

Bijlage

Opzet en uitvoering van de Wlz

Verzekerde zorg

De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Het gaat vooral om ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De Wlz verzekert naast verblijf en wat daarbij hoort, behandeling, verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding, vervoer en logeeropvang. Als de cliënt verblijft in een Wlz-instelling en ook behandeling krijgt van deze instelling, vallen een aantal andere vormen van zorg, zoals huisartsenzorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen ook onder het verzekerde pakket van de Wlz. Ook kent de Wlz mogelijkheden voor extra zorg als een cliënt meer zorg nodig heeft dan met zijn/haar indicatie mogelijk is, waaronder de meerzorgregeling.

Leveringsvormen

Verzekerden kunnen er voor kiezen in een instelling te gaan wonen om zorg te krijgen. Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg thuis te ontvangen. Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd.

Voor zorg thuis kan de cliënt kiezen uit:

- Volledig pakket thuis (vpt): thuis dezelfde zorg als in een instelling.
- Modulair pakket thuis (mpt): delen van de zorg thuis geleverd.
- Persoonsgebonden budget (pgb): een subsidie waarmee de cliënt zelf zorg kan inkopen.
- Een combinatie van mpt en pgb is ook mogelijk, alsmede deeltijdverblijf.

Uitvoering van de Wlz

Bij de uitvoering van Wlz zijn verschillende partijen betrokken.¹ Voor toegang tot de Wlz is een Wlz-indicatie nodig van het CIZ en ook is een eigen bijdrage verschuldigd, vastgesteld en geïnd door het CAK. Naast zorgaanbieders (die de feitelijke zorg verlenen) is de uitvoering voor een belangrijk deel in handen van Wlz-uitvoerders (met name de zorginkoop). Wlz-uitvoerders zijn rechtspersonen binnen een groep waartoe ook een zorgverzekeraar behoort, die na toestemming van de NZa de Wlz kunnen uitvoeren voor hun verzekerden. Wlz-uitvoerders hebben hun taken gemandateerd aan zorgkantoren: dit kan hun eigen zorgkantoor zijn, of dat van een andere Wlz-uitvoerder. Nederland is verdeeld in 31 zorgkantoorregio's en voor elke regio is een Wlz-uitvoerder aangewezen die als zorgkantoor fungeert. Momenteel zijn zeven van de negen Wlz-uitvoerders aangewezen als zorgkantoor in één of meer zorgkantoorregio's.² De Wlz-uitvoerder blijft echter wel eindverantwoordelijk voor de gemandateerde taken, ook in geval van uitvoering door het zorgkantoor van een andere Wlz-uitvoerder. De zorgkantoren zijn op hun beurt zelfstandig verantwoordelijk voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget (pgb) binnen de Wlz, alsmede de administratie en controle van de verleende Wlz-zorg in de zorgkantoorregio's.

¹ De Wlz regelt de taken van Wlz-uitvoerders, zorgkantoren, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Centraal Administratiekantoor (CAK) en Zorginstituut Nederland (ZiNL).

² Zie artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz (wettelijke basis), artikel 4.2.1 Besluit langdurige zorg (regio-indeling), bijlage B bij de Regeling langdurige zorg (gemeenten per regio), het 'Besluit aanwijzing zorgkantoren 2021' (zorgkantoor per regio) en www.regioatlas.nl (kaart).

Financiering

De Wlz is een volksverzekering die wordt bekostigd via het Fonds langdurige zorg (Flz), dat wordt beheerd door het Zorginstituut. Het Flz wordt gefinancierd via de inkomensafhankelijke premie Wlz (via de inkomstenbelasting), de eigen bijdragen (via het CAK) en de rijksbijdrage in de kosten van kortingen (BIKK). Het Zorginstituut bevoorschot het CAK vanuit het Flz, zodat het CAK in opdracht van de zorgkantoren de Wlz-zorginstellingen kan betalen.

Toezicht door de NZa

De NZa rapporteert uit hoofde van haar toezichtrol³ elk jaar over de rechtmatige en doelmatige uitvoering⁴ van de Wlz door de Wlz-uitvoerders en het CAK⁵. Het toezicht door de NZa op de Wlz betreft de zorgsectoren die onder de Wlz vallen, niet zorg die mensen soms ook langdurig ontvangen vanuit de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet. Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht⁶ waaraan zij via de zorgkantoren uitvoering geven: deze moeten voldoende passende en tijdige zorg inkopen voor de Wlz verzekerden in hun regio. Naast zorginkoop zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor informatieverstrekking aan de burger, cliëntondersteuning, zorgbemiddeling, controle op de declaraties en de betalingsopdracht aan het CAK.

Belangrijkste aandachtspunten uit het Samenvattend Rapport

1. *Instroom* – ondanks de inspanningen van zorgkantoren verloopt toegang tot de Wlz soms via overbruggingszorg, crisiszorg en ad hoc initiatieven, terwijl dit met zo min mogelijk omwegen zou moeten.
2. *Fricities* – Door ontwikkelingen in zorgvraag en -aanbod (zoals meer complexere zorgvragen, vergrijzing, personeelstekort, toenemende behoefte aan extramurale zorg) kunnen fricties⁷ ontstaan.
3. *Medisch-generalistische zorg (MGZ)* – Zorgkantoren en zorgaanbieders konden in voorkomende gevallen knelpunten oplossen. Toch is MGZ voor cliënten v&v en ghz niet altijd structureel goed geregeld. Dat vergt meer samenwerking.
4. *Ggz-wonen* – Het aantal aanvragen voor ggz-wonen in de Wlz⁸ is veel hoger dan verwacht (9.250, maar dit waren er tot peildatum 9-8-2021 al 19.677). Hierdoor is bij de indicatiestellingen door het CIZ een vertraging ontstaan en vervolgens ook bij andere Wlz-aanvragen. Zorgkantoren geven daarnaast aan niet altijd meer zorg te kunnen inkopen wegens gebrek aan capaciteit bij gecontracteerde zorgaanbieders en terughoudendheid bij nieuwe (veelal kleinere) aanbieders die de impact van de Wlz op hun organisatie niet goed kunnen overzien.
5. *Meerzorgregeling* – De NZa ziet de meerzorgregeling⁹ als een waardevol instrument om de zorgplicht invulling te geven. Echter maakt de NZa zich, net als de zorgkantoren, zorgen om de toekomstbestendigheid van de regeling, vanwege het toenemend aantal aanvragen en stijging van de uitgaven.

³ Toezicht door de NZa is vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

⁴ Rechtmatigheid: zorgkantoren kopen zorg in, realiseren toegang tot zorg voor cliënten, controleren zorguitgaven en verantwoorden in overeenstemming met wet- en regelgeving. Doelmatigheid: zorg in een optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit die aansluit op de noden en wensen van de cliënten.

⁵ Over het CAK heeft de NZa apart een rapport gepubliceerd: Kamerstukken II, 2021-2022, 34104 en 29538, nr. 345

⁶ Zie artikel 4.2.1 Wlz e.v.

⁷ Onder fricties verstaat de NZa de situatie waarin voor een bepaalde (sub)doelgroep in de v&v, ghz of ggz onvoldoende zorgcapaciteit en/of passend zorgaanbod aanwezig is in een regio, nu (knelpunt) of in de toekomst (risico).

⁸ Sinds 1 januari 2021 hebben ook volwassenen vanuit de ggz die Wlz-zorg nodig hebben direct toegang tot de Wlz (ggz-wonen).

6. *Persoonsgebonden budget (pgb)* – Een pgb moet de keuze zijn van de cliënt. Dat betekent enerzijds dat het geen noodgedwongen uitwijk mag zijn omdat zorg in natura niet beschikbaar is of lastig georganiseerd kan worden (waarover de NZa signalen krijgt). Anderzijds dient het pgb als wettelijke leveringsvorm, net als zorg in natura, geïntegreerd te worden in de toekomstvisies van de zorgkantoren, hetgeen nu vaak nog niet het geval is.
7. *Zorg (als) thuis* – De NZa roept zorgkantoren op om de bijdrage van zorg (als) thuis in kaart te brengen. Het is nog onduidelijk in hoeverre de inzet om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen een bijdrage gaat leveren aan de houdbaarheid van de langdurige zorg in de toekomst, en een oplossing biedt voor het personeelstekort, de steeds grotere vraag naar complexe zorg, toegankelijkheid voor mensen met een kleine beurs en een besparing op de uitgaven.