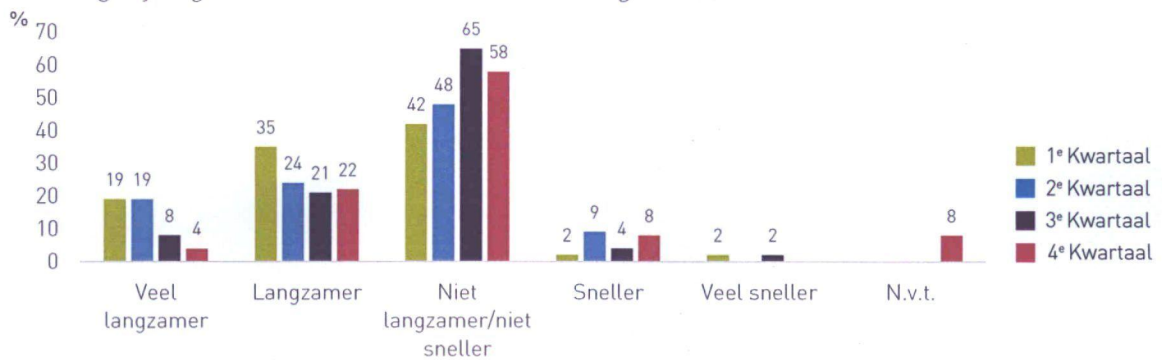
Toegang tot de Wlz

Ten gevolge van de hervorming langdurige zorg is de AWBZ komen te vervallen en wordt de zorg die geleverd werd op basis van de AWBZ nu geleverd gebaseerd op de Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet. Met de invoering van de Wlz worden alle nieuwe cliënten door het CIZ geïndiceerd en zijn gemandateerde indicatiebevoegdheden afgeschaft (herindicatie via taakmandaat (HiT) en Standaard indicatie protocollen (SIP)). De doelstelling van deze aanpassing binnen de Wlz is om de zorgvuldigheid van het indicatieproces te vergroten. In deze monitor is voor de Wlz geëvalueerd hoe zorgaanbieders de toegang tot zorg binnen de Wlz voor nieuwe cliënten ervaren. Er is gemonitord wat de komst van de Wlz heeft betekend voor het indicatieproces, gelet op de tijdsduur en de hoogte van de indicatie. Daarnaast zijn er knelpunten en positieve aspecten met betrekking tot de toegang in kaart gebracht. Tot slot is er gemonitord hoe de toegang tot zorg bij spoed wordt ervaren. In dit thema is de subsidieregeling eerstelijns verblijf buiten beschouwing gelaten, dit wordt in een apart thema (paragraaf subsidieregeling eerstelijns verblijf, zie pagina 16) behandeld.

Invloed van invoering Wlz op de tijdsduur en hoogte van indicaties

In de monitors is gevraagd wat de gevolgen zijn van de invoering van de Wlz op de hoogte van de indicaties en de tijdsduur van het indicatieproces bij het CIZ. Het gaat hierbij om de perceptie van de zorgaanbieders.

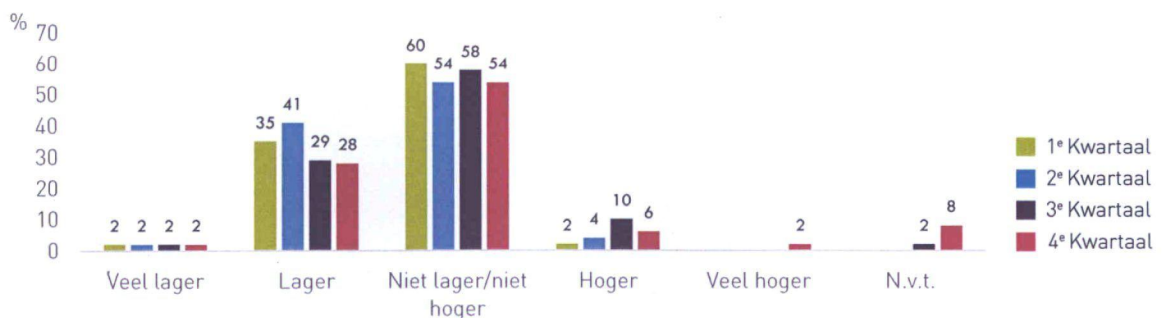
Gevolgen wat betreft de tijdsduur van het indicatieproces, in vergelijking met de situatie vóór de invoering van de Wlz



Figuur 4

In figuur 4 is te zien dat gedurende het gehele jaar gemiddeld ongeveer de helft van de zorgaanbieders aangaf dat het indicatieproces niet langzamer of sneller verliep dan voor de invoering van de Wlz. Uit de resultaten blijkt verder dat het percentage zorgaanbieders dat antwoordde dat het proces langzamer tot veel langzamer verliep, vanaf het 1e tot en met het 4e kwartaal is gedaald. In de toelichtingen werd erop gewezen dat tijdens de AWBZ zorgaanbieders zelf de indicatie konden stellen, nu doet het CIZ dit en zij hanteren hiervoor een termijn van maximaal zes weken. Zorgaanbieders gaven aan dat het indicatieproces onder andere langer duurt doordat zij relatief veel informatie moeten aanleveren aan het CIZ. Bekend is dat in het 1e kwartaal vooral problemen werden ervaren bij de aangescherpte eisen met betrekking tot de identificatieplicht. Deze eisen zijn later door interventie van VWS en het CIZ versoepeld (zie brief VWS 'Ondertekening van de aanvraag indicatie Wlz door de cliënt', 24 juni 2015)⁶. Een ander deel van de zorgaanbieders zei juist te ervaren dat het proces sneller verloopt vanwege onder andere het experiment 'regelarme instelling' waaraan zij deelnemen. Tot slot kwam er in de toelichtingen naar voren dat enkele zorgaanbieders in het 1e kwartaal problemen rondom crisis/spoedopnames ervoeren. Het kwam voor dat de indicatie van het CIZ lager uitviel dan verwacht, terwijl de kosten dan al gemaakt waren. De zorgaanbieders gaven aan dat met het invoeren van een regel voor 'bijzondere omstandigheden' en een snellere omzetting van eenvoudige indicaties de knelpunten mogelijk opgelost kunnen worden. Naast de gevolgen betreffende de tijdsduur van het indicatieproces is er ook gemonitord wat de gevolgen zijn voor de hoogte van de indicaties van nieuwe cliënten die door het CIZ zijn afgegeven sinds de invoering van de Wlz.

Gevolgen wat betreft de hoogte van de indicatie van nieuwe cliënten, in vergelijking met de situatie vóór de invoering van de Wlz

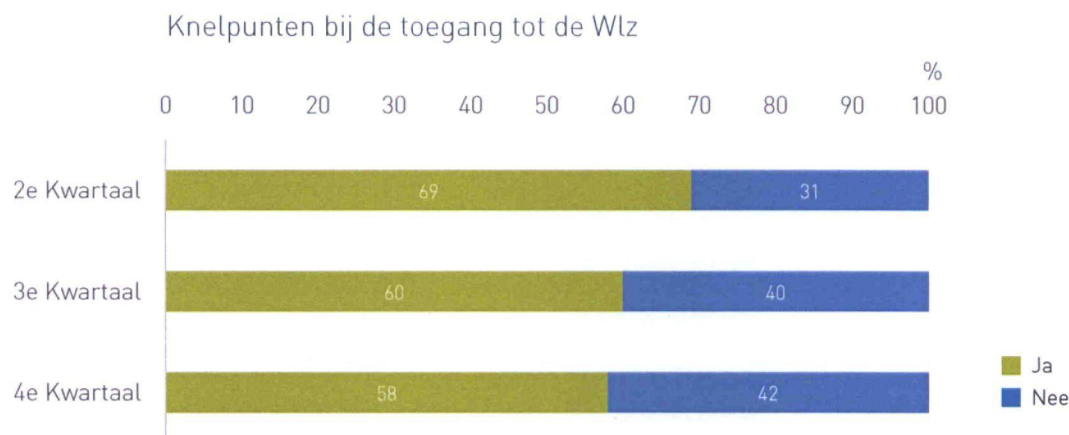


Figuur 5

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat het indicatie proces niet langzamer/niet sneller verloopt dan voor de invoering van de Wlz.

Meer dan de helft van de zorgaanbieders gaf tijdens het gehele jaar aan dat de hoogte van de indicatie bij nieuwe cliënten niet lager of hoger is geworden sinds de invoering van de Wlz (zie figuur 5). Ongeveer een derde gaf aan dat de indicaties lager zijn dan voor de invoering van de Wlz. Gedurende het jaar nam het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat de indicatie lager tot veel lager was iets af. Enkele zorgaanbieders gaven aan dat de indicatie voor nieuwe cliënten hoger tot veel hoger is. Tijdens de binnenringbijeenkomst van het 2e kwartaal vertelden zorgaanbieders te ervaren dat de beoordeling van het CIZ kan verschillen per regio en kan verschillen per CIZ-medewerker.

Knelpunten bij de toegang tot de Wlz



Figuur 6

In het 1e kwartaal van 2015 werd de zorgaanbieders een open vraag voorgelegd welke knelpunten zij ervaren bij de toegang tot de Wlz. Om te achterhalen op welke schaal deze knelpunten werden ervaren is in de opvolgende monitors gevraagd of zij knelpunten ervaren bij de toegang tot de Wlz en zo ja welke knelpunten dit betrof. Zij konden kiezen uit een aantal knelpunten welke op basis van de eerste monitor werden geformuleerd. Het percentage zorgaanbieders dat knelpunten ervaarde is afgenomen gedurende het jaar en lijkt zich te stabiliseren in het 4e kwartaal tot iets minder dan 60% van de zorgaanbieders (zie figuur 6). In onderstaande tabel wordt per knelpunt en per monitor weergegeven welk percentage van de zorgaanbieders dat knelpunt ervaart bij de toegang tot de Wlz (zie tabel 10).

Tabel 10

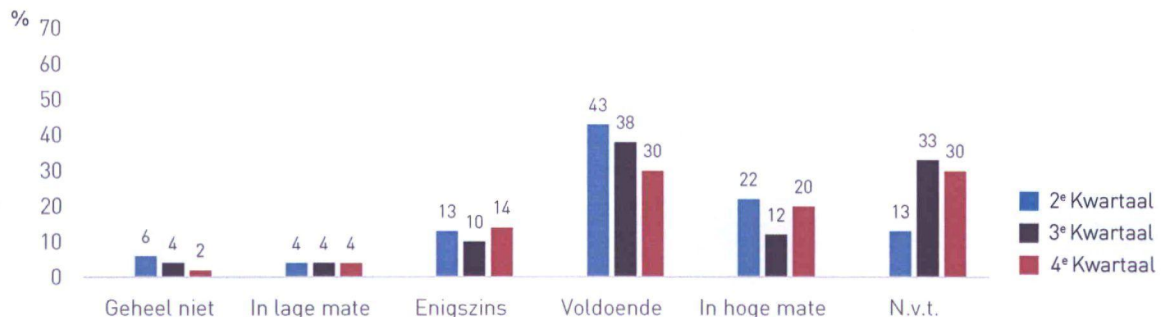
	% van aantal aanbieders dat een knelpunt ervaart		
	2 ^e kwartaal n=37	3 ^e kwartaal n=31	4 ^e kwartaal n=29
Spoed/crisis	62%	39%	38%
Invullen van de aanvraag	38%	26%	21%
Voorheen lage ZZP's	32%	32%	38%
Wachlijsten	27%	26%	35%
De informatievoorziening vanuit het CIZ	22%	36%	21%

Gedurende het jaar daalde het percentage zorgaanbieders dat crisis en spoedopname als knelpunt ervaarde met betrekking tot de toegang Wlz. Deelnemers gaven in het 3e kwartaal aan dat een crisis- en spoedopname een risico vormt voor de zorgaanbieder. Indien de indicatie niet wordt toegekend is er namelijk al wel zorg geleverd. Verder gaf men aan dat dit vooral valt onder het eerstelijns verblijf, waarvoor de budgetten op dat moment uitgeput raakten. Het CIZ vraagt relatief meer informatie ten behoeve van de indicatiestelling, wat er volgens zorgaanbieders toe leidt dat de aanvraag meer tijd kost dan in de oude situatie. Zorgaanbieders lichtten bij het knelpunt lage ZZP's toe dat de ZZP's soms te laag zijn en onvoldoende passen bij de zorgvraag. Bij het knelpunt wachtlijsten werd door enkele zorgaanbieders toegelicht dat de budgetten overschreden zijn waardoor er geen nieuwe cliënten kunnen worden opgenomen. Over de informatievoorziening vanuit het CIZ werd door een aantal zorgaanbieders gezegd dat zij geen vast contactpersoon hebben bij het CIZ. Verder was de informatievoorziening betreffende het Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis onduidelijk.

Overeenstemming in indicatie-inschatting bij spoedopnames

Er kunnen zich situaties voordoen dat zorgaanbieders Wlz-zorg leveren alvorens het CIZ een Wlz-indicatie heeft afgegeven. Dit komt voornamelijk voor bij spoedopnames. Indien er een spoedopname zonder Wlz-indicatie (bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, het overlijden van een ouder van een cliënt of bij een crisis) plaatsvindt binnen de instelling levert de zorgaanbieder zorg zonder CIZ-indicatie. Indien door het CIZ niet alsnog een Wlz-indicatie gegeven wordt (binnen de gestelde termijn van twee weken) kunnen de kosten van deze zorg niet vanuit de Wlz vergoed worden. In de monitor is in kaart gebracht in hoeverre de indicatie-inschatting vanuit zorgorganisaties in overeenstemming is met de uiteindelijke CIZ-indicaties bij spoedopnames volgens de zorgaanbieders (zie figuur 7).

Mate van overeenstemming in indicatie inschatting vanuit de organisatie in vergelijking met uiteindelijke CIZ indicatie bij spoedopname



Figuur 7

Gedurende het hele jaar gaven de meeste zorgaanbieders aan dat de indicatie door het CIZ (in geval van een crisisopname) voldoende tot in hoge mate overeenkwam met de schatting die zij zelf maakten. Gedurende het jaar gold voor gemiddeld 20% van de zorgaanbieders dat de indicatie enigszins tot geheel niet overeenkwam met hun eigen inschatting. Gedurende het jaar gaf gemiddeld 25% van de zorgaanbieders aan dat zij nog niet te maken hadden gehad met een crisisopname doordat zij geen crisisbed hebben of doordat er nog geen crisisaanvraag was afgerond.

In de laatste monitor van 2015 (4e kwartaal) is er een vraag toegevoegd voor de zorgaanbieders die hadden aangegeven dat de indicatiestelling geheel niet tot enigszins overeenkwam met hun eigen inschatting bij spoedopname (10 zorgaanbieders in totaal). Van deze groep bereikten twee zorgaanbieders wel overeenstemming met de gemeente of de zorgverzekeraar en vijf zorgaanbieders gaven aan dat dit niet lukte. Uit de toelichtingen kwam naar voren dat deze cliënten wel zorg blijven ontvangen, maar dat de zorgaanbieders hiermee een financieel risico kunnen lopen.

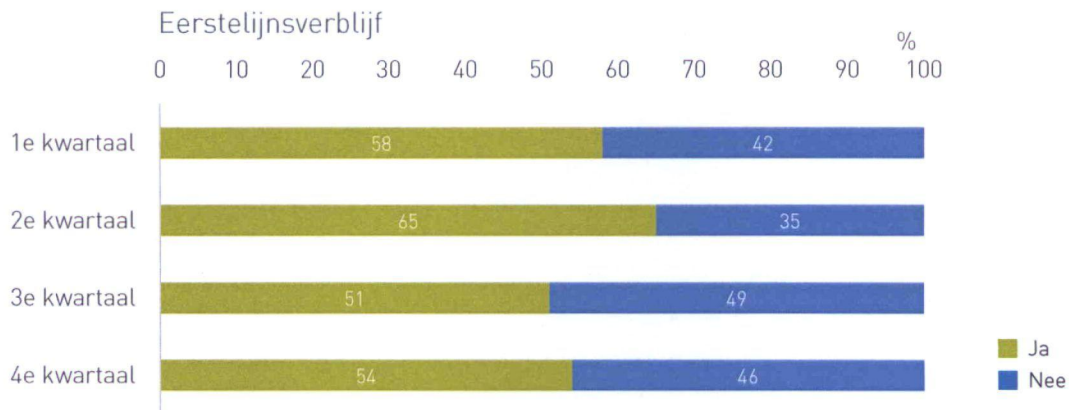
Positieve punten bij de toegang tot de Wlz

In de monitors vanaf het 2e kwartaal is gevraagd naar positieve punten omtrent de toegang tot de Wlz. Sommige zorgaanbieders gaven aan geen positieve punten te zien, anderen gaven aan het als positief te ervaren dat de indicaties geen eindtermijn hebben en oneindig geldig zijn. Dit geeft duidelijkheid voor de cliënt en vermindert de administratieve lasten indien de indicatie blijft voldoen en er geen herindicatie nodig is. Ook wordt de heldere afbakening gewaardeerd door enkele zorgaanbieders.

Subsidieregeling eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf is een aanspraak die vanaf 2017 gaat vallen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met de invoering van de Wlz is het niet meer mogelijk om kortdurend te worden opgenomen in een instelling omdat de Wlz alleen toegang biedt voor cliënten met een zorgvraag voor blijvend intensieve zorg. De overheveling van het kortdurend verblijf naar de Zvw is echter uitgesteld. In 2015 werd kortdurend verblijf mogelijk gemaakt op basis van een subsidieregeling binnen de Wlz en het CIZ beoordeelt de aanvragen hiervoor.

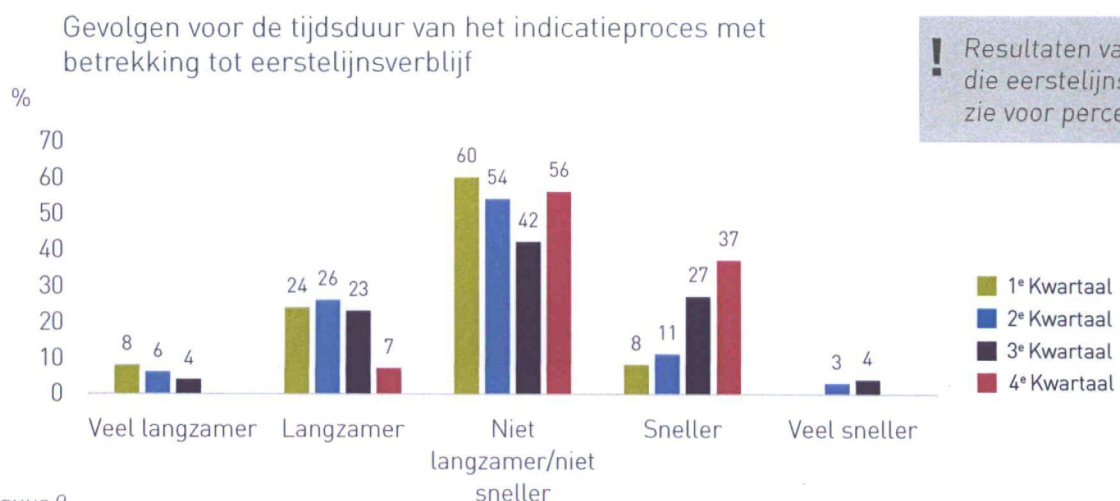
Van de deelnemende zorgaanbieders is in kaart gebracht welk deel eerstelijns verblijf aanbiedt na invoering van de Wlz. Gedurende het jaar bood ongeveer de helft van de zorgaanbieders eerstelijns verblijf aan (zie figuur 8).



Figuur 8

Invloed van invoering Wlz op de indicaties eerstelijns verblijf

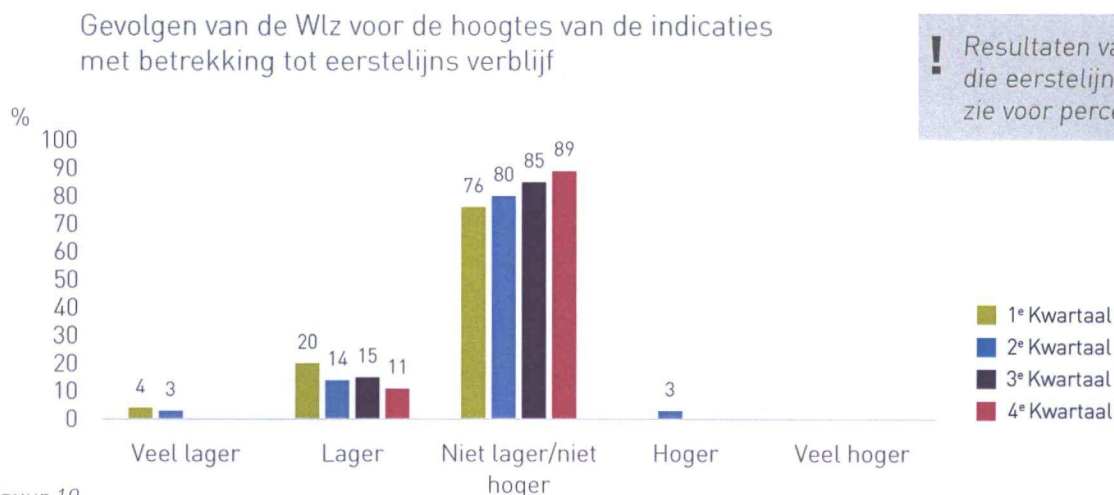
In de monitor van 2015 is in kaart gebracht wat de gevolgen zijn van de invoering van de Wlz op de tijdsduur van het indicatieproces van het eerstelijns verblijf en de hoogte van de indicatie. Het gaat hierbij om de perceptie van de zorgaanbieders die eerstelijns verblijf aanbieden.



Figuur 9

In figuur 9 is te zien dat van de zorgaanbieders die eerstelijns verblijf aanbieden, gedurende het gehele jaar gemiddeld iets meer dan de helft van de zorgaanbieders aangaf dat het indicatieproces voor eerstelijns verblijf niet langzamer of sneller verloopt dan voor de invoering van de Wlz. Van het 1e tot en met het 3e kwartaal was er een afname te zien in de het aantal zorgaanbieders dat geen verandering in de tijdsduur bemerkte met - daarentegen - een stijging in het 4e kwartaal. Het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat het indicatieproces langzamer tot veel langzamer verloopt, is afgenomen in het 4e kwartaal. Het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat het indicatieproces sneller verliep nam gedurende het jaar toe.

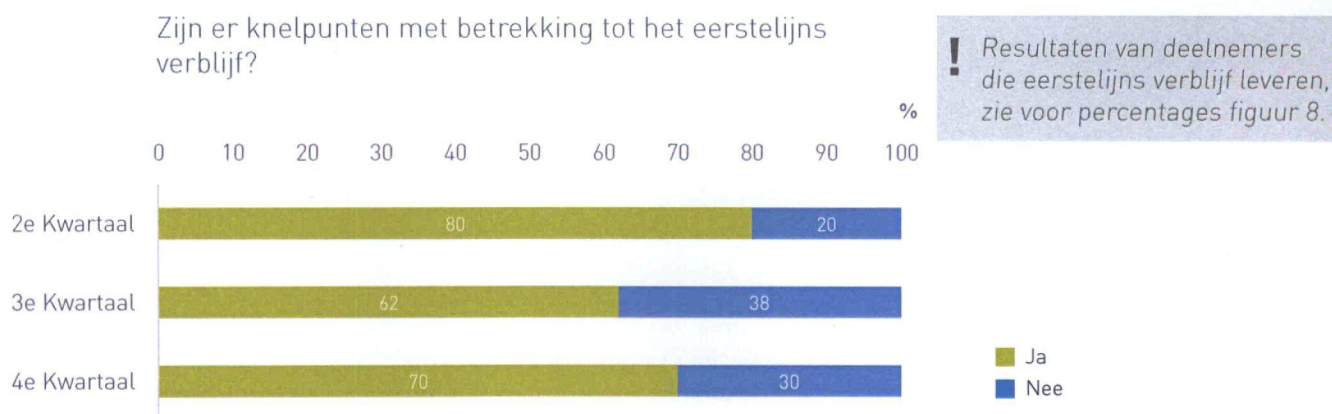
Naast de tijdsduur van het indicatieproces heeft de monitor 2015 de verschuiving in de hoogte van de indicatie eerstelijns verblijf na de invoering Wlz in kaart gebracht.



Figuur 10

Met betrekking tot de hoogte van de indicaties zijn geen opvallende verschillen geconstateerd in 2015. Gedurende het hele jaar geeft het merendeel van de zorgaanbieders aan dat de indicaties betreft eerstelijns verblijf niet hoger en niet lager zijn in vergelijking met de situatie van vóór de invoering van de Wlz (zie figuur 10).

Knelpunten met betrekking tot eerstelijns verblijf



Figuur 11

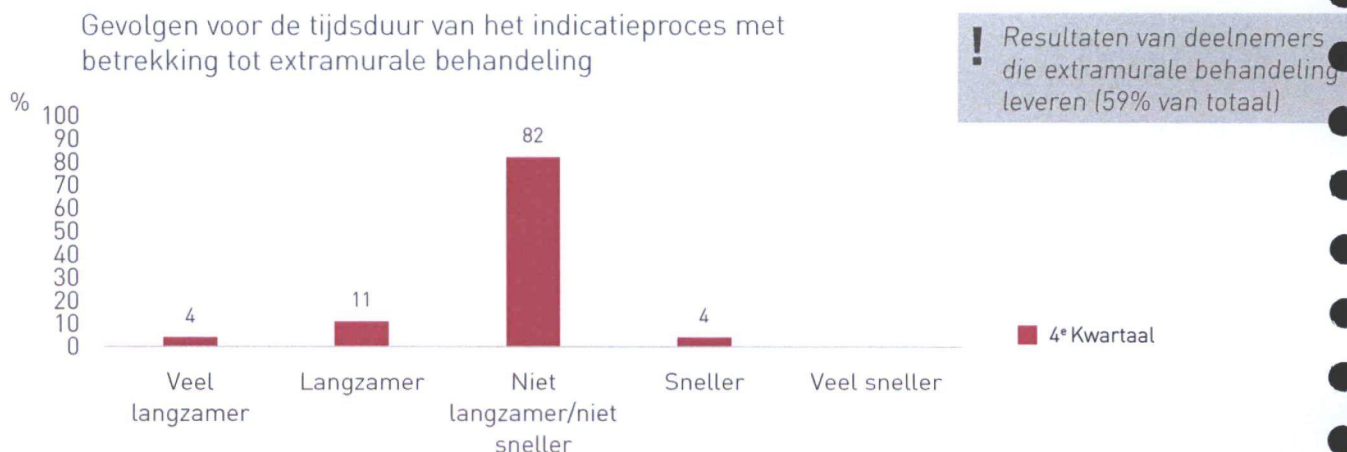
In figuur 11 is te zien dat in het 2e kwartaal het merendeel van de zorgaanbieders die eerstelijns verblijf aanbieden hierbij knelpunten ervaarde. Later in het jaar is het deel van de zorgaanbieders dat knelpunten waarnam gedaald en in het 4e kwartaal weer iets toegenomen tot bijna 70%. In de toelichtingen werd aangegeven dat huisartsen onvoldoende op de hoogte

waren van wet- en regelgeving omtrent dit onderwerp. Daarnaast verwachtten zorgaanbieders dat de productieafspraken voor eerstelijns verblijf niet toereikend waren waardoor er later in het jaar problemen zouden ontstaan. Er was in het 2e kwartaal en 3e kwartaal bij verschillende zorgaanbieders sprake van overproductie ten opzichte van de gemaakte productieafspraken voor eerstelijns verblijf. In juli en november 2015 heeft VWS respectievelijk €67 miljoen⁴ en €20 miljoen⁶ extra middelen ter beschikking gesteld wat zich in positieve zin heeft vertaald in aanvullende afspraken voor individuele zorgaanbieders. In het 4e kwartaal werd aangegeven dat het niet altijd duidelijk is hoe de zorg voor cliënten moet worden georganiseerd aan het einde van eerstelijns verblijf, bijvoorbeeld wanneer een cliënt nog niet klaar is voor de thuissituatie en de indicatie afloopt.

Extramurale behandeling

Vanaf 1 januari 2015 voert Zorg Instituut Nederland (ZiNL) een *Subsidieregeling voor extramurale behandeling* uit en deze is tot 2018 als een tijdelijke subsidieregeling ondergebracht bij de Wlz. De subsidieregeling geldt niet voor cliënten die al een Wlz-indicatie hebben, maar is bedoeld voor de behandeling van verzekerden voor wie uit een extramuraal indicatiebesluit blijkt dat zij behandeling nodig hebben op de grondslag somatiek, psychogeriatric, lichamelijke handicap, voor meerderjarigen met een verstandelijke beperking. Het CIZ indiceert de extramurale behandeling en de toegangscriteria blijven gelijk aan zoals die bestonden onder de AWBZ.

Meer dan de helft (59%) van de zorgaanbieders gaf in het 4e kwartaal aan dat zij extramurale behandeling aanbieden.



Figuur 12

Het merendeel van de zorgaanbieders ervaarde in het 4e kwartaal van 2015 geen verschil in de tijdsduur van het indicatieproces, met betrekking tot de extramurale behandeling in vergelijking tot voor de invoering van de Wlz (figuur 12). Van de zorgaanbieders die extramurale behandeling bieden gaf meer dan de helft van de zorgaanbieders aan dat er knelpunten waren met betrekking tot de extramurale behandeling. Door aanbieders die gehandicaptenzorg en jeugdzorg aanbieden wordt er onder andere aangegeven dat er meer vraag is dan budget voor extramurale behandeling. Op micro niveau kunnen zorgaanbieders een tekort aan budget ervaren, terwijl er op macro niveau voldoende budget beschikbaar zou moeten zijn, zoals de NZa concludeerde in haar advies dat het budgettair kader voor de Wlz in 2015 landelijk gezien toereikend was (zie brief NZa 'Aanvullend advies Budgettair Kader Wlz 2015', 21 oktober 2015)⁷. Aanbieders die Verpleging, Verzorging & Thuiszorg leveren constateren dat aanvragen meer en beter gemotiveerd moeten worden in verband met de strengere wetgeving en dat er minder indicaties worden afgegeven voor extramurale behandeling.

Het Wlz-overgangsrecht voor bijzondere groepen

Binnen het Wlz-overgangsrecht zijn er twee bijzondere groepen. De eerste groep die zorg thuis ontvangt voldoet waarschijnlijk aan de Wlz-criteria en is ambtshalve toegelaten tot de Wlz (Wlz-indiceerbaren). De tweede groep heeft een AWBZ-indicatie met verblijf en ontvangt zorg thuis, maar voldoet niet aan de criteria van de Wlz (laag ZZP). Voor beide groepen is de situatie op 31 december 2014 leidend en is er voorzien in overgangsrecht (de tweede groep heeft daarnaast een ongelimiteerd terugkeerrecht op verblijf intramuraal) en indien er sprake is van Volledig Pakket Thuis (VPT) dan mag deze leveringsvorm in de Wlz worden gecontinueerd.

Aandachtspunten in het kader van het Wlz-overgangsrecht

Gedurende het jaar zijn er verschillende vragen gesteld over mogelijke aandachtspunten met betrekking tot het overgangsrecht. In het 1e kwartaal gaven zorgaanbieders uit de gehandicaptensector aan dat met betrekking tot het overgangsrecht de communicatie naar cliënten/ouders een aandachtspunt was. Tevens werd door hen de declareerbaarheid van extramurale zorgproducten vanaf 2016 aangegeven als een aandachtspunt. In de monitor van het 2e kwartaal (n=54) zijn een aantal onderwerpen aan de zorgaanbieders voorgelegd. Zij konden hierbij aangeven of ze het onderwerp ervaarden als aandachtspunt en een toelichting geven.

78% van de zorgaanbieders ervaarde de informatievoorziening naar de cliënt toe als een aandachtspunt. De informatie over het Wlz-overgangsrecht werd als ingewikkeld ervaren en zorgaanbieders gaven aan dat cliënten vaak niet kunnen overzien waarvoor ze kiezen en wat de consequenties zijn van deze keuzes.

56% van de zorgaanbieders ervaarde de afbakening tussen de verschillende wetten als een aandachtspunt en een nieuwe werkwijze waaraan zij moesten wennen. Voor sommige cliënten was het niet meteen duidelijk onder welke wet zij vielen en een aantal zorgaanbieders meldden dat cliënten 'van de ene wet naar de andere' worden gestuurd.

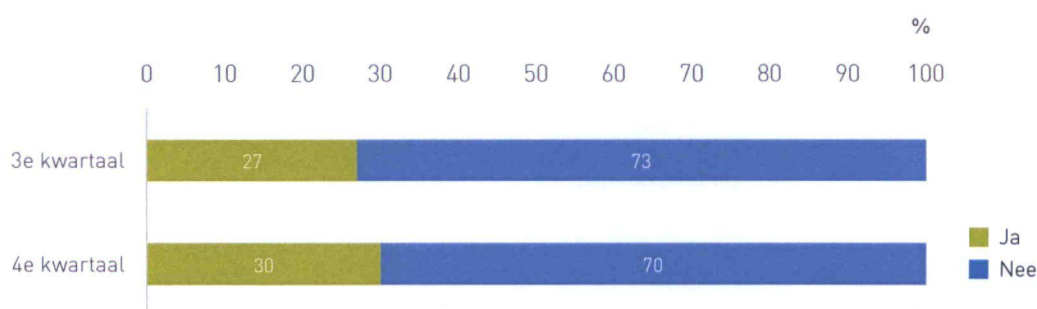
54% van de zorgaanbieders ervaarde de informatievoorziening voor zorgaanbieders als een aandachtspunt. Ze noemden de informatievoorziening versnipperd.

39% van de zorgaanbieders ervaarde het Volledig Pakket Thuis als een aandachtspunt, met name voor cliënten met (ten tijde van de AWBZ) lage ZZP's die omgezet zijn naar lage VPT en nu hun VPT verliezen. Gedurende 2015 is het aandachtspunt opgepakt en mogen lage ZZP's hun VPT in de Wlz continueren (zie kamerbrief Waarborgen voor cliënten met Volledig Pakket thuis en laag zzp, 13 juli 2015)⁹.

30% van de zorgaanbieders ervaarde de indicatiestelling voor thuiswonenden als een aandachtspunt. Deze zorgaanbieders gaven aan dat de richtlijnen niet helder waren en er was onduidelijkheid over wie nu wel en wie nu niet Wlz-indiceerbaren waren.

26% van de zorgaanbieders ervaarde een ongewenste uitstroom vanuit de Wlz als een aandachtspunt bij extramurale cliënten. Zorgaanbieders gaven aan dat er een uitstroom plaatsvond naar de Zvw vanwege de lagere eigen bijdrage.

Hebben zich de afgelopen 3 maanden nog problemen voorgedaan met betrekking tot het overgangsrecht?



Figuur 13

In het 3e en 4e kwartaal constateerde ongeveer een derde van de zorgaanbieders dat er zich nog problemen hadden voorgedaan omtrent het overgangsrecht (zie figuur 13). Zij konden daarna aangeven welke groep het betrof: 1) Wlz-indiceerbaren, 2) cliënten met een laag ZZP of 3) beide groepen.

In het 3e (n=14) en 4e (n=15) kwartaal geeft respectievelijk 29% en 33% van de deelnemers die knelpunten ervaren aan dat het om de eerste groep (Wlz-indiceerbaren) gaat. Respectievelijk 29% en 53% van de deelnemers geven aan dat het om de tweede groep (cliënten met een laag ZZP) gaat, zij benoemen in het 3e kwartaal als knelpunten onder andere dat er onduidelijkheid is over de voortzetting van het overgangsrecht en bijvoorbeeld dat mensen met een laag ZZP en VPT in de Wlz blijven terwijl mensen met een laag ZZP en MPT naar de Wmo gaan terwijl de zorg vergelijkbaar is. In het 3e kwartaal en in het 4e kwartaal gaven respectievelijk 43% en 13% van de zorgaanbieders aan dat er knelpunten waren omtrent het overgangsrecht bij beide groepen.

Positieve ervaringen betreft het overgangsrecht

In het 3e en 4e kwartaal is gevraagd naar positieve punten omtrent het Wlz-overgangsrecht. Zorgaanbieders gaven aan dat het overgangsrecht voor rust bij de cliënt zorgt omdat er tijdelijk duidelijkheid is en omdat er tijd is voor de keuze via welke wet de zorg gefinancierd zal worden.

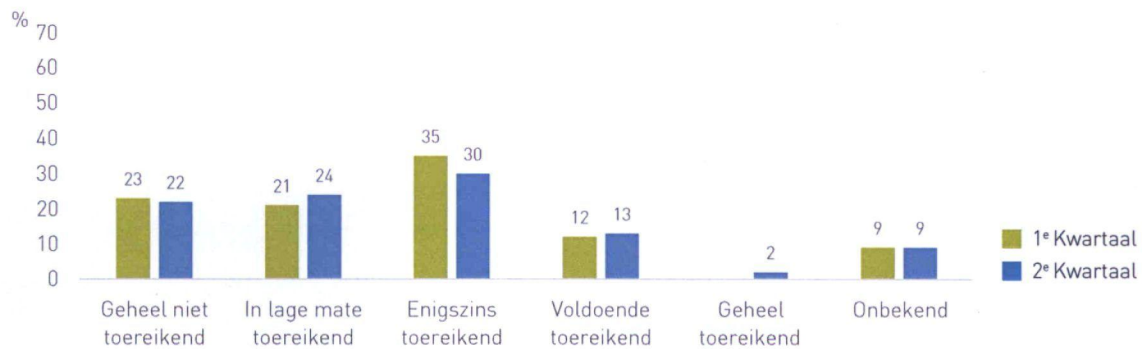
Bekostiging en Zorginkoop

Met de komst van de Wlz is de bekostiging van zorg veranderd (invoering subsidieregelingen). Een zorgaanbieder kan geconfronteerd worden met meerdere domeinen waaruit de zorg aan zijn cliënten wordt bekostigd (Wlz, Wmo, Zvw, Jeugdwet). Om de invloed van de veranderingen zo goed mogelijk in kaart te brengen is er in de Wlz-monitor aandacht besteed aan de realisatie van de productieafspraken en de mogelijke over- en onderproductie en de invloed op wachtlijsten. Daarbij is er gemonitord of er door de verschillende afspraken die gemaakt worden (zoals afspraken rondom subsidiegelden, Wlz-indiceerbaren, reguliere zorginkoop en afbouw verblijfsplaatsen) een groep cliënten is die tussen wal en schip valt. Tot slot richt het thema bekostiging en zorginkoop zich op het overleg tussen zorgorganisaties en zorgkantoren en de mate waarin dit zich heeft vertaald naar de productieafspraken.

Productie in relatie tot de productieafspraken

De monitor heeft zich in het begin van 2015 gericht op de mate waarin de gemaakte productieafspraken toereikend leken. In het 1e en 2e kwartaal beschreef bijna de helft van de zorgaanbieders te verwachten dat het toegekende budget van een productieafpraak geheel niet tot in lage mate toereikend was (zie figuur 14).

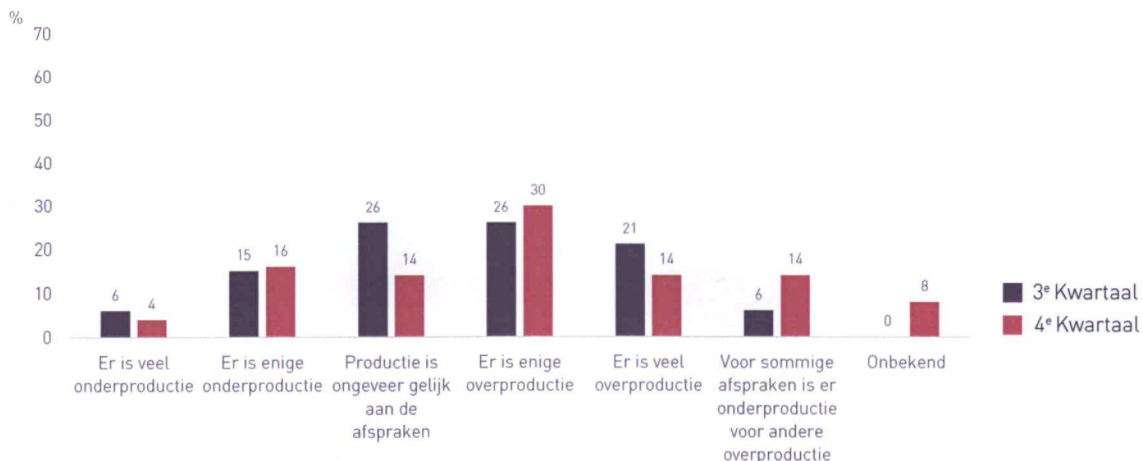
In hoeverre is het budget van zorginkoop in 2015 toereikend?



Figuur 14

Zoals eerder beschreven kunnen zorgaanbieders op micro niveau een tekort aan budget ervaren, terwijl er op macro niveau voldoende budget beschikbaar zou moeten zijn, zoals de NZa concludeerde in haar advies dat het budgettair kader voor de Wlz in 2015 landelijk gezien toereikend was (zie brief NZa 'Aanvullend advies Budgettair Kader Wlz 2015', 21 oktober 2015). Zorgaanbieders gaven verder aan dat er met name op het gebied van eerstelijns verblijf een mogelijk tekort dreigde. Na de zomer van 2015 heeft er een herschikking plaatsgevonden en is er meer geld beschikbaar gesteld voor de eerstelijns subsidieregeling. De monitors in het 3e en 4e kwartaal 2015 richtten zich op mogelijke over- of onderproductie met betrekking tot de gemaakte afspraken (zie figuur 15). In het 3e kwartaal gaf meer dan een kwart van de zorgaanbieders aan dat de productie ongeveer gelijk is aan de initiële afspraken. In het 4e kwartaal is dat aantal gehalveerd. Een aantal aanbieders gaf aan dat er voor sommige afspraken onderproductie was, terwijl er voor andere afspraken overproductie is. In de toelichting op de ervaringen uit het 3e kwartaal gaven zorgaanbieders aan dat de overproductie met name bij eerstelijns verblijf voorkomt, een onderproductie ervaarden zij op dat moment voor Wlz-indicaties. Zorgaanbieders gaven aan dat het soms nog onbekend was in hoeverre er sprake was van onder- en overproductie, in de monitor van het 4e kwartaal is dit toegevoegd aan de antwoordopties. In het 3e en 4e kwartaal geeft bijna de helft van de zorgaanbieders aan dat zij te maken hebben met enige tot veel overproductie. Het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat er veel overproductie is is afgenomen in het 4e kwartaal. Zoals eerder aangeven, heeft VWS in november 2015 aanvullend budget beschikbaar gesteld voor eerstelijns verblijf wat zich in positieve zin heeft vertaald in aanvullende afspraken voor individuele zorgaanbieders.

Realiseert u de productie behorende bij uw productieafspraken omtrent de Wlz? Is er over- of onderproductie?

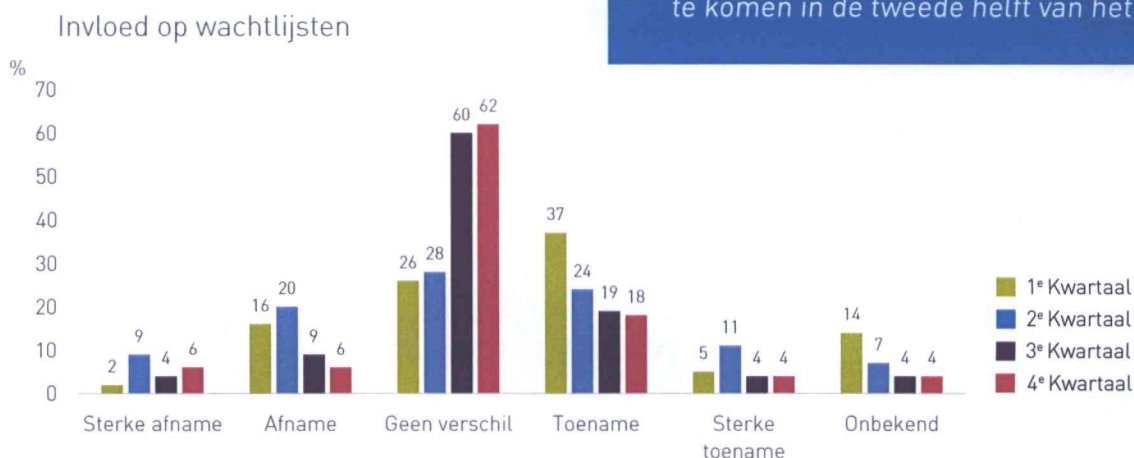


Figuur 15

Invloed op wachtlijsten

In de monitors is gevraagd wat voor invloed de zorginkoop volgens de zorgaanbieders heeft op de wachtlijsten. In het 1e en 2e kwartaal van 2015 gaf een kwart van de deelnemende zorgaanbieders aan geen verschil op te merken in de wachtlijsten na invoering van de Wlz en ongeveer 40% gaf aan dat zij een toename tot sterke toename verwachtten/opmerkten van hun wachtlijsten. In het 2e kwartaal gaven de zorgaanbieders, die een (sterke) toename verwachtten, aan dat dit het gevolg was van de plafonds in de gemaakte productieafspraken. In de monitors van het 3e en 4e kwartaal gaf het merendeel van de zorgaanbieders aan dat er geen verschil was in de wachtlijsten voor hun eigen organisatie. De resultaten staan weergegeven in figuur 16.

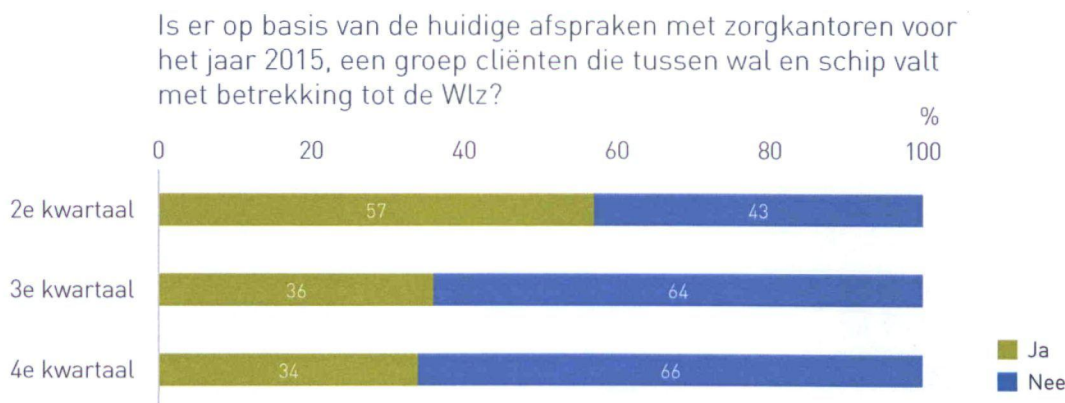
De invloed van de zorginkoop op de wachtlijsten die zorgaanbieders in het eerste deel van het jaar verwachtten lijkt in mindere mate tot uiting te komen in de tweede helft van het jaar.



Figuur 16

Cliënten die door de budgetafspraken met zorgkantoren tussen wal en schip vallen

Met de komst van de Wlz kunnen voor het inkopen van zorg verschillende afspraken gemaakt worden, zoals afspraken rondom subsidiegelden, Wlz-indiceerbaren, reguliere zorginkoop en afbouw verblijfsplaatsen. In het 1e kwartaal werd door zorgaanbieders aangegeven dat er met de komst van de Wlz cliënten tussen wal en schip vallen. Op basis van deze signalen konden zorgaanbieders in de latere monitors aangeven of er, ten gevolge van de afspraken met betrekking tot de Wlz, cliënten tussen wal en schip vielen en zo ja welke en met welke reden. In figuur 17 zijn de resultaten weergegeven.

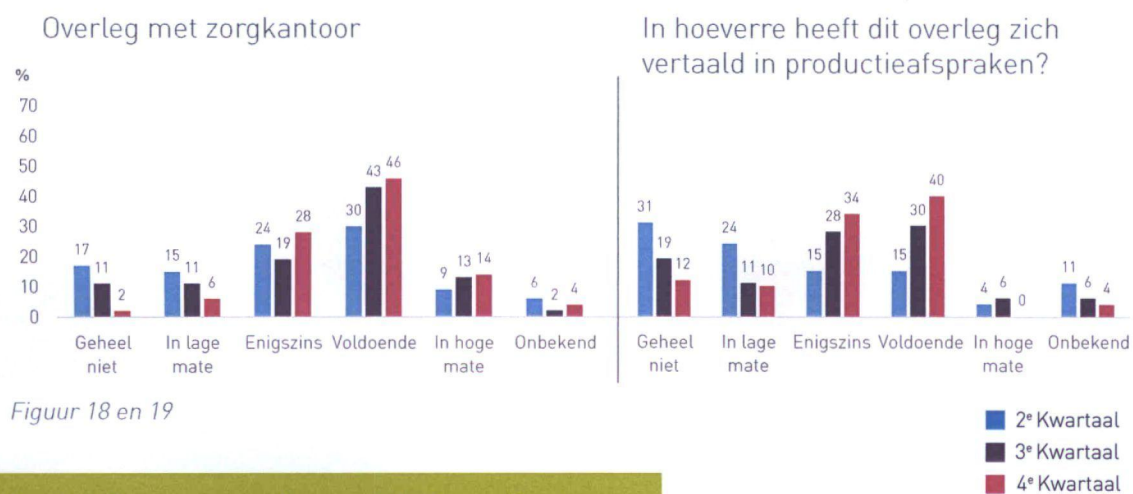


Figuur 17

Het aantal zorgaanbieders dat aangaf dat er een groep cliënten tussen wal en schip viel daalde van meer dan de helft in het 2e kwartaal tot ongeveer een derde in het 3e en 4e kwartaal. Uit de toelichtingen kwam naar voren dat voornamelijk cliënten die nog thuis woonden met een grote zorgvraag, cliënten die nog geen diagnose hadden en cliënten met een GGZ-c-indicatie tussen wal en schip vallen. Ook voor cliënten met multi-problematiek - waarvoor de problemen sector overstijgend zijn - was het nog lastig om afspraken te maken met de zorgkantoren. De groep 'jeugd (18+)' is ook genoemd, waarvoor het nog onduidelijk was uit welk domein zij zorg konden ontvangen (Wlz, Zvw, of Wmo 2015). Ofwel, de verschatting van de verschillende wetten en nieuwigheid van de situatie lijkt mede van invloed te zijn. In het 3e kwartaal werd toegevoegd dat sommige nieuwe cliënten tussen wal en schip vallen omdat de budgetten op zijn. In het 4e kwartaal werd de groep thuiswonenden nogmaals als voorbeeld gegeven, cliënten die thuis willen blijven wonen met een VPT voor wie het zorgkantoor niet wil contracteren waardoor zorg via het MPT geleverd moet worden (een lager budget). Tot slot werd aangevuld dat er een passende overgang ontbrak voor de groep licht verstandelijk gehandicapten (LVG), op weg naar zelfstandigheid.

Overleg met zorgkantoor over cliëntvraag en vertaling naar productieafspraken

Uit de monitors blijkt dat er gedurende het jaar in toenemende mate overleg is geweest met de zorgkantoren (zie figuur 18). Deelnemende zorgaanbieders gaven in het 2e kwartaal van 2015 aan dat er wel overleg plaatsvond, maar dat er geen toezeggingen werden gedaan. In het 4e kwartaal vindt een groter deel van de zorgaanbieders dat er voldoende of in hoge mate overleg is geweest met de zorgkantoren over de (verwachte) cliëntvraag in 2016.



Figuur 18 en 19

Er vindt steeds meer overleg met het zorgkantoor plaats, dit leidt steeds meer tot veranderingen in de productieafpraak. Zorgkantoren gaan hier verschillend mee om.

In de monitor is ook gevraagd in hoeverre het overleg met het zorgkantoor zich heeft vertaald naar productieafspraken. In 2e en 3e kwartaal ging het dan om de herschikking van productieafspraken voor 2015. In de monitor van 4e kwartaal gaat het om de productieafspraken van 2016. Figuur 19 laat zien dat het overleg met zorgkantoren steeds vaker wordt vertaald in (een aanpassing van) productieafspraken. Enkele zorgaanbieders lichtten toe dat er productie-uitbreiding is toegekend wat eerder nauwelijks het geval was. Echter werd ook aangegeven dat de productie voor 2016 voornamelijk werd toegekend op basis van de realisatie van 2015.

Bedrijfsvoering

De hervorming in de langdurige zorg heeft invloed gehad op de bedrijfsvoering van zorgorganisaties. Per 1 januari 2015 vervangt de Wlz grotendeels de AWBZ, maar het is ook mogelijk dat een deel van de voormalige AWBZ-cliënten overgedragen zijn naar de Wmo, de Zvw of de Jeugdwet. De Wlz-monitor heeft in kaart gebracht welk percentage cliënten van de deelnemende zorgaanbieders vanuit de AWBZ naar de Wlz zijn overgegaan. Verder is er gemonitord in hoeverre zorgorganisaties zeggen de zorgverlening te hebben aangepast ten gevolge van de invoering van de Wlz en in hoeverre zorgorganisaties in staat zijn om de veranderingen te kunnen faciliteren op het gebied van service, infrastructuur en ICT. Tot slot is er gekeken in hoeverre het personeelsbestand van de zorgaanbieders is veranderd, en in welke mate bijscholing nodig is geweest.

Cliënten die vanuit de AWBZ naar de Wlz zijn overgegaan

In de monitors vanaf het 2e kwartaal is aan zorgaanbieders gevraagd aan te geven hoeveel cliënten die voorheen onder de AWBZ vielen op dat moment onder de Wlz vielen. Van kwartaal 2 t/m 4 werd er aangegeven dat 65 tot 69% van de voormalige AWBZ-cliënten onder de Wlz vielen.

Veranderingen in zorgverlening met de invoering van de Wlz

De zorgverlening die zorgaanbieders leveren is mogelijk veranderd door de komst van de Wlz. De zorgaanbieders hebben aangegeven in hoeverre zij hun zorgverlening moesten aanpassen. Gedurende het jaar geeft 28 tot 44% van de zorgaanbieders aan dat zij hun zorg niet hebben hoeven aanpassen ten gevolge van de invoering Wlz.

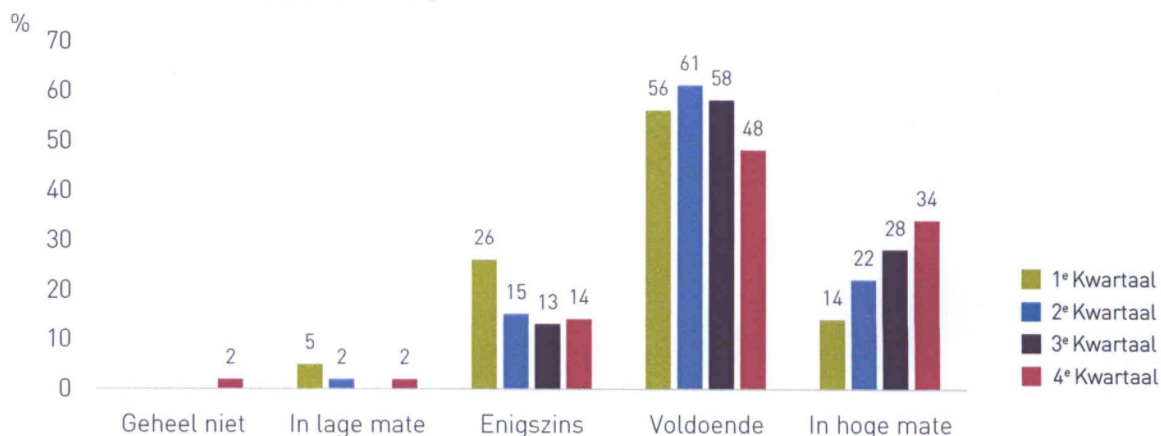
Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders heeft gedurende het eerste half jaar de zorg enigszins aangepast. Slechts enkelen gaven aan in hoge mate de zorgverlening te hebben aangepast. De zorgaanbieders lichtten toe dat zij al voor de invoering van de Wlz bezig waren met veranderingen door o.a. de cliënt centraal te stellen, kleinschalig wonen aan te bieden, mantelzorgparticipatie te versterken en de extramuralisering van zorg te ondersteunen.

In de laatste twee monitors werd, door zorgaanbieders die aangaven dat de zorgverlening is aangepast, toegelicht dat dit vooral kwam vanwege instroom van cliënten met hoge ZZP's, extramuralisering van de zorg en een grotere administratieve last door een toename in regelgeving.

Faciliteren van de Wlz binnen zorgorganisaties (service, ICT, infrastructuur)

De transitie kan organisatorische veranderingen met zich meebrengen. De Wlz-monitor bracht in kaart in hoeverre zorgaanbieders deze veranderingen voldoende konden faciliteren gelet op service, ICT en infrastructuur. Figuur 20 laat zien dat zorgorganisaties gedurende 2015 de organisatorische veranderingen als gevolg van de Wlz steeds beter konden faciliteren. Ondanks deze positieve verschuiving gaf een enkeling in het 4e kwartaal nog aan geheel niet tot in lage mate deze veranderingen te kunnen faciliteren. Gedurende het hele jaar verklaarden deelnemers van de monitor dat de complexiteit met name ligt in het werken met de verschillende geldstromen.

In hoeverre is uw organisatie (service, ICT infrastructuur) op dit moment in staat de Wlz geheel te faciliteren?

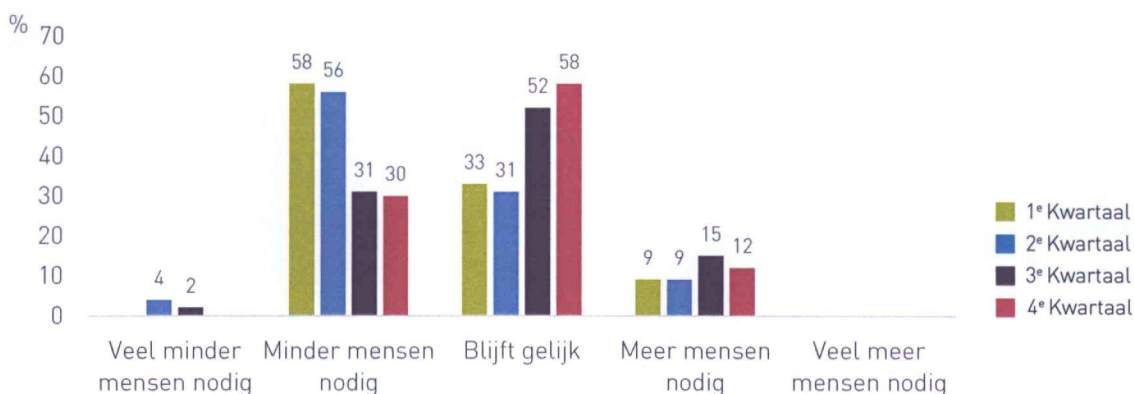


Figuur 20

Veranderingen in het personeelsbestand door de invoering van de Wlz

De transitie heeft mogelijk invloed gehad op het personeelsbestand van de zorgorganisaties en het kennisniveau van het personeel. De zorgaanbieders is gevraagd in hoeverre het personeelsbestand veranderde en of er personeel moest worden bijgeschoold. Zoals in figuur 21 te zien is constateerden zorgaanbieders in het eerste deel van 2015 een verandering in hun personeelsbestand. Meer dan de helft van de zorgaanbieders gaf in het 1e en 2e kwartaal aan dat zij minder mensen nodig hadden. De zorgaanbieders lichtten toe dat het met name de lagere deskundigheidsniveaus betreft aangezien de complexiteit van zorg voor cliënten met verblijf (verblijfzorg) is toegenomen. In het 3e en 4e kwartaal daalde het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat zij minder mensen nodig hadden. Een aantal zorgaanbieders merkte op dat het personeel wel nodig was om de zorg naar behoren aan te bieden maar dat het budget daar niet toereikend voor is waardoor de zorg door minder mensen uitgevoerd moet worden. Het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat het personeelsbestand gelijk blijft nam gedurende het jaar toe wat duidt op een stabilisatie van het personeelsbestand. Gedurende heel 2015 gaf gemiddeld ongeveer 10% van de zorgaanbieders aan meer mensen nodig te hebben, hierbij werd aangegeven dat dit binnen de ouderenzorg met name verpleegkundig personeel niveau 4 en 5 betrof, deels werd dit volgens zorgaanbieders veroorzaakt door de zwaardere zorgvraag bij cliënten.

In hoe verre het personeelsbestand is veranderd met betrekking tot de Wlz



Figuur 21

Bij de vraag in hoeverre personeel is bijgeschoold kwam hetzelfde signaal naar voren. In het 1e kwartaal werd aangegeven door zorgaanbieders dat er aandacht werd besteed aan de scholing van niveau 2 naar 3 zodat er beter ingespeeld kon worden op de zwaardere zorgvraag door de extramuralisering. In het 2e kwartaal werd dit signaal nog steeds afgegeven, zorgaanbieders voegden hieraan toe dat medewerkers die de organisatie verlieten werden vervangen door medewerkers met een hoger niveau. Verder werd door de zorgaanbieders benadrukt dat een groot deel van de medewerkers werd bijgeschoold in verband met de cultuuromslag die plaats vond en de veranderingen omtrent de Wlz. Vanaf het 3e kwartaal werd aanvullend toegelicht dat administratief personeel bijgeschoold werd.

Communicatie & Informatie Wlz-transitie

Om de veranderingen met betrekking tot de Wlz-transitie zo goed mogelijk te implementeren is de informatievoorziening naar zorgaanbieders van groot belang. De deelnemende zorgaanbieders zijn begin 2015 gevraagd van wie zij informatie kregen en in hoeverre deze informatie bruikbaar, toereikend en op tijd beschikbaar was. Vanaf het 3e kwartaal is gevraagd welke informatie zij nog misten en hoeveel vragen zij nog ontvingen over de veranderingen ten gevolge van de Wlz.

Informatievoorziening

In het 1e kwartaal van 2015 werd duidelijk dat zorgaanbieders via veel verschillende kanalen informatie kregen. Daarbij werd door vrijwel alle zorgaanbieders de informatie vanuit de brancheorganisaties het meest gebruikt en gewaardeerd. De zorgaanbieders waardeerden dat deze informatie actief en gecompriemd werd aangeleverd. Dit in tegenstelling tot de informatievoorziening via de zorgkantoren, welke op de website werd gezet zonder zorgaanbieders hierover te informeren. Echter bleek geen enkele bron volledig toereikend. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat de diepgang en het tijdig beschikbaar komen van de informatie verbeterd kon worden. Begin 2015 werd vooral duidelijk dat voor een aantal zorgaanbieders de gewenste informatie te laat beschikbaar kwam om processen hierop in te richten.

In de tweede helft van 2015 zijn de meeste zorgaanbieders tevreden over de informatievoorziening. Enkele zorgaanbieders vertellen dat ze behoefte hebben aan specifieke informatie, bijvoorbeeld aan informatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor de cliënt, informatie op het cliëtniveau in plaats van algemeen, en ook informatie over de afbakening tussen wetten, bijvoorbeeld over de randproblematiek Wlz, Wmo en Zvw. Ook was er behoefte aan informatie over het overgangsrecht, welke beperkt voorhanden was. Een aantal zorgaanbieders vond de informatie niet eenvoudig en snel te vinden. Zij zouden het prettig vinden als alle informatie centraal stond.

Vragen van cliënten

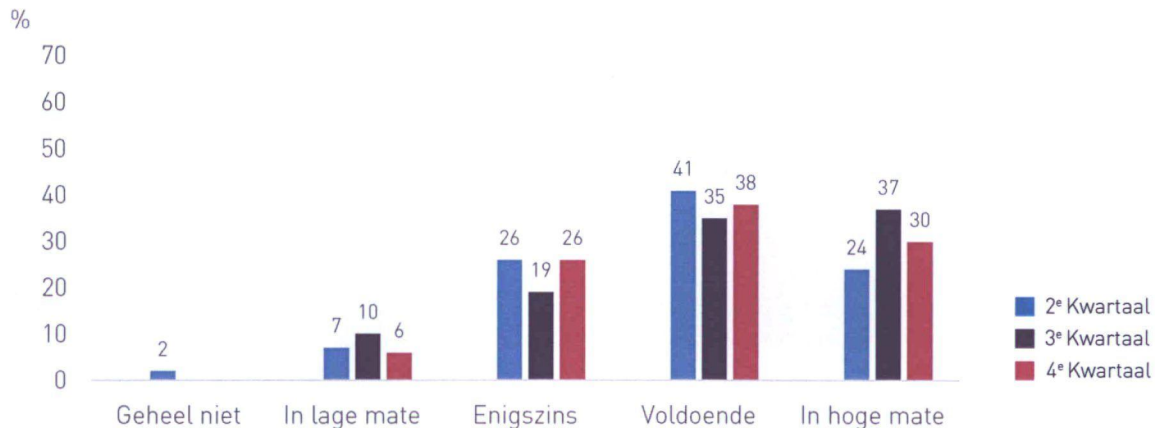
Om inzicht te krijgen in de vragen en onzekerheden die mogelijk spelen bij cliënten die te maken kregen met de transitie, bracht de Wlz-monitor in kaart hoeveel en welke vragen een organisatie kreeg van haar cliënten.

Gedurende het hele jaar gaf het grootste deel van de zorgaanbieders aan dat zij relatief weinig (0-5) vragen per week ontvingen over de veranderingen ten gevolge van de Wlz in vergelijking tot de andere wetten. Vragen die eind 2015 nog binnenkwamen van cliënten en mantelzorgers met betrekking tot de Wlz gingen over de eigen bijdrage en onder welke wet- en regelgeving de cliënt viel (o.a. VPT, MPT, PGB, Wmo, Zvw). Verder zijn er vragen binnengekomen over hoe cliënten in aanmerking komen voor Wlz-zorg en over zorgbehoud, ofwel het behoud van rechten en aanspraak op zorg.

Cultuur en visie

Eén van de motieven voor de hervorming van de langdurige zorg was het vergroten van de betrokkenheid. Betrokkenheid heeft in de Wlz drie betekenissen. Het gaat over: eigen verantwoordelijkheid, mantelzorg en informele zorg en over het betrekken van de samenleving. Vanaf het 2e kwartaal is aan de zorgaanbieders gevraagd in hoeverre hun visie aansluit op deze doelstellingen.

In hoeverre kan uw organisatie op dit moment voldoen aan de visie die aansluit op de Wlz doelstellingen?



Figuur 22

Gedurende het hele jaar vond het merendeel van de zorgaanbieders dat hun aanpak en de veranderingen die ze invoeren voldoende tot in hoge mate in lijn zijn met de Wlz-doelstellingen (zie figuur 22).

Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat de snelle veranderingen op diverse dossiers gecombineerd met de bezuinigingen deze omslag wel onder druk zet. Zorgaanbieders lichtten verder toe dat zij visies en werkwijzen zoals het centraal stellen van de cliënt ook al voor de Wlz-transitie hadden ingezet terwijl andere juist benadrukten dat het nog tijd en aandacht vraagt om alle medewerkers en cliënten mee te krijgen in de nieuwe gedachtegang.

Voorbeelden van hoe organisaties aansluiten op deze visie zijn:

- Cliënt of familie betrekken bij het zorgplan
- Vragen naar de voorkeuren van de cliënt
- Kleinschalig wonen
- Inzet mantelzorgers en vrijwilligers

Er is tevens gevraagd hoe mantelzorgers worden betrokken bij de zorg. Bij sommige zorgaanbieders gebeurt dit al structureel. Andere zorgaanbieders waren nog bezig met het maken van plannen hiervoor. Voorbeelden die genoemd werden, zijn; het betrekken van mantelzorgers bij het intakegesprek, familieavonden, het gebruik van familienet, ondersteuning in de zorg en bespreking zorgplannen. Verder geeft een deel aan dat zij trainingen aanbieden voor mantelzorgers. Daarnaast geven zij trainingen aan medewerkers voor het betrekken van mantelzorgers in het zorgproces.

Administratieve lasten

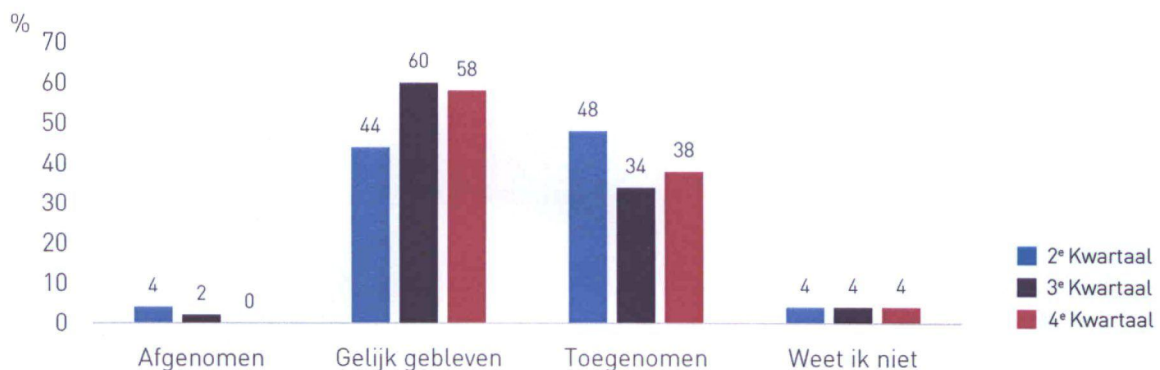
Door de hervorming langdurige zorg en de komst van de Wlz is er veel veranderd waaronder het indiceren via het CIZ zoals eerder aangegeven. Om de invloed van de Wlz op de administratieve lasten te monitoren is er aan zorgaanbieders gevraagd in hoeverre zij administratieve lasten ervaren voor zorgverleners en voor ondersteunend personeel. Verder is er aan zorgaanbieders gevraagd of zij verwachten dat deze veranderingen tijdelijk of structureel zijn.

Administratieve lasten voor zorgverleners

Vanaf het 2e kwartaal 2015 is er gevraagd of het deel van de werktijd dat zorgprofessionals bezig zijn met administratie omtrent de Wlz ervaren werd als administratieve last. Gedurende het jaar geeft het merendeel van de zorgaanbieders aan dat zij de administratie omtrent de Wlz als last ervaren. Uit de toelichtingen die gegeven zijn tijdens de binnenringbijeenkomsten kwam naar voren dat met name de administratieve lasten omtrent de HLZ zijn toegenomen en dus niet specifiek omtrent de Wlz. In een vervolgvraag konden de zorgaanbieders aangeven of de administratieve lasten zijn afgenomen, gelijk zijn gebleven, of zijn toegenomen ten opzichte van voor de Wlz. Gedurende het jaar gaf gemiddeld iets meer dan de helft van de zorgaanbieders aan dat de administratieve lasten gelijk zijn gebleven. Gemiddeld 40% gaf aan dat de administratieve lasten zijn toegenomen (zie figuur 23). Het merendeel van de zorgaanbieders verwacht dat deze verandering structureel is.

Een deel van de zorgaanbieders lichtte toe dat er een toename is in de tijd die besteed wordt aan administratieve werkzaamheden door zorgprofessionals vanwege de verschotting (toenemende complexiteit en omvang van wet- en regelgeving), de verantwoording MPT en VPT en de verantwoording naar het CIZ en het zorgkantoor. Een vereenvoudiging van de regelgeving en meer uitgaan van vertrouwen zou volgens een deel van de zorgaanbieders kunnen helpen om de administratieve lasten HLZ breed te beperken.

Is, in uw beleving, de tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden, door zorgprofessionals, sinds de invoering van de Wlz veranderd?



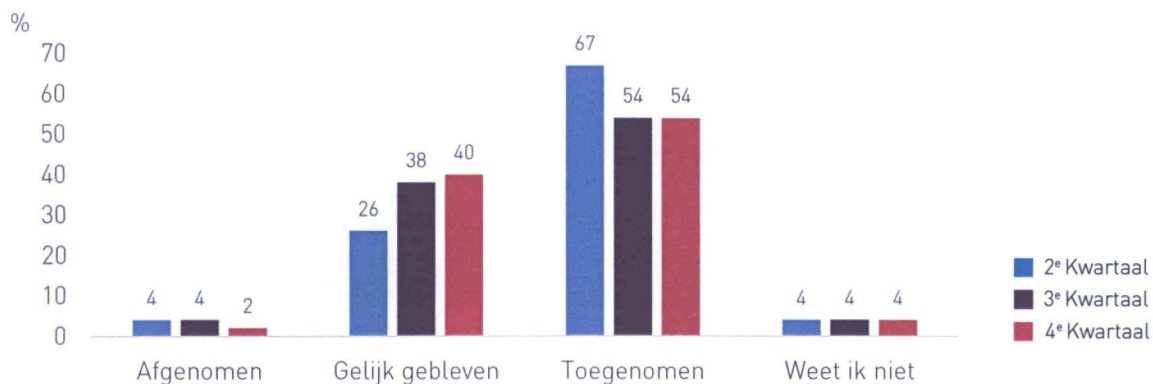
Figuur 23

Een vereenvoudiging van de regelgeving en meer uitgaan van vertrouwen zou volgens een deel van de zorgaanbieders kunnen helpen om de administratieve lasten HLZ breed te beperken.

Administratieve lasten voor ondersteunend personeel

Vanaf het 2e kwartaal 2015 is er tevens gevraagd of het deel van de tijd dat ondersteunend personeel bezig is met administratie omtrent de Wlz ervaren werd als administratieve last. Met betrekking tot het ondersteunend personeel geeft ook het merendeel van de zorgaanbieders aan dat de administratie omtrent de Wlz wordt ervaren als administratieve last (enigszins tot in hoge mate). Gedurende het jaar gaf het merendeel aan dat de administratieve lasten voor het ondersteunend personeel zijn toegenomen sinds de invoering van de Wlz (zie figuur 24). Tevens geeft het merendeel aan dat deze verandering structureel is. Uit de toelichtingen die gegeven zijn tijdens de binnenringbijeenkomsten kwam naar voren dat met name de administratieve lasten omtrent de HLZ zijn toegenomen en dus niet specifiek omtrent de Wlz; zorgaanbieders benadrukten dat met name het omgaan met meerdere (nieuwe) wetten resulteert in meer administratieve lasten en dat het voornamelijk betrekking heeft op de Wmo en Zvw en niet zozeer de Wlz. Een uitzondering hierop is de administratie omtrent het MPT. Meer overeenstemming tussen de domeinen zou kunnen resulteren in een afname van de administratieve lasten; één systeem van declareren, minder partijen/contracten, meer dezelfde eisen aan het gehele registratie- en declaratiesysteem en een vereenvoudiging van de zorginkoop. Verder gaven de zorgaanbieders in het 2e kwartaal aan dat het relatief veel tijd kostte om inzicht te verkrijgen in de veranderingen en vooral ook de uitzonderingen met betrekking tot de Wlz. Zorgaanbieders verklaarden dat een deel van de extra lasten te maken heeft met de overgangsfase, maar dat een groter deel te maken heeft met de structurele verandering in de verschillende financieringsstromen.

Is, in uw beleving, de tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden, door ondersteunend personeel, sinds de invoering van de Wlz veranderd?

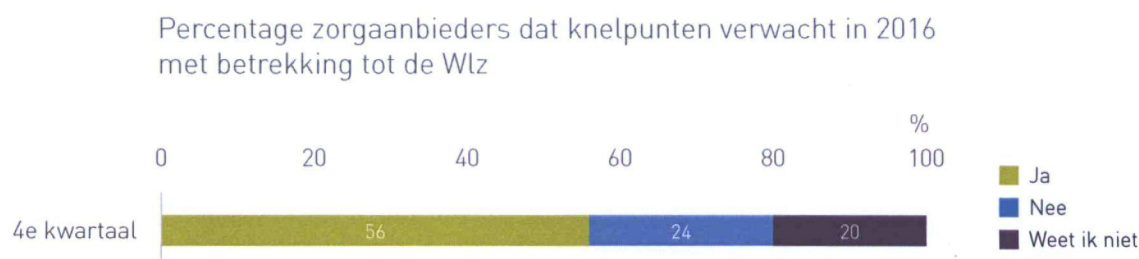


Figuur 24

Meer overeenstemming tussen de domeinen zou kunnen resulteren in een afname van de administratieve lasten; één systeem van declareren, minder partijen/contracten, meer dezelfde eisen aan het gehele registratie- en declaratiesysteem en een vereenvoudiging van de zorginkoop.

Overig

In het 4e kwartaal van 2015 is de zorgaanbieders gevraagd om alvast vooruit te denken en aan te geven op welke thema's zij knelpunten verwachten in 2016.



Figuur 25

Meer dan de helft van de zorgaanbieders voorziet dat er in 2016 nog knelpunten zullen zijn omtrent de Wlz (zie figuur 25). In tabel 11 hieronder wordt weergegeven bij welke thema's naar verwachting van de zorgaanbieders knelpunten zullen voorkomen.

! Resultaten van deelnemers die knelpunten verwachten in 2016 (56% van het totaal)

Tabel 11

Thema	% dat op dit thema knelpunten verwacht van de 56% zorgaanbieders die überhaupt knelpunten verwacht
Toegang tot zorg algemeen	64%
Bekostiging en zorginkoop	54%
Administratieve lasten	43%
Toegang Wlz	39%
Bedrijfsvoering	36%
Eerstelijns verblijf	32%
Wlz overgangsrecht	32%
Communicatie en informatie naar zorgaanbieder toe	14%
Anders:	14%

Verwijzingen

1. van Rijn, M.J. (2014). Nader rapport inzake het voorstel van wet, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Gedownload op 25 maart 2016, van <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/10/memorie-van-toelichting-wet-langdurige-zorg/memorie-van-toelichting-wet-langdurige-zorg.pdf>
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). Wet langdurige zorg (Wlz). Geraadpleegd op 25 maart 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/wet-langdurige-zorg-wlz>
3. Nap, HH. Cornelisse, L., van der Weegen, S., Minkman, M. (2015) Wlz monitor signalen van zorgaanbieders. Vilans. Gedownload op 25 maart 2016, van <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/vilans-rapportage-wlz-monitor-signalen-van-zorgaanbieders-2015.pdf>
4. van Rijn, M.J. (2 november 2015). Derde rapportage over de voortgang van de hervorming van de langdurige zorg (HLZ). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
5. Verbeek, M. (24 juni 2015). Ondertekening van de aanvraag indicatie Wlz door de cliënt. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
6. van Rijn, M.J. (25 november 2015). Budgettair kader Wlz 2015 en 2016. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Jansen, R.J.P. (21 oktober 2015). Aanvullend advies Budgettair Kader Wlz 2015. Nederlandse Zorgautoriteit.
8. van Rijn, M.J. (13 juli 2015). Waarborgen voor cliënten met Volledig Pakket thuis en laag zzp. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



**Auteurs: Henk Herman Nap, Lotte
Cornelisse, Sanne van der Weegen,
Mirella Minkman**

Disclaimer

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is echter niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. Vilans aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Deze uitgave mag zonder toestemming van Vilans voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en verveelvoudigd. Delen uit deze tekst mogen worden overgenomen met bronvermelding. Voorts alle rechten voorbehouden.

© 2016 Vilans

Vilans.nl

Vilans, Henk Herman Nap
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 789 2317
E-mail: h.nap@vilans.nl
www.vilans.nl

Utrecht, 30 maart 2016



Vilans