



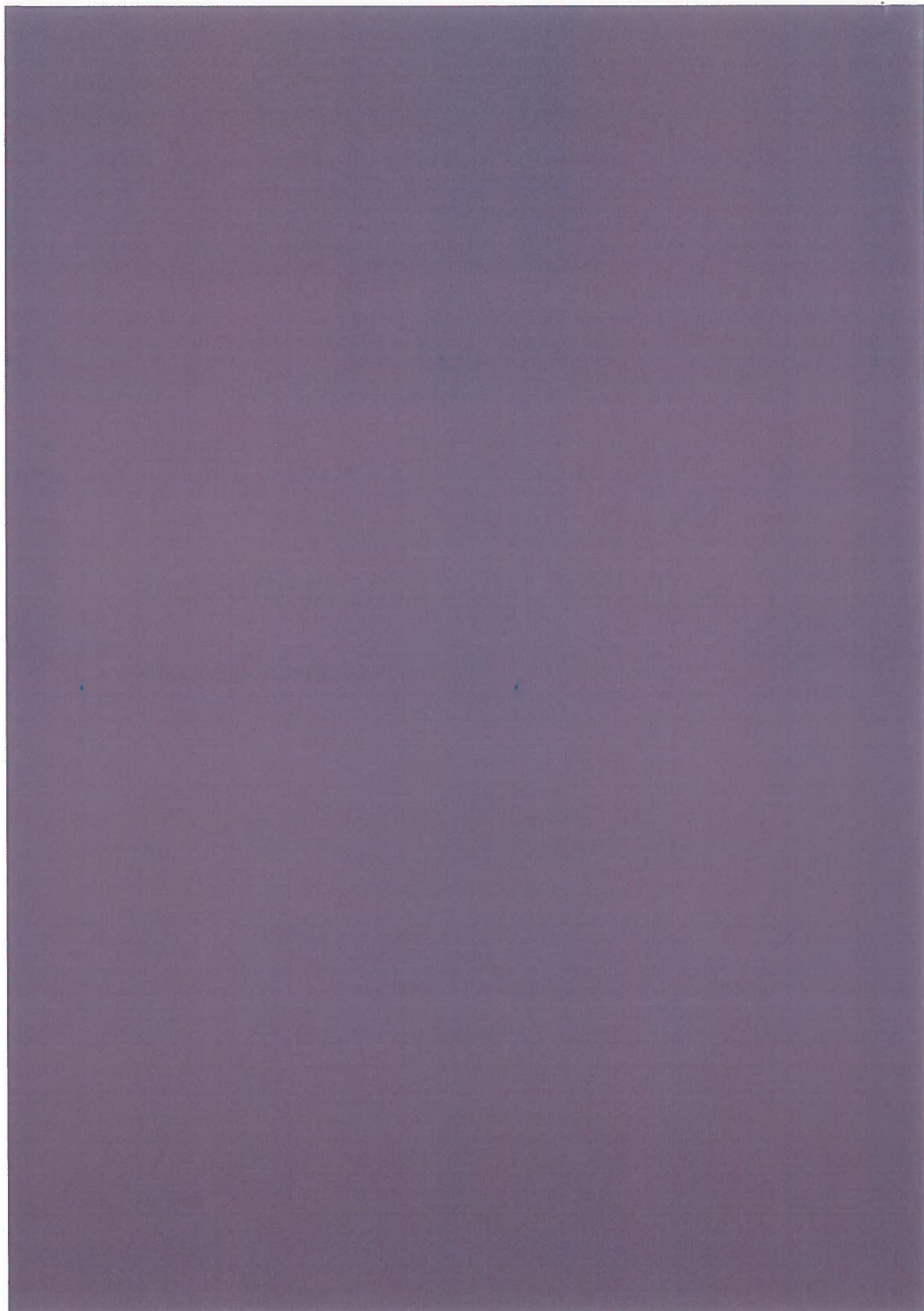
Wlz monitor

signalen van zorgaanbieders

Weergave resultaten 2016

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

7-12-2016



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	8
2. De Wlz monitor	9
1. Doelstelling & vraagstelling	9
2. Methode	9
3. Deelnemende zorgorganisaties	10
1. Aanmeldingen voor de Wlz-monitor	10
2. Deelnemers aan de Wlz-monitor	11
4. Resultaten	12
1. Toegang tot zorg in het algemeen	12
2. Toegang tot Wlz	14
3. Wlz subsidieregelingen	17
4. Wlz indiceerbaren	20
5. Bekostiging en zorginkoop	20
6. Bedrijfsvoering	26
7. Communicatie en informatie	28
8. Cultuur en visie	29
9. Administratieve lasten	30
5. Verwijzingen	32

Samenvatting

Dit rapport betreft de rapportage van de monitor Wet langdurige zorg (Wlz) 2016 – signalen van zorgaanbieders. Het doel van de Wlz-monitor was om tijdens het overgangsjaar 2015, samen met VWS en de zorgaanbieders in de langdurige zorg, onderzoek te doen naar de kansen en knelpunten die ontstonden bij de invoering van de Wlz. In 2016 is onderzocht welke knelpunten zich nog voordeden, welke zijn opgelost en welke mogelijke nieuwe knelpunten zijn ontstaan. In 2015 is de monitor viermaal uitgezet, in 2016 eenmaal in september-oktober. De monitor had niet tot doel een uitputtend en representatief beeld te geven, maar geeft de ervaringen en/of verwachtingen weer uit de praktijk van individuele zorgaanbieders. Doordat in de monitor ervaringen centraal staan, kan het zijn dat deze niet (altijd) overeenkomen met (landelijke) cijfers en trendgegevens. 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'.

In 2015 namen er gemiddeld vijftig zorgaanbieders uit verschillende sectoren deel aan de monitor. In 2016 hebben 42 zorgaanbieders de monitor ingevuld die zorg vanuit de Wlz leveren. De monitorvragen richtten zich voornamelijk op Wlz-specifieke thema's, zoals toegang tot de Wlz, subsidieregelingen in de Wlz, Wlz-indiceerbare, bekostiging en zorginkoop, bedrijfsvoering, communicatie en informatie, cultuur en visie en administratieve lasten.

De ervaringen met de Wlz in 2016 in vergelijking tot 2015

Toegang tot zorg in het algemeen

Net als in 2015, geven zorgaanbieders aan dat het niet altijd duidelijk is binnen welk domein de zorg geleverd kan worden voor bepaalde cliëntengroepen. Er worden met name knelpunten ervaren voor de toegang van jeugdigen en voor mensen met een psychogeriatrische grondslag. In 2016 is het percentage zorgaanbieders dat aangeeft dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen door de Hervorming Langdurige Zorg gestegen tot 70%. Hierbij wordt echter door de aanbieders de kanttekening geplaatst dat dit niet altijd een gevolg is van de wens van de cliënt. Door zorgaanbieders binnen de ouderenzorg werd toegelicht dat de zorgzwaarte thuis aan het toenemen is en dat wanneer mensen intramuraal komen te wonen, de opname vaker een crisis en/of spoedkarakter heeft waardoor zij een zwaardere zorgvraag hebben dan voorheen. Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat de overgang naar de Wlz wordt uitgesteld doordat mensen zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) prefereren boven de Wlz vanwege de lagere eigen bijdrage. Echter, vanuit de Zvw kunnen zij uiteindelijk niet de benodigde zorg ontvangen, waardoor een crisissituatie zich eerder kan voordoen. Tenslotte is met betrekking tot alle zorgwetten in de langdurende zorg door zorgaanbieders aangegeven dat de administratieve lasten het hoogst zijn omtrent de langdurige zorg thuis vanuit de Zvw en de Wmo 2015, mede door het grote aantal contractpartijen.

Toegang tot de Wlz

Met betrekking tot de tijdsduur van het indicatieproces geeft de meerderheid aan dat het proces niet sneller of langzamer ging dan vorig jaar. Iets meer dan de helft van de aanbieders gaf aan dat naar hun idee de hoogte van de indicaties voor nieuwe cliënten lager is in vergelijking tot 2015. Het merendeel van de aanbieders ervoerde in 2016 knelpunten bij de toegang tot de Wlz. Bijna de helft van de aanbieders die een knelpunt ervaart geeft aan dat dit geldt omtrent de wachtlijsten, door ontoereikende productieafspraken. Ook worden er knelpunten ervaren rondom spoed/crisis, er wordt benoemd dat er onvoldoende plekken zijn voor de toenemende vraag waarbij sprake is van een spoed of crisis situatie. Een ander knelpunt volgens aanbieders in de ouderenzorg is dat zij merken dat cliënten niet willen toetreden tot de Wlz wanneer zij nog thuis wonen, dit vanwege een relatief hoge eigen bijdrage in vergelijking met de zorg thuis vanuit de Zvw. Door zorgaanbieders uit de gehandicaptensector werd de toegang tot zorg voor de groep jeugdigen evenals in 2015 als knelpunt ervaren. In het kader van spoedopnames is in 2016 aan de zorgaanbieders gevraagd of zij in het geval van spoed gebruik maken van de Wlz-subsidieregeling eerstelijnsverblijf, welke is bedoeld voor kortdurend verblijf binnen de Wlz. Bijna de helft van de aanbieders - voornamelijk uit de ouderenzorg - geeft aan (soms tot altijd) gebruik te maken van de subsidieregeling eerstelijnsverblijf om spoed/crisis te financieren.

Subsidiereregelingen binnen de Wlz

Net als in 2015 ervaart in 2016 het merendeel van de aanbieders die eerstelijnsverblijf aanbieden knelpunten. Men gaf als knelpunt aan dat er meer vraag is naar eerstelijnsverblijf dan er beschikbaar is vanuit de productieafspraken. Zorgaanbieders lichtten toe dat er gedurende het jaar extra budget ruimte voor hen is vrijgemaakt maar dat een organisatie relatief veel risico loopt doordat men zorg levert na het bereiken van het gestelde productieplafond. Dit heeft bij enkele aanbieders geleid tot het weigeren van cliënten voor eerstelijnsverblijf. Een ander knelpunt dat genoemd is betreft de vergoeding van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Zorgaanbieders ervaren nauwelijks knelpunten met betrekking tot de subsidieregeling extramurale behandeling.

Bekostiging en zorginkoop

Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat er overproductie is op de subsidieregeling eerstelijnsverblijf en op de reguliere Wlz-zorg. Zorgaanbieders lichtten toe dat er een groeiende vraag is naar eerstelijnsverblijf omdat mensen langer thuis moeten blijven wonen en het komt dan vaker voor dat iemand bij een onverantwoorde thuissituatie of crisis kortdurend moet worden opgenomen. Met betrekking tot de subsidieregeling extramurale behandeling ervaart ongeveer een derde van de aanbieders onderproductie, een derde geeft aan dat de productie ongeveer gelijk is aan de afspraken en weer een derde geeft aan dat er overproductie is. In de monitor van 2016 komt naar voren dat er een toename is in de wachtlijsten. Voornamelijk de zorgaanbieders binnen de ouderenzorg lichtten toe dat de wachtlijsten worden veroorzaakt door de bereikte productieplafonds. Net als in het laatste kwartaal van 2015 gaf in 2016 een derde van de aanbieders aan dat er een groep cliënten is die op basis van de criteria geen toegang tot de Wlz krijgt. Van de aanbieders die vpt aanbiedt gaf het merendeel aan dat zij geen knelpunten ervaren met het vpt. Een signaal dat vanuit de aanbieders, met name de VVT, naar voren komt is dat het lastig is om een vpt te leveren zonder dat er sprake is van geclusterd wonen, omdat 24 uren zorg met aanwezigheid in de nacht en ongeplande zorg moeilijk realiseerbaar is wanneer iemand buiten een geclusterde woonvorm woont. Het signaal dat het voor cliënten aantrekkelijker is om zorg thuis te ontvangen vanuit de Zvw wordt door meerdere zorgaanbieders bij de verschillende leveringsvormen - zoals het mpt - als knelpunt benoemd. Betreffende de bekostiging van het pgb wordt als voornaamste knelpunt aangegeven dat het een hoge administratieve belasting geeft voor de organisatie. Het merendeel van de zorgaanbieders gaf aan geen knelpunten te verwachten met betrekking tot de zorginkoop van 2017, specifiek gelet op de subsidieregelingen en op de reguliere Wlz-zorg.

Bedrijfsvoering

In 2015 gaven aanbieders aan gedurende het jaar steeds beter in staat te zijn om de Wlz te faciliteren op het gebied van service en ICT infrastructuur, dit aantal is in 2016 nog verder toegenomen. Vrijwel alle aanbieders gaven aan de Wlz voldoende tot in hoge mate te kunnen faciliteren. Ten aanzien van het personeelsbestand geeft meer dan de helft van de deelnemende zorgaanbieders aan dat de situatie gelijk is aan 2015 en een derde geeft aan meer mensen nodig te hebben. Er wordt hierbij aangegeven dat de verschuiving in deskundigheid nog steeds gaande is door de hogere zorgvraag bij cliënten.

Communicatie en informatie

Met betrekking tot de informatievoorziening gaf het merendeel van de aanbieders aan geen informatie te missen. Van cliënten krijgt het merendeel van de aanbieders relatief weinig vragen over de Wlz; tussen de 0 en 5 vragen per week.

Cultuur en visie

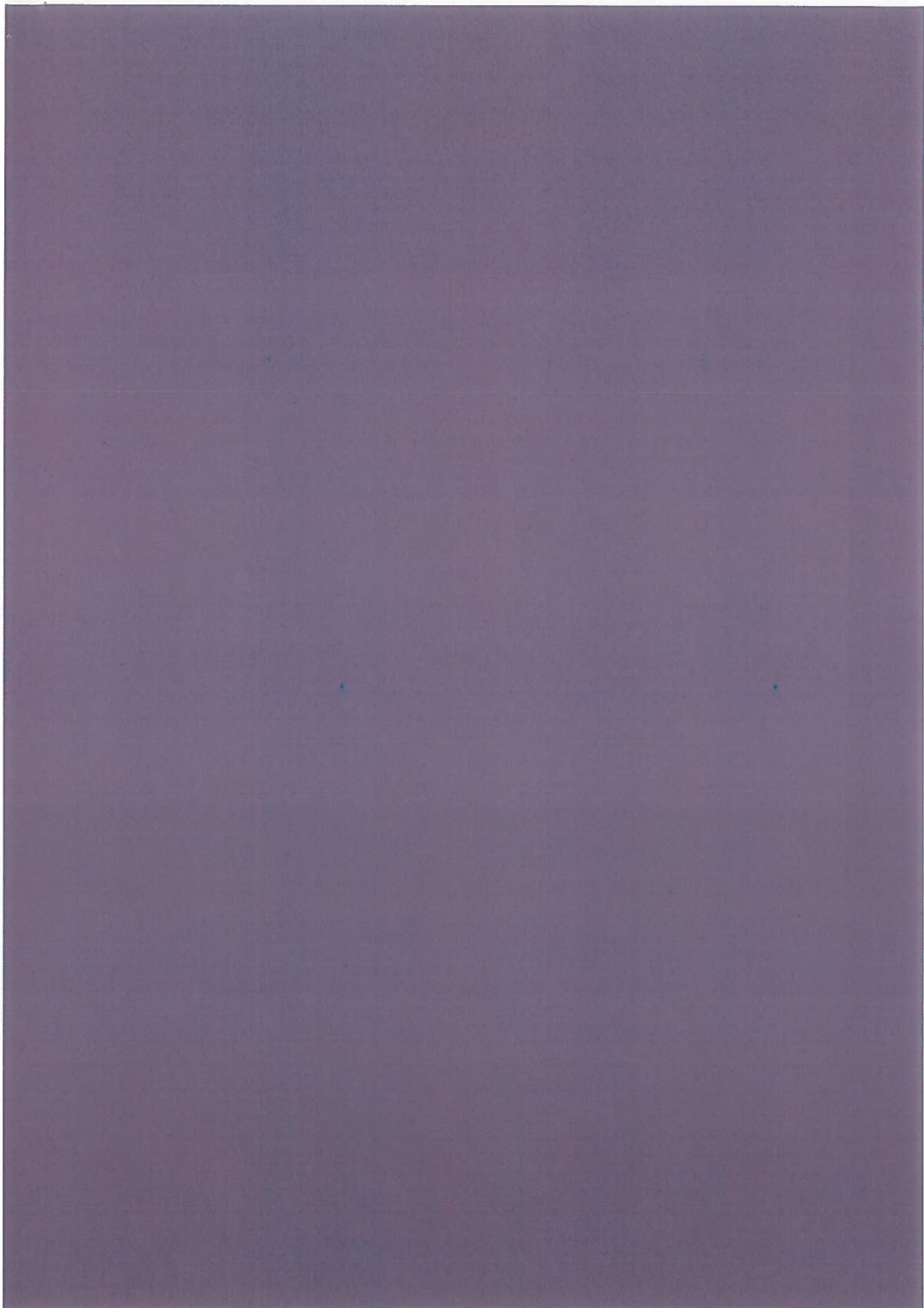
Gedurende 2015 gaf het merendeel van de zorgaanbieders aan dat zij voldoende tot in hoge mate konden voldoen aan de visie die aansluit op de Wlz-doelstellingen. In 2016 is dit aantal nog verder gestegen. Zorgaanbieders is gevraagd hoe mantelzorgers betrokken worden bij de zorg voor hun naaste. Aanbieders gaven aan dat mantelzorgers worden betrokken bij het zorgplan van de cliënt en de besprekingen die daaromheen plaatsvinden. Andere voorbeelden die door zorgaanbieders worden genoemd zijn het gebruik van digitale communicatieplatformen zoals familienet, het organiseren van familiebijeenkomsten en regelmatig overleg.

Administratieve lasten

Het merendeel van de zorgaanbieders ervaart het deel dat zorgprofessionals en ondersteunend personeel bezig is met administratie omtrent de Wlz als administratieve last. Ongeveer de helft geeft tevens aan dat de tijd die besteed wordt aan administratieve werkzaamheden door zorgprofessionals niet is veranderd sinds de invoering van de Wlz en ongeveer 40% geeft aan dat er een stijging is in de administratieve lasten. De belangrijkste oorzaken van de stijging van administratieve lasten voor zorgprofessionals zijn volgens de zorgaanbieders de toename in afvinklijstjes door de toenemende controledrang HLZ breed. Er moet meer afgestemd en verantwoord worden. Een toename wordt ervaren door de verschillende kwaliteitseisen die vanuit de zorgverzekeraars worden gesteld. Daarnaast kost de registratie rondom de indicatie aanvraag en de afstemming rondom het zorgleefplan relatief veel tijd. Met betrekking tot het ondersteunend personeel lichtten zorgaanbieders toe dat de verschillende financieringsstromen de complexiteit vergroten en daarmee de tijd die besteed moet worden aan administratieve werkzaamheden. Er dient op verschillende manieren gedeclareerd te worden per wet, en binnen de Zvw en Wmo dient er op verschillende manieren gedeclareerd te worden per zorgverzekeraar en gemeente, dit kost tijd aan administratie en aan de inrichting van ICT systemen.

Conclusie

In vergelijking tot 2015 zijn er in 2016 een aantal zaken verbeterd omtrent de uitvoering van de Wet langdurig zorg (Wlz). Zo geven vrijwel alle aanbieders aan de Wlz voldoende tot in hoge mate te kunnen faciliteren op het gebied van service en ICT infrastructuur en de informatie voorziening is goed op orde; het merendeel van de aanbieders geeft aan geen informatie te missen. Binnen de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (WT) worden er meer knelpunten ervaren met betrekking tot de Wlz dan binnen de gehandicaptenzorg (GHZ). Wel wordt er binnen de GHZ gewezen op de beperkte toegang voor jeugdigen tot de Wlz vanwege het Wlz-criterium 'blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid' dat voor de groep jeugdigen niet altijd vastgesteld kan worden. WT aanbieders geven aan dat thuiszorg vanuit met name een mpt niet aantrekkelijk is voor cliënten omdat er meer uren geleverd kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Zorgaanbieders geven aan dat het lastig is tot onmogelijk om thuiszorg te leveren buiten geclusterde woonvormen vanuit het mpt of vpt omdat er volgens de zorgaanbieders te weinig vergoeding tegenover staat om de benodigde zorg te kunnen leveren. Verder geven aanbieders aan dat door de productieplafonds wachtlijsten ontstaan en dat de administratieve lasten met name hoog zijn door de verschillende wetten, regels en registratiesystemen.



1. Inleiding

Vilans voerde gedurende 2015 en 2016 de Wlz-monitor uit in opdracht van het ministerie van VWS. Dit document beschrijft de resultaten van de monitor uit 2016 in vergelijking tot het overgangsjaar 2015. De monitor richtte 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 en in 2016. 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 van de monitor 2016 in vergelijking tot de resultaten van 2015. Deze weergave van resultaten levert een overzicht van de veranderingen en trends tussen 2015 en 2016 in 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.

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



2. De Wlz monitor

2.1 Doelstelling & Vraagstelling

Het doel van de Wlz-monitor in 2016 was om samen met VWS en de zorgaanbieders in de langdurige zorg, te onderzoeken in hoeverre knelpunten opgelost zijn en in kaart brengen of er nieuwe knelpunten zijn ontstaan met betrekking tot de Wlz in vergelijking tot het overgangsjaar 2015.

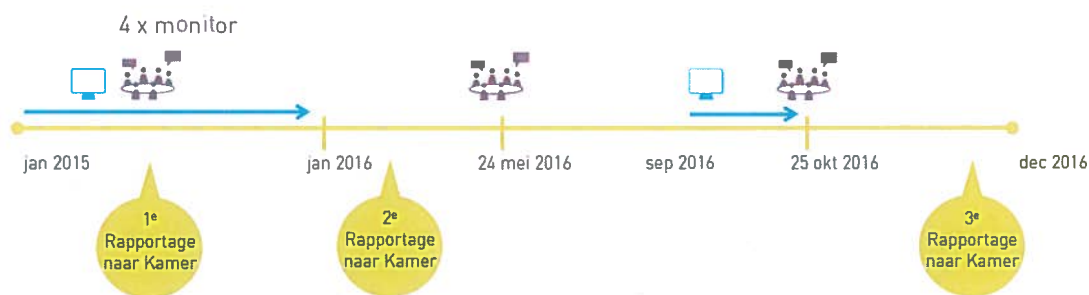
Centrale vragen hierbij zijn:

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

2.2 Methode

Voor de Wlz-monitor is gebruik gemaakt van dezelfde pool aan zorgaanbieders die participeerden in de Wlz monitor 2015³, met een aanvulling van geïnteresseerde aanbieders die voldeden aan de inclusie criteria. 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 en verzorging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Zorgaanbieders participeerden in een "binnenring" of "buitenring". Deelnemers uit zowel de binnen- als buitenring ontvingen een digitale vragenlijst. Deelnemers aan de "binnenring" namen, naast de digitale vragenlijst, deel aan een bijeenkomst waarin de resultaten van de Wlz-monitor werden besproken en vraagstukken nader werden onderzocht (zie figuur 1). Bij deze bijeenkomst op 25 oktober 2016 was VWS vertegenwoordigd. De thema's en vragen voor de Wlz monitor 2016 zijn vergelijkbaar met de monitors 2015^{3,4}. Thema's en vragen zijn voorgesteld door Vilans op basis van een analyse van thematiek in de tekst Memorie van Toelichting van de Wlz en in samenspraak met het ministerie van VWS en de brancheorganisaties. De uitwerking van de thema's en vragen in de monitors is vastgesteld in overleg met het ministerie van VWS en deelnemers aan de HLZ-implementatietafel (o.a. Actiz, GGZ Nederland en VGN). Ook zijn gedurende de monitoringsperiode extra vragen opgenomen indien bepaalde thema's onderbelicht waren en wanneer verduidelijking nodig was betreft een bepaald knelpunt.

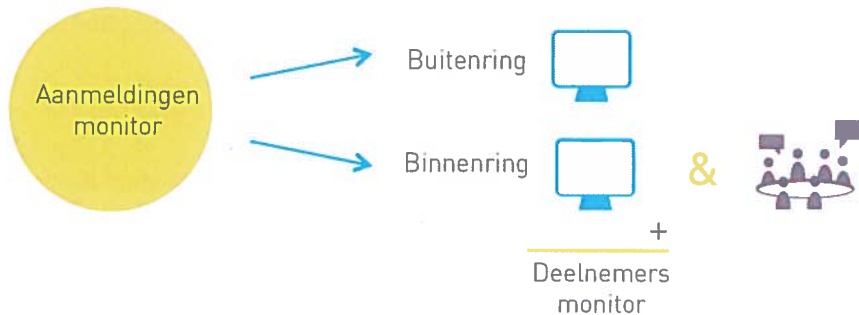


Figuur 1

Na de monitor zijn de resultaten van de digitale vragenlijst en de binnenringbijeenkomst geanalyseerd. De kwantitatieve gegevens zijn geanalyseerd middels Excel 2013. 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 werden geanalyseerd door twee onderzoekers. Toelichtingen die door meerdere zorgaanbieders werden genoemd zijn vermeld in de rapportage.

3. Deelnemende zorgaanbieders

Vilans heeft zorgaanbieders in de langdurige zorg benaderd 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, in welke sector zij zorg leveren en of zij naast de Wlz ook zorg in andere domeinen leveren.



Figuur 2

3.1 Aanmeldingen voor de Wlz-monitor

Aan de Wlz-monitor 2016 participeerde in totaal 116 zorgaanbieders verdeeld over 56 in de binnenring en 60 in de buitenring. Dit is dezelfde groep als in 2015 met een toevoeging van organisaties die op basis van de publicatie van de eerdere monitors aangaven deel te willen nemen en aan de criteria voldeden. Geïnteresseerde zorgaanbieders die geen zorg leveren in het domein van de Wlz werden uitgesloten van deelname.

Diversiteit van de zorgaanbieders

De zorgaanbieders die zich aangemeld hadden voor de Wlz-monitor zijn gevestigd op diverse plekken in het land zoals in figuur 3 is weergegeven. Zij leveren zorg in verschillende sectoren; Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (WT), de Gehandicaptenzorg (GHZ), de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Jeugdzorg en combinaties van deze sectoren. De Wlz-monitor 2016 is door een relatief kleine steekproef van het totale aantal zorgaanbieders in Nederland ingevuld. De monitor is hierdoor niet representatief voor alle Wlz-zorgaanbieders, maar brengt het signalen vanuit het perspectief van zorgaanbieders in kaart.



3.2 Deelnemers aan monitor 2016

De Wlz-monitor 2016 is door 42 verschillende - unieke - zorgorganisaties ingevuld. De vragen werden voornamelijk beantwoord door bestuurders, managers en beleidsmedewerkers van de zorgorganisaties, zij gaven aan dat zij bij het invullen informatie hebben opgehaald bij diverse collega's binnen de organisatie. In onderstaande tabel (tabel 1) is te zien in welke domeinen de deelnemende zorgaanbieders zorg leveren. De verschillende sectoren waarbinnen zij zorg leveren is weergegeven in tabel 2. Tot slot is de grootte van de organisaties, op basis van aantal personeelsleden en vrijwilligers weergegeven in tabel 3.

Tabel 1. Deelnemers per domein

Domein:	aantal zorgaanbieders	% van domein waarin zij zorg verlenen		
		gemiddelde	minimum	maximum
Wlz	42	68%	5%	100%
Wmo	39	10%	1%	50%
Zvw	29	25%	5%	90%
Jeugdwet	16	8%	1%	28%

Tabel 2. Deelnemers per sector

Sector:	Aantal zorgaanbieders	% van totaal
Verpleging en verzorging	28	67%
Gehandicaptenzorg	13	31%
Geestelijke Gezondheidszorg	5	12%
Thuiszorg	23	55%
Jeugdzorg	9	21%

Tabel 3. Grootte van de organisaties

	Gemiddelde	Range
Fte personeelsleden	733	(6-3900)
Aantal personeelsleden	1276	(14-7800)
Aantal vrijwilligers	530	(0-5000)
Aantal uren per week dat vrijwilligers werken	4	(0-11)

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de Wlz-monitor 2016 per thema weergegeven, er wordt daarbij een vergelijking gemaakt met 2015 waar ieder kwartaal monitoring plaats heeft gevonden. De volgende thema's worden behandeld: toegang tot zorg in het algemeen, toegang Wlz, subsidieregelingen Wlz, Wlz-indiceerbaren, bekostiging en zorginkoop, bedrijfsvoering, communicatie en informatie, cultuur en visie en administratieve lasten.

4.1 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 monitor is 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 de verschillende wetten. 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 2016 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 gevraagd voor welke groepen zij knelpunten ervaren met betrekking tot de toegang tot zorg en wat het knelpunt behelst. Een ruime meerderheid (83%) gaf aan knelpunten te ervaren met betrekking tot de toegang tot zorg. Dit percentage is vergelijkbaar met de Wlz monitor in het laatste kwartaal van 2015 waarin 86% van de zorgaanbieders aangaf knelpunten te ervaren. Onderstaand zijn de knelpunten per genoemde groep weergegeven.

- **Jeugd**

Door het Wlz-criterium 'blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid' zijn er net als in 2015 nog steeds problemen bij de toegang tot zorg bij jeugdigen (18+). Deze groep valt niet onder de Wlz omdat onduidelijk is of de behoefte aan permanent toezicht in nabijheid blijvend is. In 2015 rapporteerden VNG en WWS dat zij het eens waren met de conclusie van het HHM rapport dat de Wmo voor deze groep het meest passende kader is en dat een wetwijziging niet nodig is⁵. In de monitor van 2016 gaf een groot deel van de zorgaanbieders aan dat de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo, Zvw of Wlz nog steeds problematisch is voor deze groep⁶.

- **Psychogeriatric**

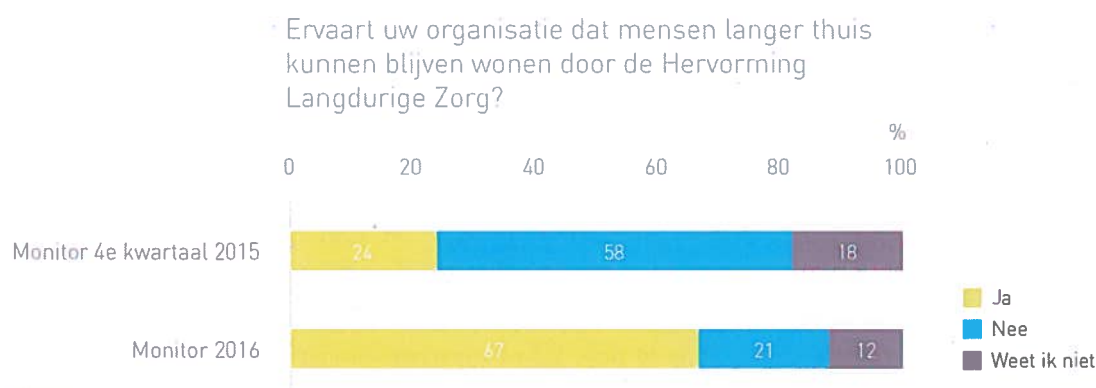
Meerdere zorgaanbieders gaven aan knelpunten tot zorg te ervaren voor mensen met een psychogeriatric grondslag. Deze groep mensen woont langer thuis, een Wlz-indicatie wordt relatief laat aangevraagd en zorgaanbieders ervaren knelpunten bij plaatsing vanwege een gebrek aan capaciteit intramuraal wat kan resulteren in een toestroom naar crisis opvang. Verder werd er aangegeven dat het verkrijgen van een VV indicatie lastig is omdat psychiatrie als dominant wordt gezien door het CIZ, terwijl de zorgaanbieder voorstelt deze groep op te nemen binnen een PG afdeling in een verpleeghuis.

Ondanks dat er specifiek gevraagd is bij welke groepen cliënten knelpunten zijn ontstaan met betrekking tot de toegang tot zorg, gaven een groot deel van de zorgaanbieders in de toelichtingen aan dat de knelpunten zich voornamelijk voordoen bij de toegang tot de verschillende domeinen. De toegang tot de Wmo werd door een deel van de zorgaanbieders als meest problematisch ervaren. Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat de eigen bijdrage binnen de Wlz en ook het aantal uren dat geleverd kan worden aan zorg binnen een mpt een knelpunt is bij de toegang tot zorg in de Wlz. Zorgaanbieders gaven aan dat er voor bepaalde groepen cliënten meer uren zorg geleverd kunnen worden binnen de Wmo en Zvw dan binnen een Wlz mpt.

Langer thuis wonen door de Hervorming Langdurige zorg (HLZ)

Net als in het 4e kwartaal van 2015 is in 2016 aan alle deelnemende zorgaanbieders gevraagd of zij vanuit hun organisatie ervaren dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen door de HLZ. In 2015 gaf bijna een kwart van de zorgaanbieders aan dit te ervaren en in 2016 is het percentage

zorgaanbieders dat ervaart dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen door de HLZ gestegen naar bijna 70%, zie figuur 4. Hierbij wordt echter door de zorgaanbieders de kanttekening geplaatst dat in hun ervaring het langer thuis kunnen wonen niet altijd een gevolg is van een wens van de cliënt. Door zorgaanbieders binnen de ouderenzorg werd toegelicht dat de zorgzwaarte thuis aan het toenemen is en dat wanneer mensen intramuraal komen te wonen, de opname een crisis en/of spoedkarakter heeft waardoor zij een zwaardere zorgvraag hebben dan voorheen. Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat de overgang naar de Wlz wordt uitgesteld doordat mensen zorg vanuit de Zvw prefereren boven de Wlz vanwege de lagere eigen bijdrage. Echter, vanuit de Zvw kunnen zij uiteindelijk niet de benodigde zorg ontvangen, waardoor een crisissituatie zich eerder kan voordoen.

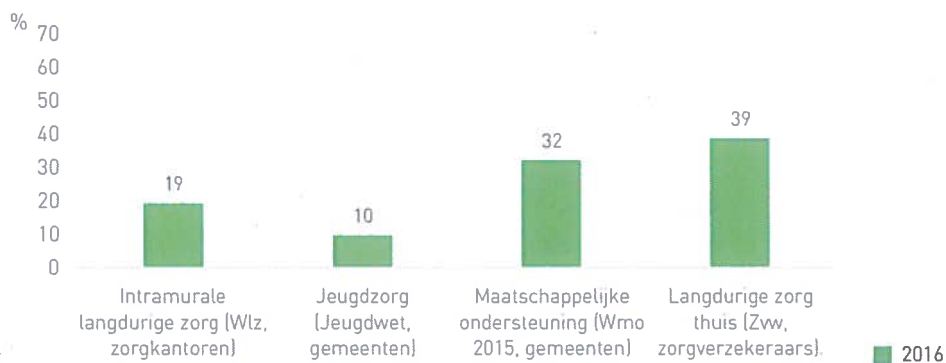


Figuur 4

Administratieve lasten bij de verschillende domeinen

Door de hervorming langdurige zorg is er veel veranderd. In 2015 gaven zorgaanbieders aan dat dit gepaard gaat met een verhoging van de administratieve lasten. In 2016 gaf 74% van de zorgaanbieders aan dat zij een verhoging ervaren in de administratieve lasten. In 2016 is er verder gevraagd binnen welk domein van de (langdurige) zorg de sterkste stijging van administratieve lasten wordt ervaren (zie figuur 5). De sterkste stijging van de administratieve lasten worden ervaren binnen de langdurige zorg thuis (Zvw) en de Wmo 2015.

Binnen welk domein van de (langdurige) zorg wordt door u de sterkste stijging van de administratieve lasten ervaren?
Schatting van het percentage waarmee de last is gestegen.



Figuur 5

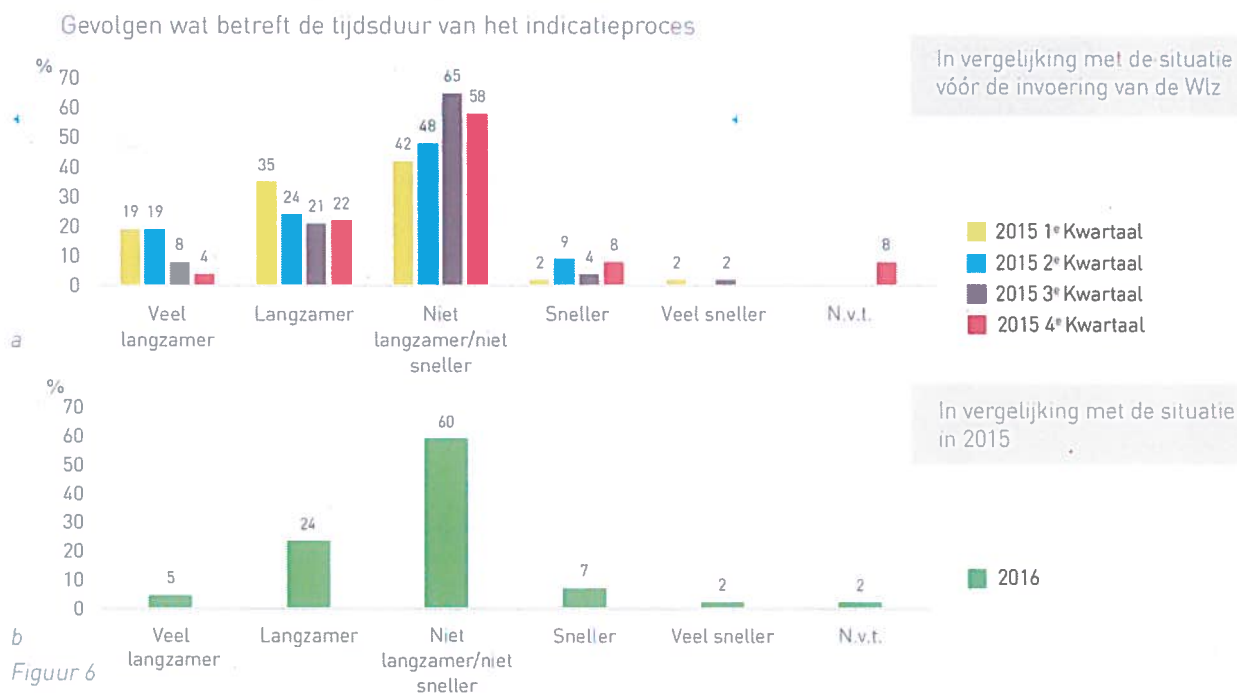
Uit de toelichtingen die gegeven zijn door de zorgaanbieders blijkt dat met name het grote aantal contractpartijen met zorgverzekeraars en gemeenten leidt tot een toename in de administratieve lasten. De verschillende contractpartijen hanteren verschillende eisen voor onder andere inkoop, bedrijfsvoering en kwaliteit. Zorgaanbieders kunnen te maken hebben met veel verschillende gemeenten en er werd aangegeven dat gemeenten verschillende kwaliteitscriteria hebben opgesteld wat resulteert in hogere administratieve lasten.

4.2 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. Net als in 2015, is in de monitor van 2016 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 behandeld (paragraaf 4.3.1 subsidieregeling eerstelijns verblijf).

Involed van invoering Wlz op de tijdsduur en hoogte van indicaties

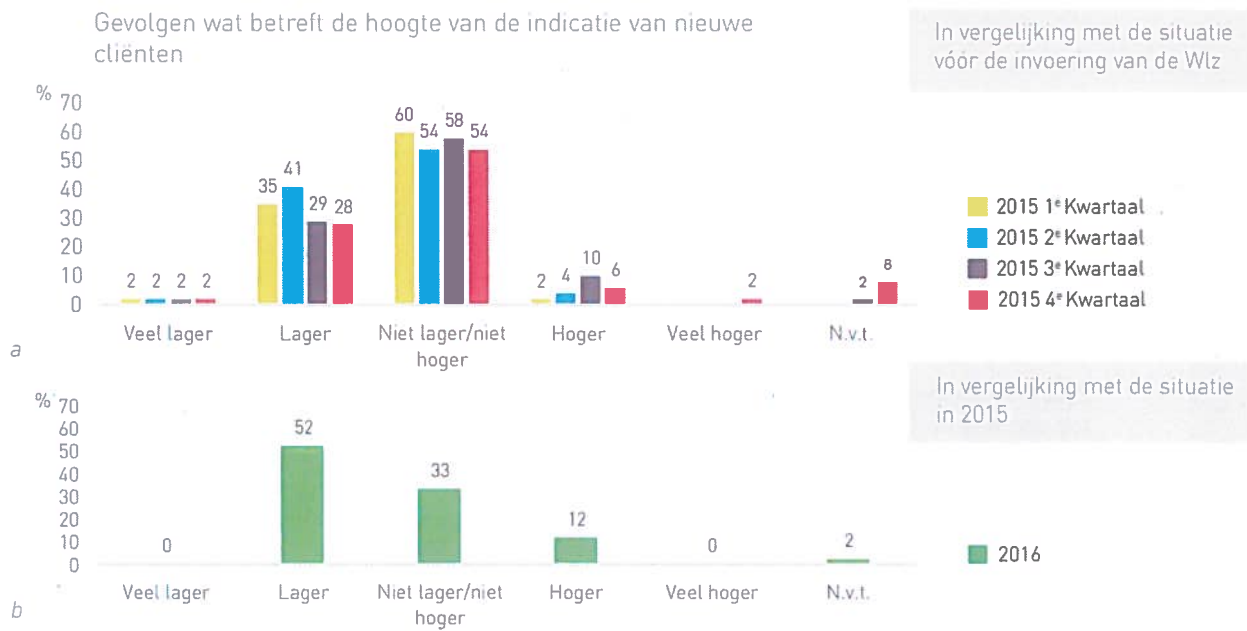
In de monitor is gevraagd wat de gevolgen zijn van de invoering van de Wlz op de hoogte van de indicaties en de tijdsduur van het indicatieproces bij het CIZ. Het gaat hierbij om de perceptie van de zorgaanbieders. In 2015 werd aangegeven dat dit in het begin van het jaar voor een deel van de aanbieders langzamer tot veel langzamer werd ervaren, gedurende het jaar verschoof dit naar niet langzamer/niet sneller. In 2016 is aan zorgaanbieders gevraagd wat de gevolgen zijn van de invoering van de Wlz op de tijdsduur van de indicatieproces bij het CIZ ten opzichte van het voorgaande jaar. Zoals in figuur 6b is te zien, gaf de meerderheid (60%) aan dat het proces niet sneller of langzamer was dan vorig jaar. 29% gaf aan dat het proces in 2016 langzamer tot veel langzamer verliep.



Figuur 6

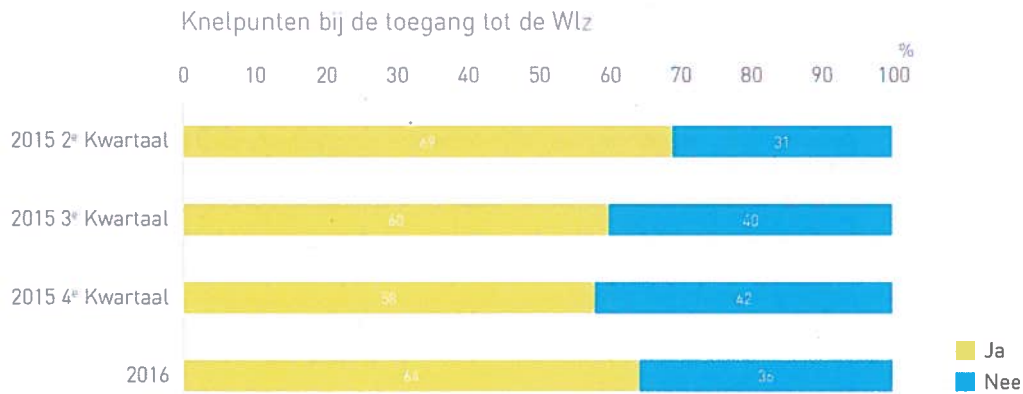
Het CIZ hanteert voor een indicatie een termijn van maximaal zes weken. Zorgaanbieders gaven in de toelichtingen aan dat zij de 6 weken als lang ervaren. Verder gaf een aantal zorgaanbieders aan dat het vervallen van het taakmandaat de tijdsduur van het indicatieproces heeft doen toenemen. De mandaatregeling waarmee zorgaanbieders zelf indicaties konden stellen is grotendeels verdwenen in de Wlz.

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 (zie figuur 7).



Figuur 7

In vergelijking tot het 4e kwartaal van 2015 is het percentage zorgaanbieders dat aangaf dat de hoogte van de indicatie van nieuwe cliënten lager is dan het voorgaande jaar bijna verdubbeld (van 28% naar 52%). Zorgaanbieders in de ouderenzorg lichtten toe dat er lagere indicaties zijn afgegeven dan gewenst terwijl de zorgvraag complexer was en ook dat er een reductie was in het afgeven van hogere ZZPs (ZZP7 - ZZP10). De criteria voor het afgeven van hogere ZZPs zijn van 2015 op 2016 niet veranderd. Het is derhalve lastig om een objectieve verklaring te vinden voor deze kanteling in de perceptie van de zorgaanbieders..



Figuur 8

Knelpunten bij de toegang tot de Wlz

64% van de zorgaanbieders ervaarde in 2016 knelpunten bij de toegang tot de Wlz. Het percentage dat knelpunten ervaarde in 2016 is vergelijkbaar tot 2015 (zie figuur 8). In tabel 4 wordt per knelpunt en per monitor weergegeven welk percentage van de zorgaanbieders dat knelpunt ervaart bij de toegang.

Tabel 4. Knelpunten bij de toegang tot zorg

	% van aantal aanbieders dat een knelpunt ervaart			
	2015 2 ^e kwartaal n=37	2015 3 ^e kwartaal n=31	2015 4 ^e kwartaal n=29	2016 n=27
Invullen van de aanvraag	38%	26%	21%	26%
De informatievoorziening vanuit het CIZ	22%	36%	21%	11%
Wachlijsten	27%	26%	35%	48%
Spoed/crisis	62%	39%	38%	37%

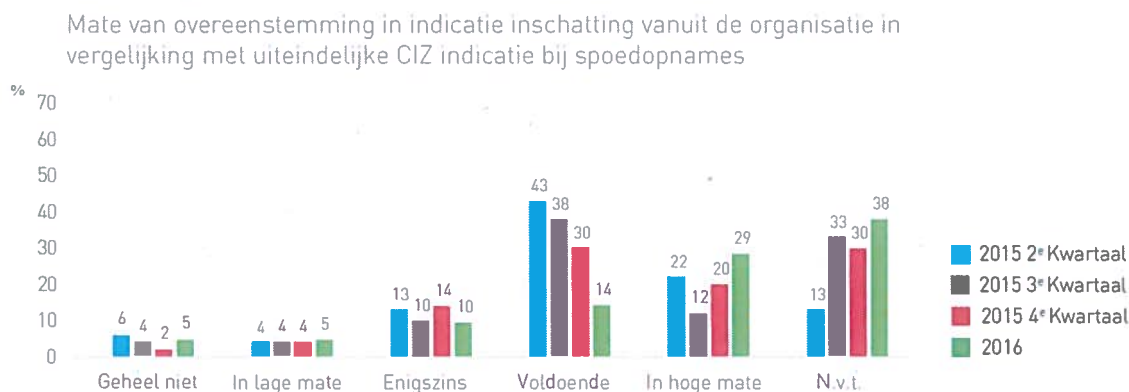
Zeven aanbieders gaven aan dat er knelpunten zijn bij het invullen van de aanvraag, zij lichtten toe dat het veel werk is en het proces wordt door sommigen als omslachtig ervaren. Bijna de helft (48%) van de aanbieders die een knelpunt ervaart, gaf aan dat de wachtlijsten een knelpunt zijn en lichtten toe dat dit komt door de productieafspraken die ontoereikend zijn. Spoed/crisis werd door 37% van de aanbieders genoemd als een knelpunt dat zij ervaarden. Zij lichtten toe dat er onvoldoende plekken zijn voor de toenemende vraag om spoed en crisis. Er werden ook nog andere knelpunten genoemd. Zo werd er door een aanbieder in de ouderenzorg aangegeven dat zij merken dat cliënten niet willen toetreden tot de Wlz wanneer zij nog thuis wonen, dit vanwege een hoge eigen bijdrage. Aanbieders gaven aan dat het voor cliënten aantrekkelijk is om de zorg thuis vanuit de Zvw te ontvangen. Door zorgaanbieders uit de gehandicaptensector werd de toegang tot zorg voor de groep jeugdigen evenals voorgaande jaren als knelpunt ervaren.

Positieve punten bij de toegang tot de Wlz

In de monitor is aan aanbieders gevraagd naar positieve punten omtrent de toegang tot de Wlz. Een veel genoemd positief aspect aan de Wlz is dat een Wlz-indicatie voor onbepaalde tijd is, dit zorgt voor tijdsbesparing en duidelijkheid bij de cliënt. Enkele zorgaanbieders gaven tevens aan dat ze de samenwerking met het CIZ als positief ervaren. Ongeveer een kwart van de zorgaanbieders gaf aan geen positieve punten te kunnen noemen omtrent de toegang van de Wlz.

Overeenstemming in indicatie-inschatting bij spoedopnames

Het kan voorkomen dat zorgaanbieders Wlz-zorg leveren voordat er via het CIZ een Wlz-indicatie is afgegeven, dit komt vooral 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 een Wlz-indicatie van het CIZ. 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. Met de Wlz-monitor is in kaart gebracht in hoeverre de indicatie-inschatting vanuit zorgaanbieders in overeenstemming is met de uiteindelijke indicaties van het CIZ bij spoedopnames (zie figuur 9).

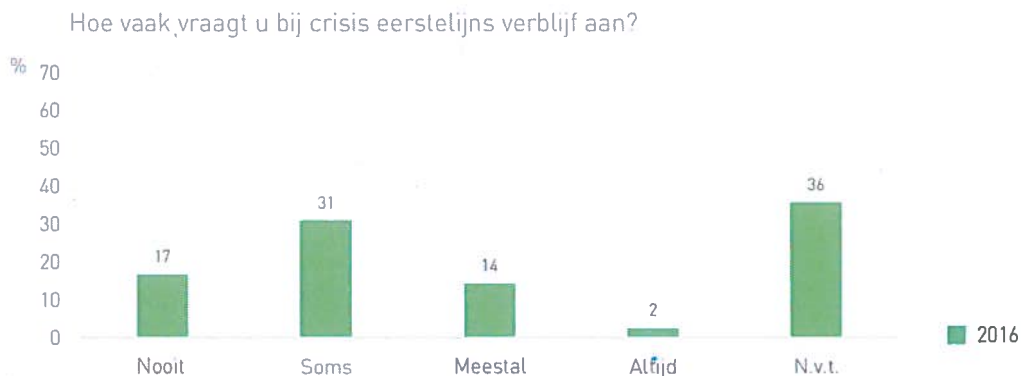


Figuur 9

In 2015 werd door ongeveer de helft van de zorgaanbieders aangegeven dat er voldoende tot in hoge mate overeenstemming is tussen de inschatting die zij zelf maakten en de indicatie die door het CIZ werd afgegeven bij spoedopnames. In de monitor van 2016 gaf 29% aan dat er in hoge mate sprake is van overeenstemming en 38% van de deelnemers gaf aan dat het voor hen niet van toepassing is (voornamelijk gehandicaptenzorg en thuiszorgaanbieders).

Voor 10% gold dat er enigszins overeenstemming en eveneens voor 10% gold dat er in lage mate tot geheel niet overeenstemming was. Aan deze aanbieders is gevraagd of het lukt om overeenstemming te bereiken met de gemeente of zorgverzekering van cliënten wanneer er geen indicatie door het CIZ wordt afgegeven. Van deze aanbieders bereikte de helft wel overeenstemming met de gemeente of de zorgverzekeraar en drie zorgaanbieders aangaven dat dit niet lukte.

In het kader van spoedopnames is in 2016 aan de zorgaanbieders gevraagd of zij in het geval van spoed gebruik maken van de Wlz-subsidieregeling eerstelijnsverblijf, welke is bedoeld voor kortdurend verblijf binnen de Wlz. Zoals in figuur 10 is weergegeven is eerstelijnsverblijf ingezet bij spoed en crisis. 31% gaf aan dat zij soms gebruik maken van deze regeling, voor 14% is dit meestal het geval. Voor 17% geldt dat zij dit nooit doen. Tot slot gaf 36% aan dat deze vraag voor hen niet van toepassing is, onder andere omdat zij niet te maken hebben met spoedopnames.



Figuur 10

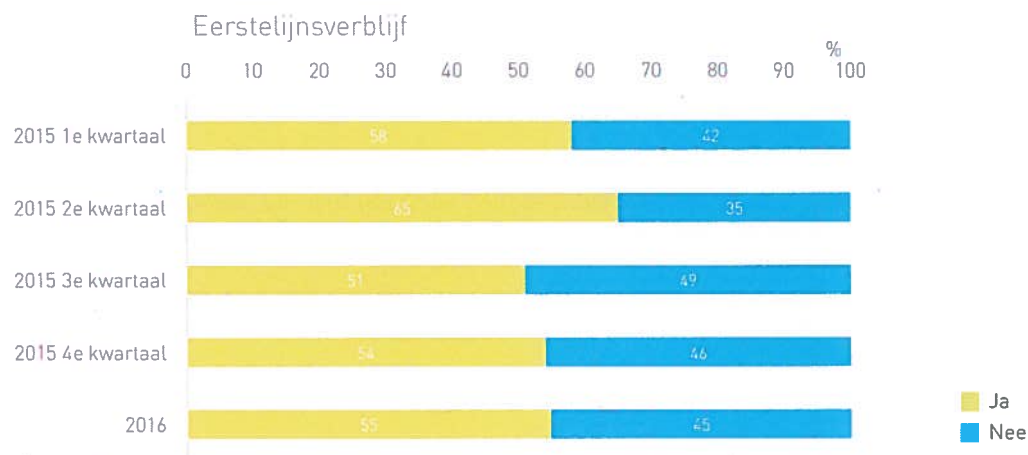
4.3 Wlz subsidieregelingen

Binnen de Wlz bestaan er twee subsidie regelingen; eerstelijnsverblijf welke is bedoeld voor het kortdurend verblijf in een intramurale setting en extramurale behandeling, een regeling waar behandeling voor mensen zonder Wlz-indicatie vanuit de Wlz kan worden gefinancierd. De subsidieregeling extramurale behandeling is bedoeld voor financiering van extramurale behandeling van verzekerden met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening en/of een lichamelijke handicap en van meerderjarige verzekerden met een verstandelijke handicap⁷. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoeveel procent van de aanbieders gebruik maakt van de regelingen en welke knelpunten naar voren komen bij beide regelingen.

4.3.1 Eerstelijns verblijf

Met de invoering van de Wlz is het niet meer mogelijk om kortdurend intramuraal te worden opgenomen omdat de Wlz alleen toegang biedt voor cliënten met een zorgvraag voor blijvend intensieve zorg. Kortdurend verblijf in een intramurale setting komt te vallen binnen de zorgverzekeringswet. Deze overheveling is uitgesteld naar 2017. In 2015 en 2016 maakte de subsidieregeling eerstelijnsverblijf van het zorginstituut Nederland het binnen de Wlz mogelijk om kortdurend verblijf in een intramurale omgeving te bekostigen, het CIZ beoordeelt de aanvragen hiervoor.

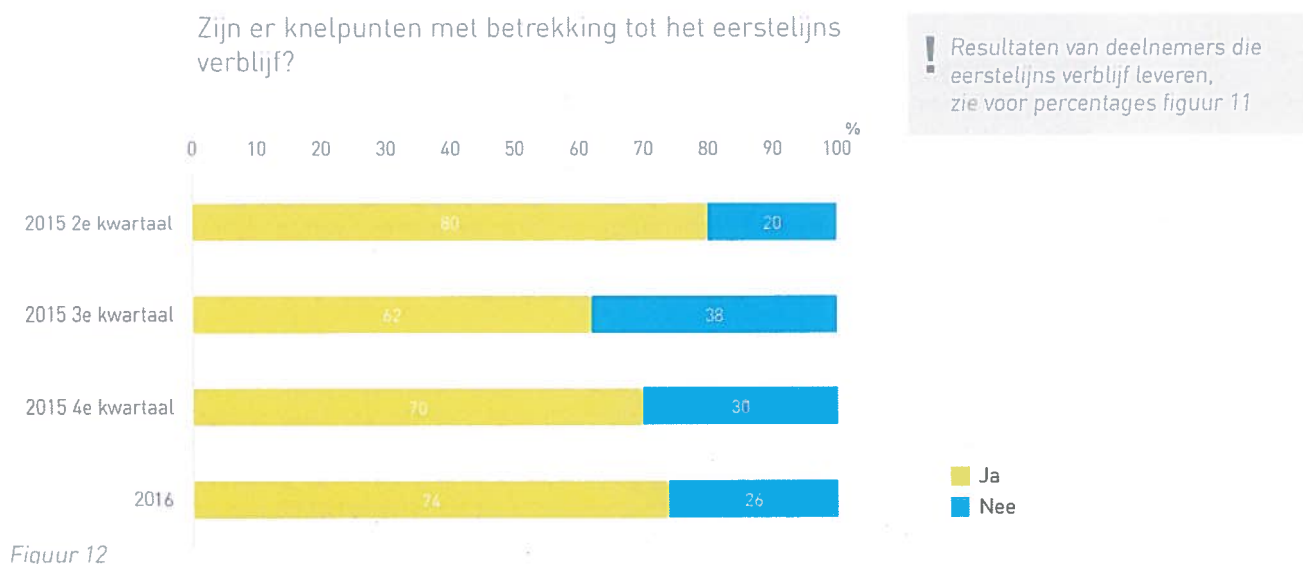
Van de deelnemende zorgaanbieders is in kaart gebracht welk percentage eerstelijns verblijf aanbiedt na invoering van de Wlz (zie figuur 11). In 2016 leverde 55% van de organisaties eerstelijns zorg gefinancierd vanuit de eerstelijnsverblijf subsidieregeling. Dit komt overeen met de eerdere monitors waar gemiddeld 57% van de deelnemende zorgaanbieders eerstelijns verblijf aanbood. In 2016 gaf 74% aan dat het CIZ tijdig (binnen 2 weken) een indicatie afgeeft als er doorstroom plaatsvindt van het eerstelijns verblijf naar de Wlz.



Figuur 11

Knelpunten met betrekking tot eerstelijns verblijf

In het vierde kwartaal van 2015 kwam uit de Wlz-monitor naar voren dat het niet altijd duidelijk was voor zorgaanbieders hoe de zorg voor cliënten moest worden georganiseerd aan het einde van eerstelijnsverblijf, als de cliënt nog niet klaar was voor de thuissituatie en de indicatie afliep. Daarom is in de monitor van 2016 gevraagd of deelnemers bekend zijn met de regeling voor het verlengen van het eerstelijnsverblijf. 96% van de deelnemende aanbieders gaf aan bekend te zijn met deze regeling. Met de monitor zijn knelpunten met betrekking tot de subsidieregeling eerstelijnsverblijf in kaart gebracht. In figuur 12 is te zien dat het merendeel van de deelnemers (74%) die zorg levert vanuit de subsidieregeling knelpunten ervaart. Dit percentage is vergelijkbaar met de percentages in 2015.



Figuur 12

In de toelichtingen werd aangegeven dat de knelpunten met name liggen op het gebied van financiering. In het hoofdstuk besteding wordt hier ook specifiek aandacht aan besteed. Men gaf als knelpunt aan dat er meer vraag is naar eerstelijnsverblijf dan er beschikbaar is op basis

van de productieafspraken. Zorgaanbieders lichtten toe dat er gedurende het jaar extra budget ruimte is vrijgemaakt maar dat een organisatie relatief veel risico loopt doordat men zorg levert na het bereiken van het gestelde productieplafond. Dit heeft bij enkele aanbieders al geleid tot het weigeren van cliënten voor eerstelijnsverblijf. Een ander knelpunt dat genoemd werd is de vergoeding van geneesmiddelen en hulpmiddelen die niet uit eerstelijns verblijf gefinancierd worden.

4.3.2 Extramurale behandeling

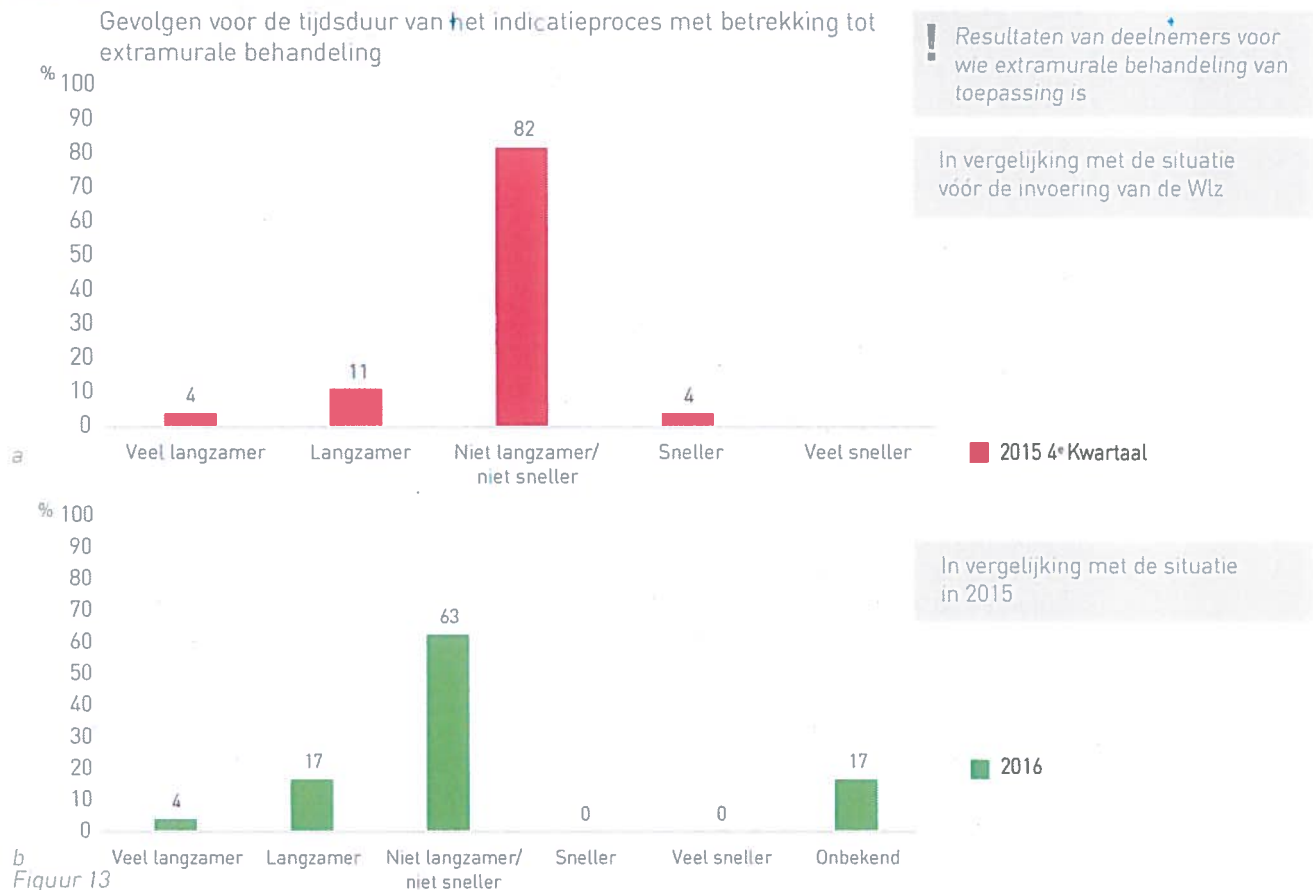
Vanaf 1 januari 2015 voert Zorg Instituut Nederland (ZiNL) een Subsidieregeling voor extramurale behandeling uit en deze is tot 2018 als een tijdelijke subsidieregeling ondergebracht bij de Wlz. De subsidieregeling geldt niet voor cliënten die al een Wlz-indicatie hebben, maar is bedoeld voor de behandeling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

Van de deelnemende zorgaanbieders geeft 57% aan dat zij extramurale behandeling aanbieden. Dit percentage is vergelijkbaar met 2015 waar 59% extramurale behandeling leverde.

Knelpunten met betrekking tot extramurale behandeling

Deelnemers aan de monitor die extramurale behandeling leveren is gevraagd of zij problemen ervaren met betrekking tot de regeling. In 2016 gaf, net als in 2015, meer dan de helft (54%) aan dat er knelpunten waren met betrekking tot deze subsidieregeling.

Knelpunten die werden benoemd zijn dat er nauwelijks dagbehandeling wordt geïndiceerd door het CIZ en dat de afhandelingstermijn van 6 weken te lang is. Verder werd er aangegeven dat de regeling niet van toepassing is op de GZ psycholoog, terwijl dit volgens de zorgaanbieders wel de juiste en voordelige optie kan zijn voor mensen met dementie. Tevens gaven zorgaanbieders aan dat er onduidelijkheid is bij het zorgkantoor over mogelijke behandelproducten en de inkoop daarvan.



Drieënzestig procent van de zorgaanbieders ervaarde in 2016 geen verandering in de tijdsduur van het indicatieproces, met betrekking tot de extramurale behandeling in vergelijking tot 2015 (figuur 13). Eenentwintig procent ervaarde dat het indicatieproces langzamer verliep in vergelijking met 2015.

4.4 Wlz-indiceerbaren

In 2015 hebben een aantal cliënten met extramurale zorg al zorg ontvangen vanuit de Wlz zonder Wlz-indicatie, in het kader van het Wlz-overgangsrecht. Deze groep - de wlz-indiceerbaren - is in 2015 en 2016 door het CIZ beoordeeld. Indien zij voldoen aan de Wlz-criteria zullen deze cliënten vanaf 2017 zorg vanuit de Wlz ontvangen.

50% van de deelnemende zorgaanbieders gaf aan dat zij Wlz-indiceerbaren hebben onder hun cliëntpopulatie. Het gaat bij de zorgaanbieders in de gehandicaptensector om de cliëntgroep kinderen met een hoge ZZP (kinderen met een Ernstig Meervoudige Beperking). In de ouderenzorg gaat het vooral om thuiswonende kwetsbare ouderen, zowel somatiek, maar vooral psychogeriatrische problematiek.

67% van de zorgaanbieders verwacht dat zij deze groep cliënten van zorg kunnen voorzien in 2017 (zie figuur 14), niemand geeft aan dat zij verwachten deze zorg niet te kunnen leveren. Voor 33% van de deelnemende zorgaanbieders geldt dat zij niet weten of zij de genoemde groepen van zorg kunnen voorzien.



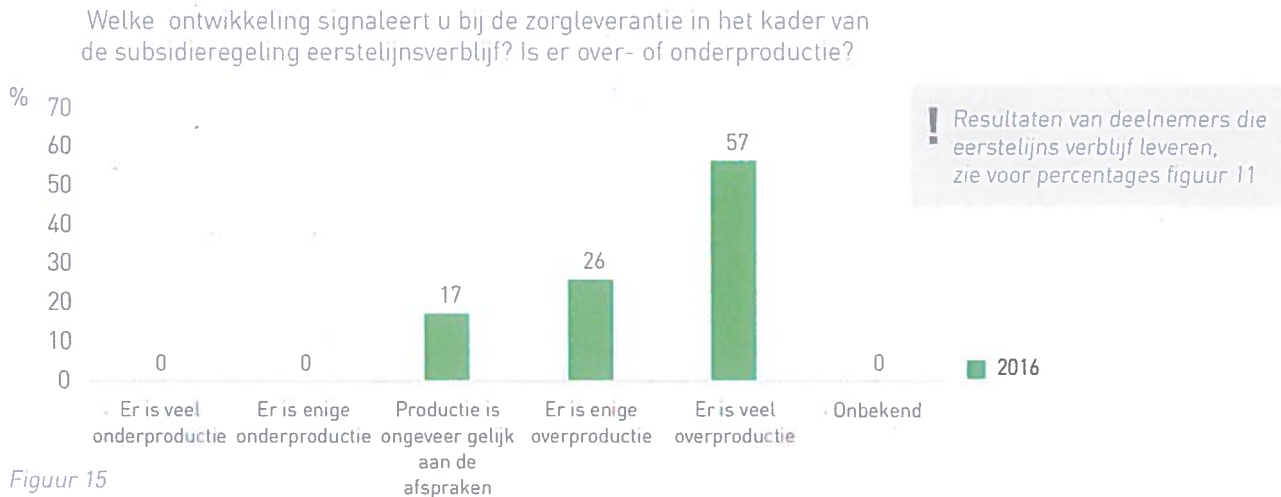
Figuur 14

4.5 Bekostiging en Zorginkoop

Met de komst van de Wlz in 2015 is de bekostiging van zorg veranderd. Een zorgaanbieder kan geconfronteerd worden met meerdere domeinen waaruit de zorg aan zijn cliënten wordt bekostigd (Wlz, Zw, Wmo 2015, Jeugdwet). In de monitor van 2016 is aandacht besteed aan de bekostiging en zorginkoop om de invloed in kaart te brengen. Anders dan in 2015 is er onderscheid gemaakt tussen de signalen op het gebied van de subsidieregelingen en reguliere Wlz-zorg. Evenals in 2015 is er gekeken naar de realisatie 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. Verder is er in de monitor gevraagd naar de verschillende leveringsvormen; vpt, mpt en pgb en de mogelijke knelpunten op het gebied van bekostiging. 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.

Bekostiging Wlz subsidieregelingen

Sinds 1 januari kan er gebruik gemaakt worden van de subsidieregelingen eerstelijns verblijf en extramurale behandeling. In 2015 werd bij de realisatie aangegeven dat overproductie met name gold voor de subsidieregelingen van de Wlz³. In de monitor van 2016 zijn deze regelingen specifiek bevraagd. In figuur 15 is de realisatie van de subsidieregeling eerstelijnsverblijf weergegeven.



Figuur 15

Het merendeel van de zorgaanbieders die zorg leveren vanuit het eerstelijnsverblijf gaven aan dat er in 2016 overproductie is, meer dan de helft gaf aan dat er veel overproductie is. In de toelichting werd door enkele zorgaanbieders aangegeven dat de budgetafspraken gedurende het jaar zijn bijgesteld maar dat er nog steeds sprake is van overproductie. Zorgaanbieders lichtten toe dat zij soms cliënten moeten weigeren omdat zij door de productieplafonds te veel risico lopen. Verder gaven zorgaanbieders aan dat de groeiende vraag naar eerstelijns verblijf te maken heeft met de toename van het aantal cliënten dat langer thuis moet blijven wonen en bij een onverantwoorde thuissituatie of crisis kortdurend moet worden opgenomen.

Ook voor de subsidieregeling extramurale behandeling is in kaart gebracht hoe de realisatie zich verhoudt tot de productieafspraken die zijn gemaakt. Figuur 16 laat zien welke ontwikkelingen zorgaanbieders die extramurale behandeling leveren signaleren.

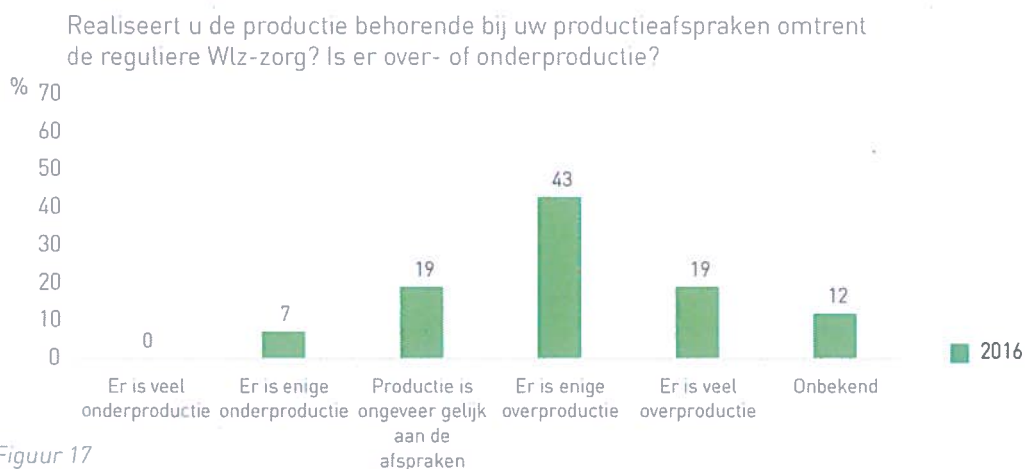


Figuur 16

Bekostiging reguliere Wlz-zorg

Begin 2015 gaven deelnemende zorgaanbieders aan dat de budgetten omtrent de Wlz niet voor iedereen toereikend waren, later dat jaar is er gevraagd in hoeverre er over- of onderproductie is binnen de Wlz. Uit de monitor 2015 in het 3e en 4e kwartaal bleek dat het merendeel van de deelnemende zorgaanbieders een vorm van overproductie ervaarden. Hierbij werd met name het eerstelijns verblijf genoemd waar gedurende het jaar 2015 extra budgetten voor zijn vrijgemaakt vanuit VWS. In de monitor van 2016 is er gevraagd in hoeverre er over- of onderproductie is op het gebied van de reguliere Wlz-zorg.

In figuur 17 is weergegeven hoe de productie van reguliere Wlz-zorg zich verhoudt tot de afspraken die gemaakt zijn met het zorgkantoor.



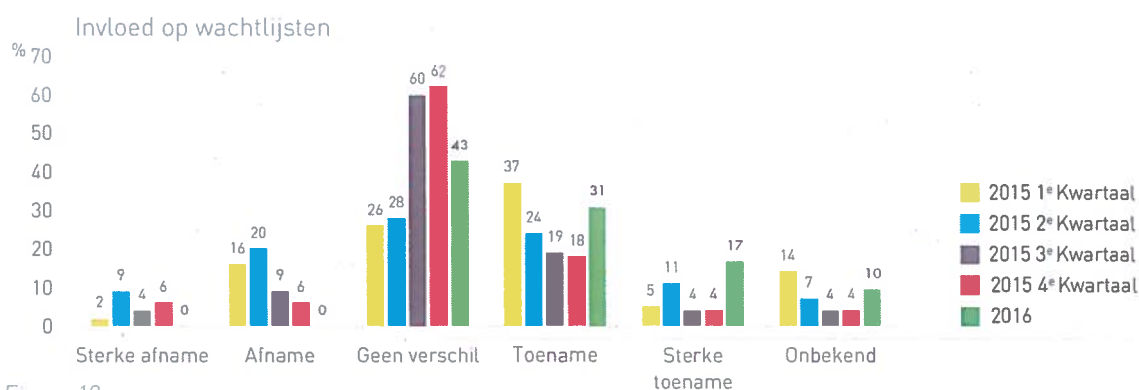
Figuur 17

Het merendeel van de zorgaanbieders gaf aan dat er overproductie is. Men lichtte toe dat de afspraken die met het zorgkantoor zijn gemaakt onvoldoende aansluiten op de productie. Een aantal van de zorgaanbieders gaf aan dat de afspraak inmiddels is bijgesteld door het zorgkantoor. Ook werd overproductie in 2015 genoemd als één van de oorzaken van de overproductie in 2016. Tot slot werd genoemd dat overproductie met name ervaren werd in regio's met veel vergrijzing; zorgaanbieders hebben te maken met wachtlijsten op de Wlz-zorg en een uitbreiding van verpleeghuisplekken is niet mogelijk vanuit het zorgkantoor. Zo kan het voorkomen dat cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling die al in een appartement wonen van de zorginstelling bij dezelfde zorginstelling op de wachtlijst komen te staan als zij behandeling willen activeren.

Zorgaanbieders die aangaven dat er sprake is van onderproductie lichtten toe dat dit vooral van toepassing is op thuiszorg vanuit de Wlz. Deze onderproductie heeft volgens zorgaanbieders te maken met het feit dat thuiszorg vanuit de Zww aantrekkelijker is voor de cliënt dan thuiszorg vanuit de Wlz. Vanuit de Zww kunnen er meer uren zorg worden geleverd dan vanuit de Wlz en de eigen bijdrage voor cliënten is lager in de Zww dan in de Wlz.

Invloed op wachtlijsten

De invloed van de zorginkoop op de wachtlijsten is in kaart gebracht op basis van de ervaringen van zorgaanbieders. Eind 2015 kwam uit de Wlz monitor naar voren dat de zorginkoop - voor het merendeel van de zorgaanbieders - geen invloed had op de wachtlijsten voor Wlz-cliënten. In de monitor van 2016 komt naar voren dat er een toename is in de wachtlijsten. 48% van de deelnemende zorgaanbieders gaf in 2016 aan dat er sprake is van een toename tot sterke toename op het gebied van de wachtlijsten. Voornamelijk de zorgaanbieders binnen de ouderenzorg lichtten toe dat de wachtlijsten worden veroorzaakt door productieplafonds. Een deel van de zorgaanbieders gaf aan dat de productieafspraken zijn bijgesteld, hierbij werd opgemerkt dat je als zorgaanbieder constant een risico neemt. Uit de toelichtingen blijkt verder dat zorgaanbieders een toename van de wachtlijsten blijven verwachten. In figuur 18 zijn de resultaten weergegeven.

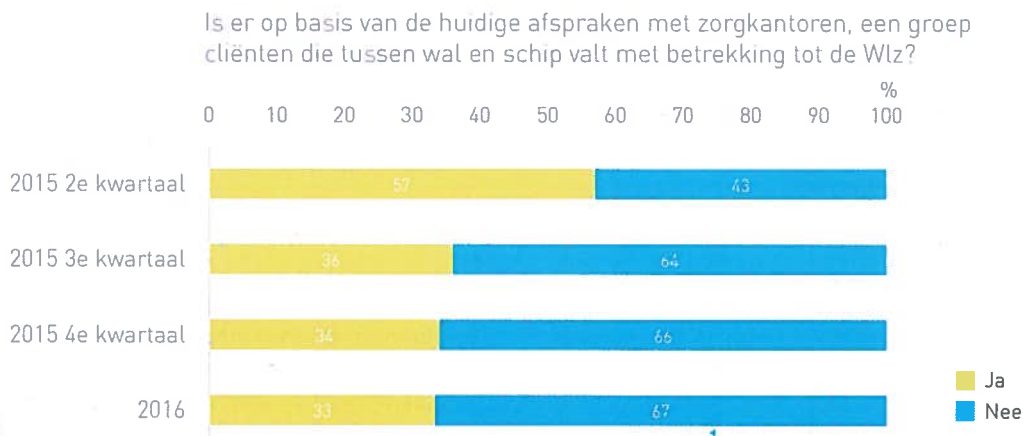


Figuur 18

Zorgaanbieders gaven aan dat de toename van wachtlijsten in de ouderenzorg werd veroorzaakt door vergrijzing in sommige regio's. Verder wordt er aangegeven dat wanneer de zorg thuis niet meer geleverd kan worden vanuit de Zvw - die aantrekkelijk is voor thuiswonende cliënten (meer uren en lagere eigen bijdrage)- opname wordt geadviseerd, zorgaanbieders merken dit doordat ze weer aanmeldingen krijgen met een ZZP4 indicatie. Uit de 'Kamerbrief over beleidsreactie wachtlijstonderzoek langdurige zorg' en de rapportage 'Wachtlijsten in de Wlz' van HHM^B blijkt dat er ongeveer 290.000 cliënten zijn met toegang tot zorg vanuit de Wlz. Het percentage cliënten dat actieve bemiddeling ondergaat is minder dan 0,1% en het aandeel niet-actief wachtenden is ongeveer 4-5%. 49% van deze niet-actief wachtenden (circa 6.700 cliënten) wil niet verhuizen naar een instelling. Bijna de helft van de zorgaanbieders in de Wlz monitor 2016 gaven aan een toename te ervaren in de wachtlijsten en het is onduidelijk of dit actief of niet-actief wachtenden betreft.

Cliënten waarvoor zorgaanbieders moeilijk Wlz-zorg kunnen bieden

Begin 2015 kwam er uit de monitor naar voren dat er cliënten tussen wal en schip vallen door de verschillende afspraken die gemaakt kunnen worden rondom de Wlz. Gedurende 2015 nam dit aantal af. In de monitor van 2016 is gekeken in hoeverre dit knelpunt nog speelt.



Figuur 19

In figuur 19 is te zien dat 33% van de deelnemende zorgaanbieders aangeeft dat er cliënten tussen wal en schip vallen. Zorgaanbieders in de GHZ lichtten toe dat het hierbij met name gaat om jeugdigen (18+), cliënten met indicatie behandeling waarvoor geen productieafpraak was, verstandelijk beperkten met een kind en mensen die beschermd wonen en die niet kunnen doorstromen naar Wlz. Een deel van de zorgaanbieders in de ouderenzorg gaven aan dat cliënten tussen wal en schip vallen met een dubbele grondslag (somatisch en psychiatrisch), Wlz-cliënten die op de wachtlijst staan, cliënten met een verblijfsindicatie zonder behandeling, cliënten met herstellende zorg, cliënten ZZP5 zonder BOPZ en cliënten met mpt in combinatie met dagbesteding, volgens een deel van de zorgaanbieders is er onduidelijkheid over het domein waarin de zorg financiert moet worden (Wlz, Wmo).

Bekostiging van de verschillende leveringsvormen

In 2016 is er in de monitor specifiek gevraagd naar de bekostiging van de verschillende leveringsvormen. Er is per leveringsvorm in kaart gebracht of men knelpunten ervaart.

Volledig pakket thuis

Van de deelnemende zorgaanbieders levert 64% zorg vanuit het vpt. Van deze deelnemers gaf het merendeel (59%) aan dat zij geen knelpunten ervaren met betrekking tot de bekostiging. Aan de aanbieders die geen vpt leveren is ook gevraagd of zij knelpunten ervaren omtrent het vpt omdat mogelijke knelpunten van invloed kunnen zijn voor het niet aanbieden van deze leveringsvorm. Van de aanbieders die geen vpt leveren gaf 46% aan geen vpt te leveren en ook niet de intentie te hebben om vpt te leveren waardoor ze geen problemen ervaren op het gebied van de bekostiging. De knelpunten die worden ervaren door de aanbieders die wel en geen vpt leveren zijn gesplitst weergegeven in figuur 20.

Knelpunten vpt



Figuur 20

Uit de toelichtingen blijkt dat het voor zorgaanbieders, met name in de ouderenzorg, lastig is om een vpt te leveren zonder dat er sprake is van geclusterd wonen, omdat 24 uren zorg met aanwezigheid in de nacht en ongeplande zorg (opvolgen van alarmeringen) moeilijk realiseerbaar is wanneer iemand buiten een geclusterde woonvorm woont. Daarnaast lichtten meerdere zorgaanbieders uit de WT toe dat de vergoeding van hulpmiddelen een probleem is binnen het vpt, men geeft aan dat de gemeente de geclusterde woonvorm als intramuraal behandelt waardoor het valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Met betrekking tot de Wlz-vergoeding die door enkele aanbieders als onvoldoende wordt ervaren werd aangegeven dat er binnen het budget geen ruimte is voor onder andere reistijd, verstrekken van eten en drinken, schoonhouden van de woonruimte en domotica toepassingen.

Modulair pakket thuis

Van de deelnemende zorgaanbieders levert 79% zorg vanuit het mpt. Van deze deelnemers gaf het merendeel (55%) aan dat zij geen knelpunten ervaren met betrekking tot de bekostiging. Aan de aanbieders die geen mpt leveren is ook gevraagd of zij knelpunten ervaren omtrent het mpt omdat dit de reden kan zijn dat ze deze leveringsvorm niet aanbieden. Van de aanbieders die geen mpt leveren gaf 44% aan ook niet de intentie te hebben om mpt te leveren en daarom geen knelpunten te ervaren op het gebied van de bekostiging. De overige zorgaanbieders gaven de knelpunten aan die in figuur 21 zijn weergegeven.

Knelpunten mpt



Figuur 21

Zorgaanbieders, met name in de ouderenzorg, die zorg leveren vanuit het mpt gaven aan dat de vergoeding onvoldoende is en dat het aantal in te zetten uren niet aansluit op de zorg. Daarnaast werd net als bij het vpt genoemd dat er onvoldoende vergoeding is voor reistijd en domotica. Ook worden er administratieve lasten ervaren met betrekking tot het mpt en dan met name door de complexe rekenmodule. Zowel zorgaanbieders in de ouderenzorg die mpt leveren als zorgaanbieders die het niet leveren gaven aan dat de eigen bijdrage van de cliënt niet in verhouding staat met de geleverde zorg, zo moeten cliënten met een beginnende zorgvraag al een eigen bijdrage leveren die hoger is dan binnen de Zvw. Dit maakt het onaantrekkelijk voor cliënten om zorg thuis te ontvangen vanuit de Wlz.

Pgb

Van de deelnemende zorgaanbieders levert 83% zorg vanuit het pgb. Aan de aanbieders die geen pgb leveren is toch gevraagd of zij knelpunten ervaren omtrent het pgb omdat deze knelpunten mogelijk van invloed zijn op het niet aanbieden van deze leveringsvorm. Van de aanbieders die geen pgb leveren geeft 86% aan geen problemen te ervaren en 14% dat zij het pgb te belastend vinden voor de cliënt (zie figuur 22). Van de deelnemers die wel pgb leveren gaf ongeveer de helft (49%) aan dat zij geen knelpunten ervaren hieromtrent.

Knelpunten pgb

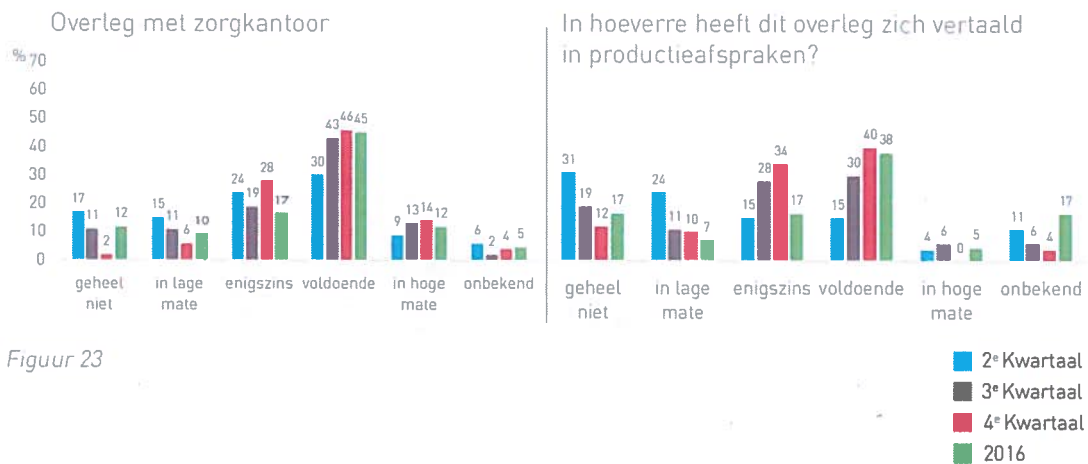


Figuur 22

Bij de knelpunten die wel ervaren worden werd toegelicht dat het pgb veel administratie met zich meebrengt voor de organisatie en de cliënt. Zo moet de organisatie relatief veel aparte afspraken maken. Verder werd er toegelicht dat zorgkantoren geen pgb's willen verstrekken aan gecontracteerde partijen en dat er problemen zijn met betrekking tot de uitbetaling vanuit de Sociale Verzekerings Bank (SVB).

Overleg met zorgkantoor over cliëntvraag en de vertaling naar productieafspraken

In 2015 kwam uit de monitor naar voren dat gedurende het jaar in toenemende mate overleg plaatsvond tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor en dit vertaalde zich niet altijd naar productieafspraken. In 2016 gaf 45% van de zorgaanbieders aan dat er voldoende overleg plaatsvond. Voor 42% van de zorgaanbieders vertalen de overleggen zich voldoende tot in hoge mate in productieafspraken. Verder gaf 17% aan dat dit maar enigszins het geval is en 24% van de aanbieders gaf aan dat dit in lage mate tot geheel niet het geval is (zie figuur 23). Zorgaanbieders lichtten toe dat er op dat moment nog onderhandelingen plaatsvonden of dat er nog geen duidelijkheid was over de productieafspraken voor 2017 (peildatum: september/oktober 2016).



Figuur 23

Zorginkoop subsidieregelingen 2017

Zorgaanbieders is gevraagd om aan te geven of zij op dit moment (peildatum september/oktober 2016) al knelpunten ervaren of verwachten met betrekking tot de zorginkoop van 2017, specifiek gelet op de subsidieregelingen. Uit de toelichtingen blijkt dat het merendeel van de zorgaanbieders geen knelpunten verwacht voor 2017. Een aantal aanbieders gaven aan dat er op dit moment (september/oktober 2016) nog onduidelijkheden zijn over de zorg die hieruit gefinancierd wordt, hierbij werd genoemd dat er nog overleggen plaatsvinden of moeten plaatsvinden. Met betrekking tot het eerstelijnsverblijf werd genoemd dat de knelpunten zullen verschillen per zorgverzekeraar, men verwacht wel extra administratieve lasten door de verschillen tussen zorgverzekeraars.

Zorginkoop reguliere Wlz-zorg 2017

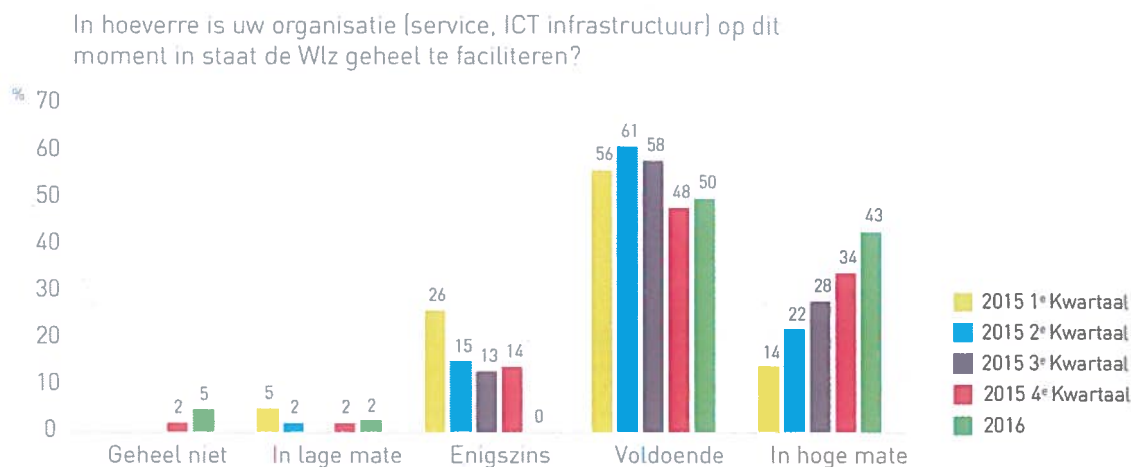
Met betrekking tot de reguliere zorg vanuit de Wlz gaf een groot deel in de toelichtingen aan op dit moment nog geen knelpunten te ervaren of te verwachten. Een deel van de organisaties is of moet nog in gesprek met de zorgkantoren. Knelpunten die genoemd werden zijn oplopende wachtlijsten, de budgettaire kaders en onplanbare zorg die niet volledig vergoed zal worden.

4.6 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 Jeugdwet of de Zw. Uit de monitors van 2015 kwam naar voren dat zorgaanbieders al geruime tijd bezig zijn met een verandering in hun bedrijfsvoering, al voor de invoering van de Wlz. Net als in 2015 is er met behulp van de monitor in kaart gebracht in hoeverre zorgaanbieders de veranderingen kunnen faciliteren op het gebied van service, infrastructuur en ICT. Daarnaast is er gekeken in hoeverre het personeelsbestand van de aanbieders is veranderd.

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

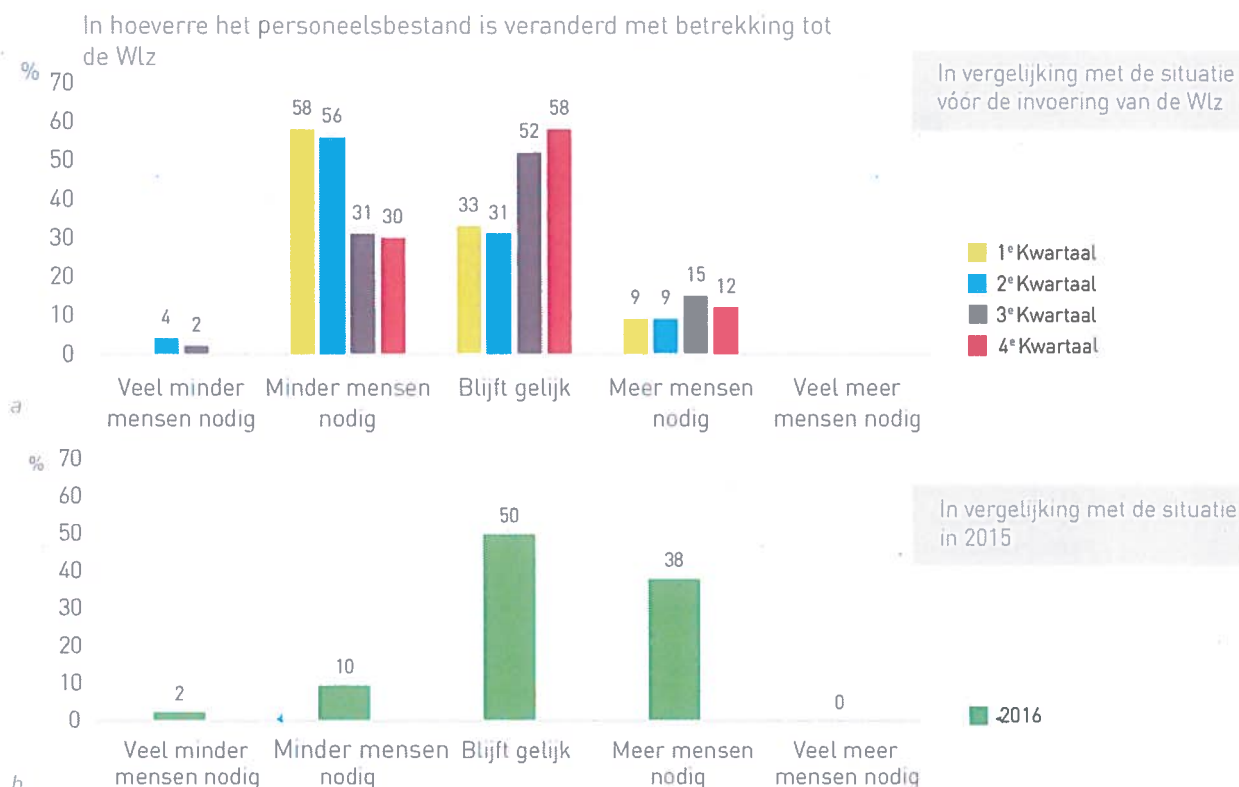
Door de hervorming van de langdurige zorg krijgen zorgorganisaties te maken met organisatorische veranderingen. Met behulp van de monitor is in kaart gebracht in hoeverre zorgaanbieders in staat zijn om de Wlz te faciliteren, gelet op service en ICT infrastructuur. In 2015 gaven aanbieders aan gedurende het jaar steeds beter in staat te zijn om de Wlz te faciliteren, dit aantal is in 2016 nog verder toegenomen. Figuur 24 laat zien dat vrijwel alle zorgaanbieders (93%) voldoende tot in hoge mate de veranderingen als gevolg van de Wlz kunnen faciliteren.



Figuur 24

Veranderingen in het personeelsbestand

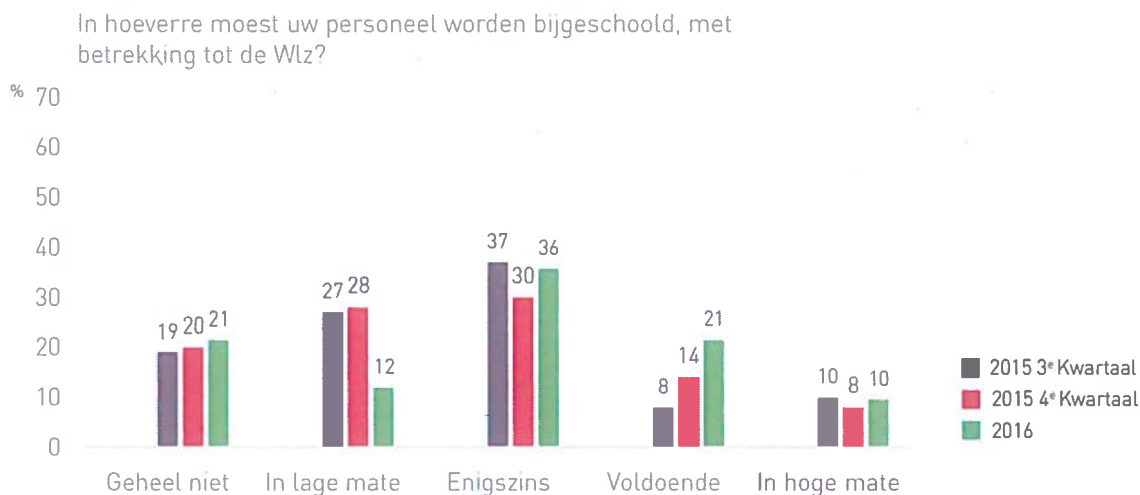
Als onderdeel van de bedrijfsvoering is er met de monitor in kaart gebracht in hoeverre het personeelsbestand van zorgaanbieders is veranderd. In 2015 werd door aanbieders aangegeven dat er met name een verschuiving plaatsvond op het gebied van deskundigheid. Hierbij werd toegelicht dat er in de ouderenzorg bijvoorbeeld minder laag opgeleid personeel nodig was en er meer vraag was naar niveau 4 en 5 verpleegkundigen vanwege de zwaardere zorgvraag van de cliënten. De veranderingen op het gebied van personeel zijn voor 2015 weergegeven in figuur 25a.



Figuur 25

In 2016 is aan aanbieders gevraagd in hoeverre er veranderingen zijn ten opzichte van 2015. Zoals in figuur 25b weergegeven is gaf de helft van de deelnemende zorgaanbieders aan dat de situatie gelijk is aan 2015 en 38% gaf aan dat er meer mensen nodig zijn dan in 2015. Het is niet duidelijk in hoeverre het aantal Fte daadwerkelijk is gestegen in 2016 ten opzichte van 2015. Slechts enkele zorgaanbieders (12%) gaven aan dat er een afname was in het personeel ten opzichte van 2015. Uit de toelichtingen op deze vraag kwam naar voren dat er nog steeds een toename is in de vraag naar verpleegkundigen niveau 4 en 5 door de zwaardere zorgvraag, maar ook door eisen van zorgverzekeraars.

Ook is er aan zorgaanbieders gevraagd in hoeverre personeel moest worden bijgeschoold. Er is specifiek gevraagd naar de functies die bijgeschoold moesten worden en waar de bijscholing van deze functies op gericht is. Zesendertig procent van de zorgaanbieders gaf aan dat personeel enigszins moest worden bijgeschoold. Eenendertig procent van de deelnemende aanbieders gaf aan dat er voldoende tot in hoge mate sprake is van bijscholing en met name in de ouderenzorg werd het signaal in hoge mate genoemd. Tot slot gaf 33% aan – voornamelijk binnen de gehandicaptensector – dat dit in lage mate tot geheel niet nodig was in 2016. Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2015 (zie figuur 26). In de toelichtingen gaf een deel van de aanbieders aan dat alle medewerkers zijn bijgeschoold. Onderwerpen die worden genoemd waarop is bijgeschoold zijn divers, waaronder verhoging deskundigheidsniveau, wet- en regelgeving, omgang met cliënt en naasten, cliënt gericht werken, kennis over dementie en onbegrepen gedrag.



Figuur 26

4.7 Communicatie & Informatie Wlz-transitie

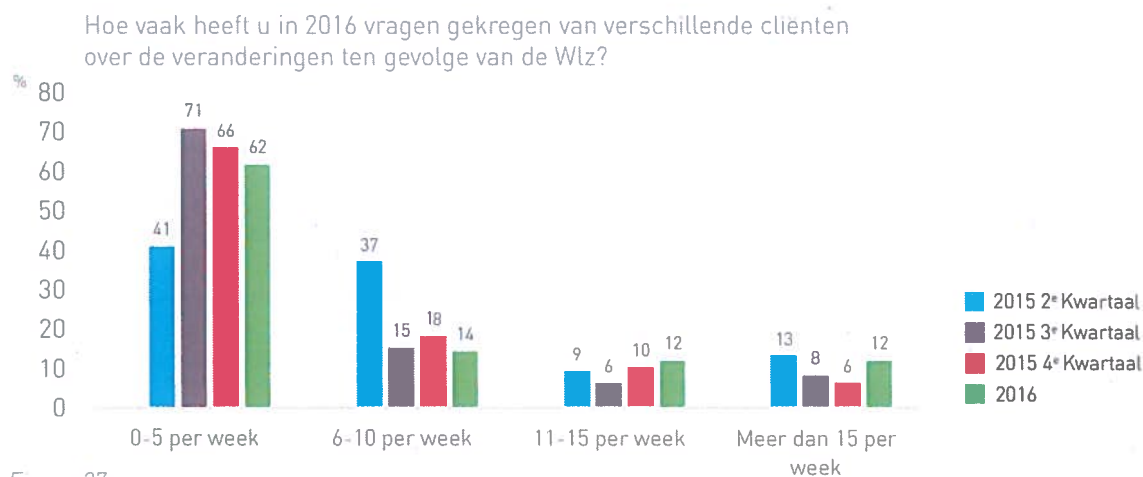
Informatievoorziening is een belangrijk onderdeel van de transitie waarbij de Wlz geïmplementeerd is. Begin 2015, nadat de Wlz net was ingevoerd is aan zorgaanbieders die deelnamen aan de Wlz-monitor gevraagd in hoeverre zij informatie ontvingen en in hoeverre deze informatie bruikbaar, toereikend en op tijd beschikbaar was. Er kwam naar voren dat zorgaanbieders van veel verschillende informatiebronnen gebruik maakte. In de tweede helft van 2015 heeft de monitor zich meer gericht op informatie met betrekking tot de Wlz die zij nog miste en de vragen die zij ontvingen ten gevolge van de invoering van de Wlz, in 2016 zijn deze vragen weer gesteld aan de deelnemende zorgaanbieders.

Informatievoorziening

In 2015 kwam naar voren dat de meeste zorgaanbieders naar mate het jaar vorderde tevreden waren over de informatievoorziening, daarbij werd aangegeven dat er soms wel meer behoefte was aan specifieke informatie. In 2016 geeft het merendeel van de aanbieders aan geen informatie te missen. Men weet de informatie die zij nodig hebben vaak goed te vinden. Een enkele zorgaanbieder gaf wel aan bepaalde informatie te missen.

Vragen van cliënten

Om een beeld te krijgen bij vragen en onzekerheden met betrekking tot de Wlz die mogelijk spelen bij cliënten, is er aan zorgaanbieders gevraagd hoe vaak zij vragen van cliënten ontvangen en waar deze vragen over gaan.

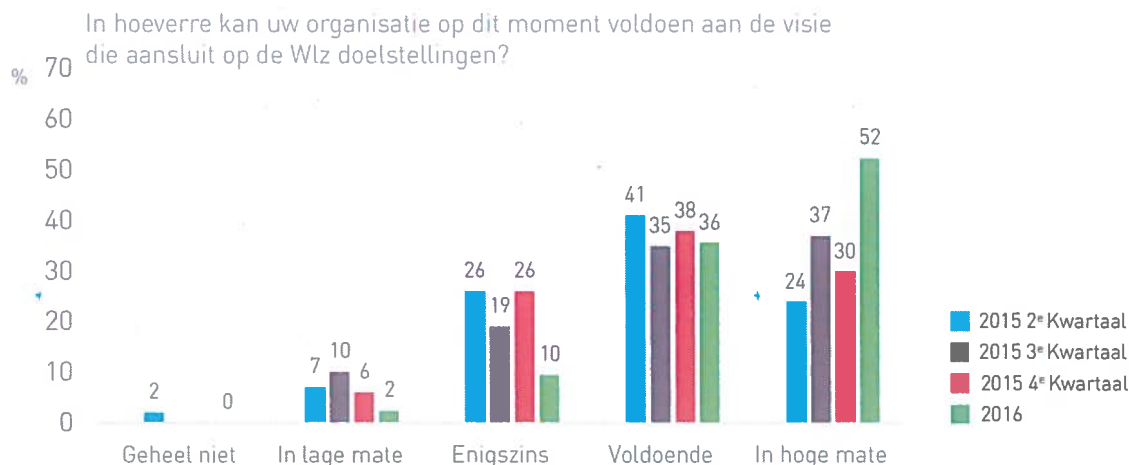


Figuur 27

Het merendeel van de aanbieders (62%) gaf aan dat zij 0-5 vragen per week ontvangen met betrekking tot de veranderingen ten gevolge van de Wlz. 14% gaf aan dat er 6-10 vragen zijn per week, 12% had te maken met 11-15 vragen per week en tot slot kreeg 12% van de deelnemende zorgaanbieders meer dan 15 vragen per week. In figuur 27 is te zien dat deze aantallen vergelijkbaar zijn met 2015. Uit de aanvullende vraag waarover de vragen van cliënten gaat komt naar voren dat het merendeel van de aanbieders vragen ontving met betrekking tot de eigen bijdrage in de Wlz. Met name in de ouderenzorg werden er vragen gesteld over de eigen bijdrage en dan met name over het verschil in eigen bijdrage bij de Zvw.

4.7 Cultuur en visie

Het vergroten van betrokkenheid door het sociaal netwerk en vrijwilligers in de zorg is één van de speerpunten van de hervorming langdurige zorg waar de invoering van de Wlz onderdeel van is. Betrokkenheid heeft in de Wlz drie betekenissen. Het gaat over: eigen verantwoordelijkheid, mantelzorg en informele zorg en over het betrekken van de samenleving. Verder is een speerpunt van de Wlz om de cliënt meer centraal te stellen en meer te betrekken bij het zorgleefplan. Met behulp van de Wlz monitor is in kaart gebracht in hoeverre zorgaanbieders aansluiten op deze doelstellingen.



Figuur 28

Uit figuur 28 blijkt dat een ruime meerderheid van de deelnemende zorgaanbieders kunnen voldoen aan de visie die aansluit op de Wlz doelstelling om de betrokkenheid te vergroten en de cliënt meer centraal te stellen. Tweeënvijftig procent geeft aan dat dit in hoge mate het geval is, wat een toename van 22% is ten opzichte van 2015. Uit de toelichtingen komt naar voren dat zorgaanbieders al meerdere jaren bezig zijn met de veranderingen in hun visie en de communicatie daarvan zoals het centraal stellen van de cliënt. De ontwikkelingen die in 2016 werden genoemd zijn vergelijkbaar aan de ontwikkelingen die door zorgaanbieders werden genoemd in 2015, zoals het betrekken van het sociaal netwerk in het zorgproces en het bieden van kleinschalige woonvormen.

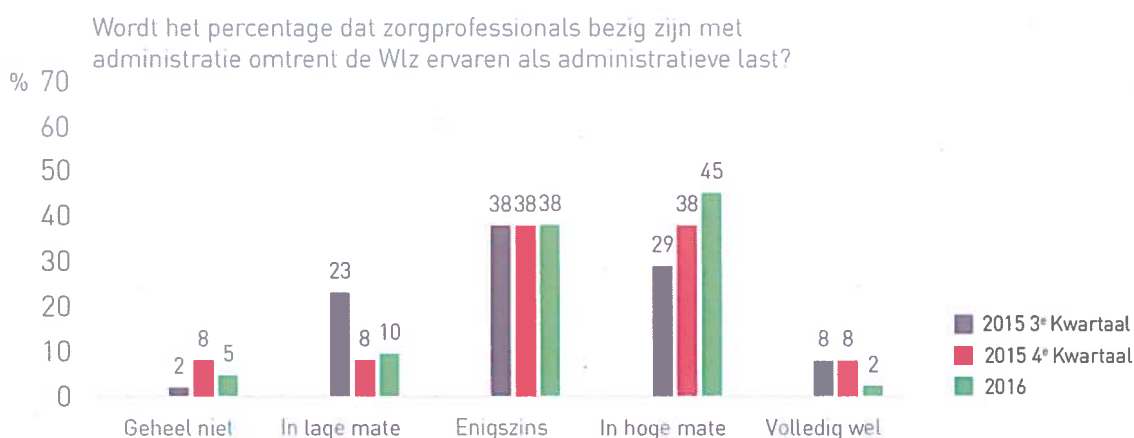
Zorgaanbieders is gevraagd hoe mantelzorgers meer betrokken worden bij de zorg voor hun naaste. Aanbieders gaven aan dat mantelzorgers worden betrokken bij het zorgplan van de cliënt en de besprekingen die daaromheen plaatsvinden. Andere voorbeelden die door zorgaanbieders worden genoemd zijn het gebruik van digitale communicatieplatformen zoals familienet, het organiseren van familiebijeenkomsten en regelmatig overleg.

4.9 Administratieve lasten

Door de hervorming langdurige zorg en de invoering van de Wlz is er veel veranderd waaronder het indiceren via het CIZ. Om de ervaren invloed van de Wlz op de administratieve lasten te monitoren is er aan zorgaanbieders gevraagd in hoeverre zij administratieve lasten ervaren voor zorgverleners en ondersteunend personeel, of zij verwachten dat deze veranderingen tijdelijk of structureel zijn en indien er een stijging is wat de belangrijkste oorzaak hiervoor is.

Administratieve lasten voor zorgprofessionals

Met betrekking tot de administratieve lasten voor zorgprofessionals is er gevraagd of het deel van de werktijd dat zorgprofessionals bezig zijn met administratie omtrent de Wlz ervaren werd als administratieve last. Het merendeel (85%) van de zorgaanbieders gaf aan dat zij de administratie omtrent de Wlz voor zorgprofessionals enigszins tot volledig wel als last ervaren (figuur 29).



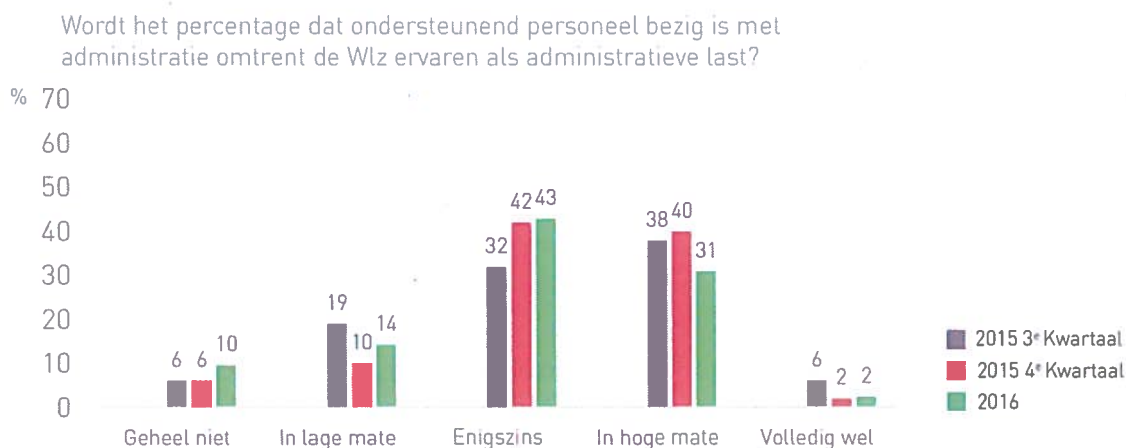
Figuur 29

Er is tevens gevraagd of de tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden, door zorgprofessionals sinds de invoering van de Wlz is veranderd. Ongeveer de helft van de zorgverleners (52%) gaf aan dat dit gelijk is gebleven sinds de invoering van de Wlz, 41% van de zorgaanbieders gaf aan dat deze zijn toegenomen. Daarbij gaf 79% van de zorgaanbieders aan dat zij denken dat deze hogere administratieve last structureel is. Zorgaanbieders gaven aan dat zorgverleners wensen om minder tijd te hoeven besteden aan administratie, zodat zij meer aandacht aan de cliënt kunnen besteden. De belangrijkste oorzaken van deze stijging in tijdsinvestering zijn volgens de zorgaanbieders de toename in 'afvinklijstjes' door de toenemende controledrang. Er moet meer afgestemd en verantwoord worden. Een toename wordt ervaren door de verschillende kwaliteitseisen die vanuit de zorgverzekeraars worden gesteld. Daarnaast kost de registratie rondom de indicatie aanvraag en de afstemming rondom het zorgleefplan relatief veel tijd. Specifiek wordt de aanvraag aangepaste toewijzing (AAT) rondom het mpt genoemd als arbeidsintensief. Tot slot gaven thuiszorgorganisaties aan dat het niet altijd duidelijk is hoe zaken geregistreerd moeten worden door de verschillende financieringsmogelijkheden, waaronder pgb, overbrugging, mpt en de Zvw.

Administratieve lasten voor ondersteunend personeel

Er is ook gevraagd of het deel van de tijd dat ondersteunend personeel bezig is met administratie omtrent de Wlz ervaren werd als administratieve last (zie figuur 30). Met betrekking tot het ondersteunend personeel gaf ook het merendeel (76%) van de zorgaanbieders aan dat de administratie omtrent de Wlz voor ondersteunend personeel werd ervaren als administratieve last (enigszins tot volledig wel). Veertig procent van de aanbieders gaf aan dat de tijd die hieraan wordt besteed gelijk is gebleven sinds de invoering van de Wlz. De helft (50%) gaf aan dat dit is toegenomen. Driekwart van de zorgaanbieders gaf aan dat deze verandering structureel is.

Zorgaanbieders lichten toe dat de verschillende financieringsstromen de complexiteit vergroten en daarmee de tijd die besteed moet worden aan administratieve werkzaamheden. Er dient op verschillende manieren gedeclareerd te worden tussen domeinen en binnen domeinen, dit kost tijd aan administratie en aan de inrichting van ICT systemen. Daarbij is volgens de zorgaanbieders de legitimatie van zorg niet altijd duidelijk en toegang tot broninformatie niet consistent georganiseerd. Andere voorbeelden die genoemd werden die de administratieve last veroorzaken zijn de toename in onderhandelingstrajecten voor contracten; het aantal verschillende contracten dat een zorgaanbieder moet afsluiten is toegenomen. Tot slot werden de uitgebreidere uitvraag op kwaliteitseisen en de toename van kwaliteitseisen ook voor ondersteunend personeel genoemd.



Figuur 30

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, H.H., Cornelisse, L., van der Weegen, S., Minkman, M. (2015). Wlz monitor signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2015. Vilans. Gedownload op 5 december 2016, van <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/wlz-monitor-2015-tweede-kamer-zorgaanbieders.pdf>
4. Nap, H.H., 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>
5. 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.
6. van Rijn, M.J. (2 september 2016). Voortgangsrapportage Wlz. Gedownload op 6 december 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/09/02/voortgangsrapportage-wlz>
7. Zorginstituut Nederland. Wlz-kompas: Extramurale behandeling. Geraadpleegd op 5 december 2016, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/extramurale+behandeling>
8. Hanning, M., van Vliet, N. (september 2016). Rapportage wachtlijsten in de Wlz, Wensen en behoeften van wachtenden. Gedownload op 6 december 2016, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/09/01/rapportage-wachtlijsten-in-de-wlz>

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

www.vilans.nl

Utrecht, 7 december 2016



Vilans