

# Samenvattend rapport

## Uitvoering Wet langdurige zorg door zorgkantoren 2018/2019



december 2019

# Inhoud

- [Samenvatting](#)
- [Toezicht: langdurige zorg](#)
- [Zorginkoop](#)
- [Zorg voor de cliënt](#)
- [Zorguitgaven](#)
- [Organisatie zorgkantoren](#)
- [Bijlagen](#)

# Samenvatting

# Samenvatting

De Wet langdurige zorg (Wlz) heeft als hoofddoel passende zorg te bieden aan mensen met een Wlz-indicatie, met aandacht voor hun individueel welzijn. De zorgkantoren hebben de taak toegang tot die zorg te realiseren. Zij zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop en de cliëntondersteuning en moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg. Dit betekent dat zij binnen de kaders van wet- en regelgeving moeten blijven (rechtmatigheid) en moeten zorgen voor een goede balans tussen zorgkosten en -resultaat (doelmatigheid).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet dat zorgkantoren steeds beter hun rol pakken. Zo werken zorgkantoren met grote betrokkenheid aan goede informatievoorziening en cliëntondersteuning om tot tijdige, passende zorg te komen. Tegelijkertijd zien we dat de maatschappelijke opdracht om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de langdurige zorg te borgen steeds complexer wordt. We constateren bijvoorbeeld dat in 2019 de wachtlijsten toenemen en de uitgaven in de langdurige zorg hard stijgen. Om hierop goed te anticiperen zullen zorgkantoren, in samenwerking met zorgaanbieders, meer moeten doen. Bijvoorbeeld op het vlak van doelmatige zorginkoop, domeinoverstijgende initiatieven en het stimuleren van innovatie en preventie.

De NZa wil zorgkantoren hierbij ondersteunen door nieuwe tarieven van prestaties van verpleeghuizen te baseren op de kosten van vergelijkbare verpleeghuisaanbieders ('integrale vergelijking').

## **Beeld 2018: zorgkantoren zorgen voor voldoende (overbruggings-)zorg en begeleiding van cliënten**

We zien dat ruim 99% van de mensen met een Wlz-indicatie die zorg vanuit de Wlz wensen te ontvangen, (overbruggings)zorg heeft (peildatum: 1 januari 2019). Deze zorg kan zowel thuis als in een instelling worden geleverd. De zorgkantoren konden er niet altijd voor zorgen dat de zorg tijdig werd geleverd, volgens de norm die daarvoor geldt (Treeknorm). Het zorgkantoor kon niet altijd aan alle wensen en behoeften van cliënten tegemoet komen, bijvoorbeeld een plek op een specifieke voorkeurslocatie van een verpleeghuis. Wij merken daarbij op dat bemiddeling naar zorg een interactief proces is, dat geven en nemen aan de kant van zorgaanbieder, cliënt en naasten vraagt. Mede door bovengenoemde oorzaken ontstaan er wachtlijsten. Mensen op de wachtlijst krijgen desgewenst wel overbruggingszorg.

Het aantal mensen met een Wlz-indicatie neemt toe (circa 8.000 méér op 1 januari 2019 ten opzichte van 1 januari 2018). De zorgkantoren ervaren in toenemende mate een capaciteitsprobleem voor zorg in een verpleeghuis. De wachtlijsten voor de ouderenzorg (vooral niet-actief wachtenden) lopen op en er zijn doorstroomproblemen in de keten. Zorgkantoren geven aan dat cliënten steeds vaker vanuit een crisissituatie moeten worden opgenomen in een Wlz-instelling. De stijging van de wachtlijsten verschilt per regio. Voor de gehandicaptenzorg nemen de wachtlijsten af, maar neemt de complexiteit van de gevraagde zorg toe. Daardoor kost het vinden van 'passende zorg' meer moeite. Ook de toegang voor Wlz-cliënten tot specifieke zorg, bijvoorbeeld huisartsenzorg, vraagt extra inspanningen van alle betrokkenen.

Wij hebben geconstateerd dat zorgkantoren hun cliënten steeds beter informeren over de Wlz en het beschikbare zorgaanbod. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij helder en open het gesprek met cliënten aangaan over welke beschikbare zorg er is, die aansluit bij de zorgbehoeften en wensen.

#### *(Financieel) maatwerk nodig om kwaliteit merkbaar te verbeteren*

Alle Wlz-cliënten hebben recht op goede zorg. De kwaliteitskaders voor de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg geven hier invulling aan. Wij constateren dat de kwaliteitskaders een belangrijke rol spelen in de sector en in de zorginkoop door de zorgkantoren. **Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft extra middelen beschikbaar gesteld voor de verpleeghuiszorg om zorgaanbieders in staat te stellen toe te groeien naar het beschreven kwaliteitsniveau.** Eind 2021 moeten alle verpleeghuizen op het niveau van het kwaliteitskader presteren. Wij hebben geconstateerd dat in 2019 zorgkantoren het kwaliteitsbudget verdelen op basis van een percentage van de omzet en een beoordeling van het kwaliteitsplan van de zorgaanbieder, conform de werkwijze die is afgesproken. Wij zien nog te weinig sturing op een doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget door zorgkantoren. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij het kwaliteitsbudget 2020 gericht toekennen. Namelijk daar waar het nodig is en waar de kansen liggen om kwaliteitsverbetering te realiseren (maatwerk per zorgaanbieder).

#### *(On)rechtmatigheid van de zorgkosten*

Bij de kosten van de langdurige zorg over 2018 is sprake van een aantal landelijke onzekerheden en onrechtmatigheden. Het grootste probleem heeft betrekking op het vaststellen van de feitelijke levering van de pgb-zorg. De formele onrechtmatig-

heden bij het betalen van pgb-declaraties zijn een ander groot probleem. Net als voorgaande jaren kan de NZa op basis van de gegeven informatie de rechtmatigheid van de pgb-uitgaven voor 2018 niet vaststellen. Naar verwachting zal dit ook voor 2019 het geval zijn.

Voor het oplossen van de formele onrechtmatigheden van de pgb-problematiek verwachten wij van zorgkantoren dat zij dit binnen twee jaar na overgang op het nieuwe budgethoudersportaal oplossen. Voor het oplossen van de onzekerheden in het pgb zijn wij in overleg met de betrokken partijen.

#### *Processen en organisatie van zorgkantoren*

In 2019 hebben wij diverse processen bij de zorgkantoren onderzocht. Over de uitvoering van deze processen zijn wij overwegend positief, maar wij zien ook verbeter- en ontwikkelmogelijkheden. De zorgkantoren voeren het proces van de controles op de nacalculatie-opgaven 2018 op voldoende professioneel niveau uit. Daarnaast zien wij dat de zorgkantoren voor het proces van de aanleveringen van de gegevens voor de vaststelling van de eigen bijdrage aan het CAK verbeteringen hebben gerealiseerd.

Wat betreft de controle op mondzorgdeclaraties, waarbij er een verschuiving in verantwoordelijkheid heeft plaatsgevonden, zijn veel zorgkantoren nog zoekende naar hoe zij om kunnen gaan met het vaststellen van de feitelijke levering van mondzorgdeclaraties. Wij adviseren de zorgkantoren daarom om samen op te trekken om aantoonbaar te maken of de mondzorgdeclaraties feitelijk zijn geleverd.

De NZa heeft verder ook in 2018 en 2019 extra aandacht gehad voor de toetsing van eisen voor het Wlz-uitvoerderschap.

Wij stellen vast dat de bewustwording bij Wlz-uitvoerders van de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de toetsing van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders op geschiktheid en betrouwbaarheid aandacht nodig heeft. Dit geldt ook voor het blijvend voldoen aan de eisen gesteld aan de organisatie van Wlz-uitvoerders.

**Blik op de toekomst: grote uitdaging om voldoende, goede én betaalbare zorg te kunnen blijven bieden**

De langdurige zorg is sterk in beweging. **Enerzijds wordt er hard gewerkt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Anderzijds lopen de wachtlijsten in 2019 verder op. In 2019 heeft VWS op advies van de NZa het budgettair kader opgehoogd om de zorgkantoren in staat te stellen voor alle cliënten toegang tot zorg te realiseren.**

De zorgkantoren benoemen, ook met het oog op de toekomst, fricties tussen zorgvraag en –aanbod. Het zorgaanbod staat onder druk, mede door de krapte op de arbeidsmarkt en ‘dubbele vergrijzing’, waarbij er meer oudere mensen zijn die zorg nodig hebben en tegelijkertijd veel zorgpersoneel met pensioen gaat. De uitdagingen verschillen per regio. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij deze regionale uitdagingen en verschillen in beeld hebben en actief helpen om oplossingen te treffen voor de Wlz-cliënt. Dit zal meer van hen vragen dan zij de afgelopen tijd hebben laten zien.

Door deze ontwikkelingen staat de samenleving voor de uitdaging om de langdurige zorg toegankelijk te houden voor iedereen die deze zorg nodig heeft. Zorg die kwalitatief goed en passend moet zijn, rekening houdend met de noden en wensen van cliënten. Tegelijkertijd moet de zorg betaalbaar blijven, zodat de solidariteit (tussen de generaties) niet onder spanning komt te staan.

Alle partijen moeten zich ontwikkelen en samenwerken om de langdurige zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierna lichten wij toe welke rol wij zien voor zorgkantoren en wat de NZa gaat doen om knelpunten op te lossen.

*Zorgkantoren sturen op toegankelijke en betaalbare zorg, maar er is méér inzet nodig*

We zien dat zorgkantoren initiatief nemen om te zorgen voor toegankelijke en betaalbare zorg nu en in de toekomst. Om meer mensen zorg te bieden binnen het beschikbare budget kijken ze bij de inkoop van zorg naar prijs en aanbod en gaan het gesprek hierover aan met zorgaanbieders. Zorgkantoren zoeken ook de samenwerking in de regio's, met partijen in andere zorgdomeinen zoals verzekeraars en gemeenten.

Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen is de urgentie hoog om te blijven inzetten op toegankelijke en betaalbare zorg. De zorgkantoren maken nog te weinig zichtbaar hoe zij sturen op doelmatige zorg en wat de resultaten zijn. Van de zorgkantoren verwachten wij dat zij hun inspanningen intensiveren en leren van elkaars goede initiatieven. Het kan gaan om doelmatigheidsinitiatieven, domeinoverstijgend samenwerken in de regio en het stimuleren en faciliteren van preventie en innovatie. In het toezicht op de zorgkantoren zal de NZa hieraan aandacht besteden. Wij zullen de inzet en resultaten van zorgkantoren beoordelen.

*Een nieuwe manier van bekostigen moet helpen bij het sturen op goede en betaalbare zorg*

**In de bekostiging willen wij betere randvoorwaarden scheppen voor goede en betaalbare zorg. Wij hebben de opdracht gekregen van de minister van VWS om mogelijkheden te onderzoeken om de bekostiging van verpleeghuizen beter**

**passend te maken.** Op sommige locaties kost zorg meer dan op andere plaatsen, bijvoorbeeld in gebieden met een lage sociaaleconomische status. Wij willen in de toekomst de tarieven van prestaties van verpleeghuizen baseren op de kosten van vergelijkbare verpleeghuiszorgaanbieders ('integrale vergelijking'). Daarvoor is aanpassing van het wettelijk kader nodig. Het voornemen is om de uitkomsten van de integrale vergelijking per 2022 in kleine stappen in de bekostiging te laten landen. De integrale vergelijking zal zorgkantoren moeten ondersteunen in hun sturende rol bij het inkopen van goede en betaalbare zorg.

#### *Wij helpen ruimte creëren voor verbeterinitiatieven en oplossingen voor de Wlz-cliënt*

Tot slot zullen wij het gesprek met de zorgkantoren en **VWS** blijven voeren over optimale randvoorwaarden voor toegankelijke en betaalbare zorg. Zorgkantoren geven aan tegen belemmeringen in wet- en regelgeving aan te lopen om doelmatige zorg vorm te geven, bijvoorbeeld met domeinoverstijgende initiatieven. Naast doelmatigheid zijn transparantie en rechtsgelijkheid hierbij belangrijke uitgangspunten. Er zijn oplossingen nodig wanneer goede initiatieven van zorgkantoren, die bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg, niet passen binnen de regelgeving. Wij roepen de zorgkantoren op mogelijke knelpunten in een vroeg stadium bij ons te melden. De NZa denkt graag mee over oplossingen.

**VWS onderzoekt of de NZa de bevoegdheid kan krijgen om kosten van initiatieven die wel doelmatig zijn maar niet goed binnen de regelgeving passen aanvaardbaar te verklaren.** Dit kan ruimte bieden om toe te werken naar structurele oplossingen voor doelmatigheidsinitiatieven.



#### **Uitvoering Wet langdurige zorg**

De Wet langdurige zorg (Wlz) heeft als hoofddoel passende zorg te realiseren voor mensen met een Wlz-indicatie, met aandacht voor individueel welzijn. Dit zijn mensen voor wie het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft vastgesteld dat zij een grote en blijvende zorgbehoefte hebben. Bijvoorbeeld ouderen met dementie of mensen met een verstandelijke handicap.

De zorgkantoren hebben de taak toegang tot die zorg te realiseren. Zij zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop en de cliëntondersteuning en moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg. Dit betekent dat zij binnen de kaders van wet- en regelgeving moeten blijven en de doelmatigheid van de zorg moeten borgen (zorg in een optimale balans van kosten en resultaat).

Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) beheert het Fonds langdurige zorg, waaruit de zorg wordt betaald. Het CAK betaalt de zorgaanbieders uit, na een betalingsopdracht van het zorgkantoor.

Als de cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) is hij zelf verantwoordelijk voor de zorginkoop. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) is dan de betaalinstantie. De cliënt betaalt een eigen bijdrage voor zorg in natura en bij het pgb. Het CAK berekent en int deze eigen bijdrage.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de Wlz-uitvoerders, zorgkantoren, het CAK en zorgaanbieders.

# **1. Toezicht: langdurige zorg**

# 1. Toezicht: langdurige zorg

De NZa houdt toezicht op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de Wlz. De doelen van de Wlz zijn daarbij het belangrijkste uitgangspunt. Het hoofddoel van de Wlz is passende zorg bieden aan mensen met een grote en blijvende zorgbehoefte, met aandacht voor individueel welzijn.

## **Rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz**

Rechtmatige uitvoering van de Wlz betekent dat zorgkantoren zorg inkopen, toegang tot zorg voor cliënten realiseren, zorguitgaven controleren en verantwoorden in overeenstemming met wet- en regelgeving.

Doelmatige uitvoering betekent dat zorgkantoren een optimale balans realiseren tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg. Dit houdt in dat zij met het beschikbare Wlz-budget de beste zorgresultaten bereiken: passende zorg voor iedereen die Wlz-zorg nodig heeft, met aandacht voor individueel welzijn.

## **Uitvoering Wlz**

De NZa houdt toezicht op de Wlz-uitvoerders. In 2018/2019 waren dit tien rechtspersonen. Deze maken ieder onderdeel uit van een concern met een zorgverzekeraar. Acht van de tien Wlz-uitvoerders zijn aangewezen als zorgkantoor in één of meer regio's. In totaal zijn er 31 zorgkantoorregio's.

[Een overzicht van de zorgkantoren vindt u hier.](#)

De Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor zorginkoop, informatieverstrekking aan de burger, cliëntondersteuning, zorgbemiddeling, controle op de declaraties en de betalingsopdracht aan het CAK. Deze taken hebben zij gemandateerd aan de zorgkantoren, maar de Wlz-uitvoerder blijft de verantwoordelijke partij. De zorgkantoren zijn zelfstandig verantwoordelijk voor de uitvoering van het pgb en de administratie en controle van de verleende Wlz-zorg in hun regio('s).

De uitvoering van de Wlz vindt dus plaats in de regio, door de zorgkantoren. In de inhoudelijke hoofdstukken van dit rapport gebruiken wij daarom de term 'zorgkantoor', ook als de Wlz-uitvoerder eindverantwoordelijk is.

## **CAK**

De NZa houdt ook toezicht op de uitvoering van de Wlz door het CAK. Het CAK betaalt aan zorgaanbieders op grond van de Wlz. Ook stelt het CAK de wettelijke eigen bijdrage van Wlz-clients vast en draagt zorg voor de inning hiervan. Daarnaast voert het CAK diverse andere taken uit in andere zorgdomeinen (Zorgverzekeringswet (Zvw); Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)).

Over het CAK publiceren wij een apart rapport. Het rapport over het CAK is 9 december 2019 gepubliceerd.



### Feiten en cijfers

Op 1 januari 2019 hadden ruim 298.000 mensen toegang tot Wlz-zorg. Dit zijn mensen waarvan het CIZ heeft vastgesteld dat zij een grote en blijvende zorgbehoefte hebben. De grootste groepen zijn ouderen die 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben (ongeveer 162.000) en mensen met een (lichte) verstandelijke handicap (ongeveer 110.000). Andere kleine groepen in de Wlz zijn mensen met een lichamelijke of zintuigelijke handicap of geestelijke gezondheidszorg (ggz)-problematiek (bron: CIZ Databank).

*In 2018 waren de  
zorguitgaven voor de  
langdurige zorg € 21,2  
miljard*

De zorgkantoren rapporteerden € 21,2 miljard aan zorguitgaven in 2018 (zorg in natura en persoonsgebonden budget). In dit bedrag zitten niet de € 164 miljoen die zorgkantoren in 2018 hebben besteed om hun taken uit te voeren (beheerskosten). De Wlz-zorgkosten zijn met ruim een miljard gestegen in 2018 ten opzichte van 2017, en ook in 2019 zien we een sterke stijging (zie ook Stand van de Zorg).

Vanaf 2017 is er extra geld beschikbaar om de kwaliteit in de verpleeghuiszorg te verbeteren, oplopend tot jaarlijks € 2,1 miljard extra vanaf 2021. In 2018 ging het om € 435 miljoen extra, en in 2019 om € 600 miljoen extra. Zie Hoofdstuk 2 Zorginkoop, onderdeel kwaliteit verpleeghuiszorg voor meer over hoe dit tot nu toe verlopen is, en wat wij hier in de toekomst van verwachten.

### Toezicht op zorgkantoren

Het hoofddoel van de Wlz is uitgangspunt bij het bepalen van de risico's: passende zorg voor iedereen die Wlz-zorg nodig heeft, met aandacht voor individueel welzijn. Dit hoofddoel hebben wij uitgewerkt in vier doelen:

1. Zorginkoop: met het beschikbare budget wordt voldoende en kwalitatief goede zorg ingekocht.
2. Zorg voor de cliënt (zorgbemiddeling): cliënten krijgen tijdig passende zorg, in aansluiting bij hun voorkeuren.
3. Zorguitgaven: uitgaven zijn rechtmatig en doelmatig.
4. De organisatie en aansturing van het zorgkantoor is doelmatig en rechtmatig.

Hier vindt u de [Regeling Uitvoeringsverslag en financieel verslag Wlz-uitvoerder](#) waarin onze doelenbenadering is vastgelegd.

Het toezicht van de NZa is voor een groot deel risico gestuurd. Dit betekent dat wij jaarlijks op basis van een risicoanalyse een onderbouwde keuze maken in de thema's die wij onder de loep nemen. Tussentijds kunnen wij onze prioriteiten bijsturen als signalen die ons bereiken daartoe aanleiding geven.

Op basis van de risicoanalyse hebben wij de volgende onderwerpen geselecteerd voor het toezicht over 2018/2019:

- Sturing op kwaliteit van zorg door zorgkantoren (doel 1).
- Cliëntondersteuning en wachtenden (doel 2).
- Financieel rechtmatigheidsonderzoek op basis van het financieel verslag 2018 (doel 3).
- Doorlevering van gegevens aan het CAK voor de vaststelling van de eigen bijdrage (doel 2 en 4).
- De administratieve organisatie en interne beheersing bij zorgkantoren (doel 4).

Naast deze onderzoeken hebben wij een aantal inventariserende onderzoeken uitgevoerd naar de volgende onderwerpen:

- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg (doel 1).
- Passende zorg (doel 2) en
- Crisiszorg (doel 2).

In ons toezicht gebruiken wij ook de uitvoeringsverslagen van de zorgkantoren, waarin zij verantwoording afleggen over de bereikte resultaten in 2018. De informatie in deze uitvoeringsverslagen hebben wij doorgenomen en besproken met de zorgkantoren (en Wlz-uitvoerders ONVZ en ASR). In die dialoog lag de nadruk op onder andere de volgende aanvullende thema's:

- Fricties in zorgvraag- en aanbod (doel 1).
- Domeinoverstijgende initiatieven (doel 1 en 2).

Ook hebben wij hebben prestatie-indicatoren vastgesteld om het presteren van zorgkantoren te volgen. Voorbeelden hiervan zijn: telefonische bereikbaarheid, klachtafhandeling en declaratieafhandeling. De zorgkantoren informeren ons aan de hand van de prestatie-indicatoren over de resultaten die zij hebben bereikt in hun uitvoeringsverslagen.

Wij hebben ons ingezet om de problematiek rond pgb (rechtmatige uitgaven; fraudegevoeligheid) aan verschillende tafels (VWS, Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)) onder de aandacht te brengen en mee te denken over oplossingen (doel 3, zie hoofdstuk 4).

Daarnaast hebben wij bijeenkomsten gehad met de zorgkantoren om de kwaliteit van de verantwoording te verhogen (doel IV). Dit doen wij omdat de prestatie-indicatoren en de uitvoeringsverslagen een rol moeten vervullen in de onderlinge verantwoording tussen Wlz-uitvoerders en in de (gedeelde) leercyclus van de zorgkantoren, en in het toezicht van de NZa.

#### *Dilemma's*

In ons toezicht signaleren wij regelmatig dilemma's. Zo komt het voor dat wet- en regelgeving wordt ingehaald door de realiteit, of dat specifieke, complexe gevallen niet gemakkelijk binnen (bestaande) wet- en regelgeving kunnen worden opgelost. Het kan dus voorkomen dat een situatie of oplossing wel doelmatig is (de meest optimale oplossing in dat geval), maar niet rechtmatig (niet binnen de regelgeving kan worden bekostigd). Dit kan gevolgen hebben voor de financiering van deze oplossingen. Voorbeelden van dilemma's zijn:

- Bij groepen cliënten met een erg specifieke of complexe zorgvraag, kan het voorkomen dat er niet genoeg plekken beschikbaar zijn. De (financiering van de) oplossingen hiervoor, zoals alternatieve plekken of initiatieven om meer plekken te creëren, zijn mogelijk niet rechtmatig (zie hoofdstuk 2, dilemma: verantwoording van de financiering voor 100 extra plekken in gehandicaptenzorg en dilemma: wenselijke, maar onrechtmatige zorg voor cliënten met specifieke zorgvraag).

- Zorgvraag en initiatieven op de grenzen van Wlz met de Zvw en de Wmo. Wetten zijn vaak strikt in wat vanuit welk domein betaald moet en mag worden. In de praktijk lopen deze grenzen meer in elkaar over, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders zorg vanuit meerdere domeinen leveren. Juist ook de instroom van cliënten van de Zvw en de Wmo naar de Wlz, vraagt om een meer domeinoverstijgende blik zoals bij cliëntondersteuning (zie hoofdstuk 3, dilemma: cliëntondersteuning over domeingrenzen).
- De balans tussen administratieve lasten van vastlegging, en de zekerheid waarmee vastgesteld kan worden dat zorg daadwerkelijk geleverd is (zie hoofdstuk 4, dilemma: verantwoording kwaliteitskader verpleeghuiszorg).
- De NZa heeft de wettelijke taak om te toetsen of Wlz-uitvoerders voldoen aan de eisen die de Wlz en het Besluit langdurige zorg (Blz) aan hen stellen, onder meer aan de organisatie en de toetsing van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders. Het wettelijk systeem kent daarbij echter aandachtspunten. Om duidelijkheid te scheppen voor Wlz-uitvoerders over wat van hen wordt verwacht bij het benoemen van nieuwe (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders of ten aanzien van de inrichting van de organisatie, heeft de NZa een nieuwe beleidsregel en regeling opgesteld (zie hoofdstuk 5, wijzigingen in toezicht).

### Leeswijzer

In dit rapport geven wij een overzicht van de bevindingen en conclusies uit de toezichtonderzoeken. Het rapport volgt de indeling van de doelen van de Wlz: zorginkoop (H2), zorg voor de cliënt (H3), zorguitgaven (H4) en de organisatie van zorgkantoren (H5).

Ieder hoofdstuk sluit af met verwachtingen die wij hebben van de zorgkantoren.

Bijlage 1 bevat een overzicht van de zorguitgaven 2018. Bijlage 2 bevat een overzicht van de uitslagen op de prestatie-indicatoren voor belangrijke uitvoeringsprocessen per zorgkantoor. In bijlage 3 staan onze generieke bevindingen op het gebied van financiële rechtmatigheid (zie ook H4 Zorguitgaven van dit rapport) die landelijk spelen. In bijlagen 4-13 zijn de rapporten per Wlz-uitvoerder opgenomen, die ten grondslag liggen aan dit samenvattend rapport en zijn afgestemd met de Wlz-uitvoerders.



## 2. Zorginkoop

## 2. Zorginkoop

Zorgkantoren kopen zorg in bij zorgaanbieders. Zij moeten het budget gebruiken om voldoende en kwalitatief goede zorg beschikbaar te maken. Deze zorg moet aansluiten op wat de mensen met een Wlz-indicatie nodig hebben en wensen. Bij de zorginkoop lopen zorgkantoren mogelijk aan tegen fricties tussen de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. De NZa houdt toezicht en let erop of de zorgkantoren er in slagen om voldoende, passende zorg in te kopen.

### Leeswijzer hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk gaan wij in op de zorgvraag en – aanbod in 2018. Wij benoemen de fricties waar zorgkantoren tegenaan zijn gelopen en in de toekomst tegenaan verwachten te lopen. Wij bespreken de verschillende oplossingen om fricties te verminderen: verbeteren van de sturing op doelmatige zorg in de zorginkoop door zorgkantoren, domeinoverstijgende initiatieven en innovatie en preventie binnen de Wlz. Als laatste komen de verschillende kwaliteitskaders, verpleeghuiszorg (zowel vanuit zorg in natura als vanuit pgb geleverd) en gehandicaptenzorg aan bod.

### Zorgvraag en – aanbod 2018

Ruim 99% van de mensen met een Wlz-indicatie (peildatum: 1 januari 2019) krijgt (overbruggings-)zorg, thuis of in een instelling. De zorgkantoren konden er niet altijd voor zorgen dat de zorg tijdig werd geleverd, volgens de norm die daarvoor geldt (Treeknorm). Op peildatum 1 januari 2019 waren dit 55 mensen (actief wachtend langer dan de Treeknorm; zie bijlage

2). De zorgkantoren houden in die gevallen in de gaten of de situatie van de cliënt verantwoord is (zie hoofdstuk 3). Het zorgkantoor kon ook niet altijd aan alle wensen en behoeften van cliënten tegemoet komen, bijvoorbeeld een plek op een specifieke voorkeurslocatie van een verpleeghuis. Voor mensen met een complexe zorgvraag kon het even duren voordat een verantwoorde oplossing was gevonden. Het aantal mensen met een Wlz-indicatie neemt toe (circa 8.000 méér op 1 januari 2019 ten opzichte van 1 januari 2018; bron CIZ Databank. Mede door deze oorzaken ontstaan er wachtlijsten. Mensen op de wachtlijst krijgen desgewenst wel overbruggingszorg, bijvoorbeeld zorg thuis of bij een ander verpleeghuis dan waar de cliënt graag wil wonen.

Eind 2018 is er een groei in zorguitgaven opgetreden die sterker bleek dan de NZa had voorzien in haar augustusadvies over het jaar 2018. In 2019 is met terugwerkende kracht het Wlz-kader voor 2018 met € 10 miljoen verhoogd (Voorlopige kaderbrief Wlz 2020, **VWS**). Hiermee konden de zorgkantoren de belangrijkste knelpunten oplossen en is er een volledige benutting van het kader geweest.

### Fricties in zorgvraag en –aanbod

De zorgkantoren staan voor de grote uitdaging om, ook met het oog op de toekomst, het hoofddoel van de Wlz te blijven realiseren: passende zorg voor iedereen die Wlz-zorg nodig heeft, met aandacht voor individueel welzijn. De wachtlijsten lopen in 2019 verder op (zie hoofdstuk 3) en de zorgkantoren rapporteren diverse kwetsbare plekken in het zorgaanbod:

- Specifieke regio's met risico's voor voldoende en kwalitatief goed zorgaanbod: de Friese Waddeneilanden, Noordoost-Friesland, Noordoost-Brabant, Zuidoost-Brabant, Noord- en Midden-Limburg, Zuid-Limburg, Groningen.

- Tekorten in specifiek zorgaanbod, zoals de beschikbaarheid van specialisten ouderenzorg en logeeraanbod in bepaalde regio's; toegang tot huisartsenzorg voor mensen met een beperking.
- Beschikbaarheid van plekken voor cliënten met een complexe zorgvraag, bijvoorbeeld mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en gedragsproblematiek en/of psychische klachten; ouderen met ggz-problematiek; de ouder wordende populatie in de gehandicaptenzorg.
- Onvoldoende aanbod voor 'zorg thuis', bijvoorbeeld in een geclusterde woonvorm. Dit betreft de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt) en modulair pakket thuis (mpt).
- Intramurale zorg voor doelgroepen met specifieke wensen, bijvoorbeeld zorg die aansluit op de noden en wensen van niet-westerse migranten.

De verwachting is dat bij niets doen, deze kwetsbaarheden zullen toenemen. Immers, Nederland heeft te maken met een 'dubbele vergrijzing': mensen worden ouder, waardoor de instroom in de Wlz zal gaan toenemen, maar ook de uitstroom van personeel van verpleeghuizen dat de pensioengerechtigde leeftijd bereikt zal toenemen. De druk op mantelzorgers zal hierdoor ook toenemen. Deze ontwikkelingen komen het hardst aan in krimpgebieden.

Kortom, de samenleving staat voor de uitdaging om de langdurige zorg toegankelijk te houden voor iedereen die deze zorg nodig heeft. Maar de zorg moet ook betaalbaar blijven, zodat de solidariteit (tussen de generaties) niet onder spanning komt te staan.

### **Dilemma: verantwoording van de financiering voor 100 extra plekken in gehandicaptenzorg (programma volwaardig leven)**

Er is een beperkte groep mensen waar op dit moment niet genoeg plekken voor zijn in de gehandicaptenzorg. Dit zijn mensen met de zwaarste zorgbehoefte. De minister heeft in het programma 'Volwaardig Leven' geld beschikbaar gesteld om 100 extra plekken te creëren voor deze mensen. Wij vinden dit een goede ontwikkeling. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het creëren van deze plekken. In de praktijk betekent dit dat zorgaanbieders met dit geld gespecialiseerde teams gaan opleiden. Ook zullen zij mogelijk hun gebouwen moeten aanpassen of uitbreiden.

Onze huidige bekostiging sluit niet aan op het financieren van extra opleiding of bouw. Wij hebben samen met de zorgkantoren de mogelijkheden verkend om deze extra plekken te bekostigen binnen de Wlz. Een aparte financiële stroom was hiervoor niet mogelijk. Een subsidieregeling leidt tot extra administratieve lasten. Ook vraagt dit om specifiek toezicht op deze stroom. De zorgkantoren hebben daarom voorgesteld om de tariefruimte die zij hebben te gebruiken voor de bekostiging van de extra plekken. Hierdoor ontstaat geen nieuwe financiële stroom en past de bekostiging goed binnen het huidige stelsel.

Wij zijn blij met de gekozen oplossingsrichting. Deze keuze beperkt de administratieve lasten. Ook geeft dit de zorgkantoren de kans om te sturen op de inzet van dit geld. Zo kunnen wij waarborgen dat de zorgaanbieders de middelen inzetten om de extra plekken voor de mensen met de zwaarste zorgbehoefte te realiseren.

### **Dilemma: wenselijke, maar onrechtmatige zorg voor cliënten met specifieke zorgvraag**

De zorgkantoren lieten in 2019 weten dat een specifieke groep cliënten zorg ontvangt op een andere plek dan waar de regelgeving dit toestaat. Dit zijn cliënten met een specifieke zorgvraag (zorgprofiel (sg)lv). In de praktijk is er niet altijd een goede plek voor deze cliënten op het moment dat zij de zorg nodig hebben. In deze gevallen heeft het zorgkantoor besloten om de cliënten zorg te geven die niet binnen de regelgeving past. Voorbeelden hiervan zijn zorg bij de cliënt thuis en zorg binnen een instelling die niet de vereiste toelating heeft. Wij hebben in dit proces meegewerkt aan een oplossing voor deze cliënten.

Samen met de zorgkantoren, verschillende zorgaanbieders en VWS hebben wij drie problemen in het huidige stelsel geïdentificeerd (zie paragraaf 1.5 van bijlage 3 voor de uitgebreide beschrijving van deze casus). Alle partijen hebben zich ingezet om tot concrete oplossingen voor deze problemen te komen. Hieruit zijn werkbare aanpassingen op wet- en regelgeving gekomen. Ook zijn werkwijzen in de praktijk ontwikkeld. Wij hebben er in dit geval voor gekozen om mee te werken aan een oplossing voor de betreffende cliënten en niet in te zetten op handhaving. Wij hebben deze keuze gemaakt omdat de zorgkantoren in deze casus het cliëntbelang duidelijk voorop stelden. Wij kunnen ons in deze casus vinden in de werkwijze van de zorgkantoren.

### **Verbeteren van doelmatige zorg**

Uit ons onderzoek blijkt dat de zorgkantoren actief zijn om de problemen van de toekomst mee te helpen oplossen. Het ene zorgkantoor is daarin meer voortvarend dan het andere. Wij zien diverse initiatieven om de toegang tot de zorg en de betaalbaarheid van de zorg, nu en in de toekomst, te borgen. Dit zijn initiatieven om de balans tussen prijs, volume en kwaliteit van zorg waar mogelijk te verbeteren (doelmatigheid).

De zorgkantoren passen bijvoorbeeld kortingen toe op het maximumtarief, zodat zij méér plekken kunnen bekostigen en méér mensen zorg kunnen krijgen. Of zij kijken scherp of de inkoop van 'zorg met behandeling' noodzakelijk is en gaan hierover in gesprek met de zorgaanbieders. Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders ook om meer aanbod van zorg thuis te ontwikkelen, voor mensen die dat willen (vpt en mpt). Hiervoor zijn geen investeringen in gebouwen nodig. Een belangrijk aandachtspunt bij het bevorderen van doelmatige zorg is dat de zorgkantoren goed nagaan of de zorg voldoende en kwalitatief goed blijft. VGZ heeft een programma 'Zinnige zorg', waarmee zorgaanbieders worden gestimuleerd de kosten te verlagen én de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De NZa verwacht van zorgkantoren dat zij actief sturen op doelmatige zorg en daarin maatwerk per zorgaanbieder toepassen. De zorgkantoren maken de resultaten die zij daarmee bereiken nog onvoldoende zichtbaar. De NZa gaat de komende tijd kijken of de sturing op doelmatige zorg voldoende van de grond komt. Gebruiken zorgkantoren alle mogelijkheden die er zijn om, bij gelijke kwaliteit van zorg, méér mensen tijdig van passende zorg te voorzien? Of worden er nog kansen onbenut gelaten?

### **Domeinoverstijgende initiatieven**

De zorgkantoren willen ook met domeinoverstijgende initiatieven zorgen voor toegankelijke en betaalbare zorg. De initiatieven zijn bedoeld om de route naar de Wlz voor cliënten te verbeteren en om de zorg van gemeenten (Wmo), zorgverzekeraars (Zvw) en zorgkantoren (Wlz) beter op elkaar aan te sluiten. Voorbeelden van domeinoverstijgende initiatieven van zorgkantoren zijn:

- Ouderen en gehandicapten en/of hun naasten van informatie voorzien over de zorg uit alle domeinen, bijvoorbeeld zoals DSW ('Zichtbare zorg') en Salland dat doen.

- Cliëntadviseurs van het zorgkantoor signaleren op cliëntniveau domeinoverstijgende issues en helpen waar mogelijk deze op te lossen, zoals Zilveren Kruis dat doet.
- Menzis werkt aan integrale cliëntondersteuning, met veertien Twentse gemeenten (een koploperstraject van VWS).
- Zorgkantoren sluiten aan op de casuïstiektafels over domeinen heen, waar de toegang tot zorg voor complexe cliënten wordt behandeld met zorgaanbieders, zoals onder meer Friesland dat doet.
- In samenspraak met gemeenten nodigen zorgkantoren zorgaanbieders uit en faciliteren hen om woonvoorzieningen te realiseren voor ouderen, waar Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg geleverd kan worden. In de regio van DSW zijn hierdoor woonvoorzieningen gerealiseerd.
- Inzet op een integrale zorgketen (Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg) voor ouderen met dementie en mantelzorgers, in een netwerk van zorgaanbieders en andere organisaties, zoals bijvoorbeeld CZ doet.
- Alle zorgkantoren sluiten aan bij projecten om de doorstroom over de domeinen heen te verbeteren (bijvoorbeeld de coördinatiepunten Eerste Lijnsverblijf).

DSW is een voorloper op het vlak van doelmatigheid- en domeinoverstijgende initiatieven. Het zorgkantoor onderscheidt zich door het goede netwerk in de regio en het brede pallet aan verschillende doelmatigheid- en domeinoverstijgende initiatieven.

#### *Knelpunten bij domeinoverstijgende initiatieven*

De zorgkantoren ervaren knelpunten bij het opzetten van domeinoverstijgende initiatieven. Niet met alle gemeenten loopt de samenwerking even soepel. Gemeenten kampen met tekorten op de begroting of zij stellen andere prioriteiten. Daarnaast ontstaat er snel veel discussie en onduidelijkheid over de bekostiging en de financiële verantwoording van

domeinoverstijgende initiatieven. Zorgkantoren geven aan dat niet in alle regio's initiatieven van de grond komen. Enkele zorgkantoren pleiten mede daarom voor eigen bestedingsruimte voor het zorgkantoor (lumpsum), losgekoppeld van de prestatiebekostiging zoals die nu bestaat. Dat zou de zorgkantoren méér ruimte geven om initiatieven te ontplooiën en steunen. De toegevoegde waarde van een eigen budget moet beoordeeld worden door **VWS**, op doelmatigheid (wat kan er extra mee bereikt worden?) en rechtmatigheid (hoe past het in het stelsel? Hoe kan dubbele bekostiging worden voorkomen?).

De NZa vindt het positief dat de zorgkantoren domeinoverstijgende initiatieven ontwikkelen om bij te dragen aan tijdige en passende Wlz-zorg. De NZa ziet de toegevoegde waarde van zorgkantoren hierin, vanwege hun regionale positie, overzicht en deskundigheid.

Het moet ook helder zijn wat de ruimte is voor initiatieven. VWS en de NZa zijn daarover met elkaar in gesprek, bijvoorbeeld over de mogelijkheid om doelmatige praktijken die op gespannen voet staan met wet- en regelgeving aanvaardbaar te verklaren. Voor de NZa is het ook daarom van groot belang dat aannemelijk is dat deze initiatieven een belangrijke bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van de zorg en integer en transparant zijn.

#### **Preventie en innovatie**

Preventie en innovatie in de langdurige zorg kunnen oplossingen bieden voor de toenemende kwetsbaarheden in het zorgaanbod, bijvoorbeeld door de dubbele vergrijzing.

Preventieve maatregelen in de langdurige zorg zijn gericht op het voorkomen van onnodige verslechtering van de gezondheid van cliënten. Daarom valt preventie in de langdurige zorg voor een belangrijk deel samen met het onderwerp kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg is in toenemende mate onderdeel van

de zorginkoop door zorgkantoren. Daarnaast kunnen diverse bestaande initiatieven van zorgkantoren en zorgaanbieders onder preventie worden geschaard. De zorgkantoren kunnen hierin nog sterker een stimulerende en faciliterende rol oppakken, zeker daar waar preventie en innovatie samen op gaan.

Op dit moment blijven innovaties vaak nog steken op het niveau van een individuele zorgaanbieder en gaat het opschalen van innovaties naar andere zorgaanbieders moeizaam. In de praktijk wordt nog maar zeer beperkt gebruik gemaakt van de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa.

Wij hebben onderzocht welke factoren een rol spelen in de motivatie van zorgkantoren en zorgaanbieders om met innovatie aan de slag te gaan. Een belangrijke factor voor het succesvol implementeren van innovatie is een heldere geïntegreerde visie van de bestuurders. Factoren als het ontbreken van een dergelijke visie, een tekort aan gedeelde kennis, het onvoldoende prioriteren van innovaties, een (beleefde) strakke wet- en regelgeving en de afwezigheid van wifi worden als belemmering ervaren. De NZa vindt het daarom belangrijk dat zorgkantoren een heldere visie op preventie en innovatie ontwikkelen en het innovatieproces bij zorgaanbieders actief stimuleren.

In de beleidsoverleggen met de zorgkantoren heeft de NZa in 2019 specifieke aandacht gevraagd voor preventie en innovatie. In oktober 2019 heeft de NZa een inspiratiesessie over innovatie georganiseerd waarvoor een aantal zorgkantoren en zorgaanbieders zijn uitgenodigd. In de bijeenkomst is ook aandacht besteed aan de (ruimere) mogelijkheden om innovatie via de huidige beleidsregels te kunnen bekostigen.

### **Nieuwe bekostiging verpleeghuiszorg**

Wij werken aan een nieuwe bekostigingswijze voor de verpleeghuiszorg, die moet bijdragen aan inkoop van goede en doelmatige zorg door het zorgkantoor. Wij hebben de opdracht gekregen van de minister van VWS om de bekostiging binnen de verpleeghuiszorg beter passend te maken. Het doel van deze nieuwe bekostiging is dat alle verpleeghuizen, ongeacht omstandigheden, dezelfde goede zorg kunnen leveren. Het nieuwe bekostigingssysteem biedt daardoor meer maatwerk voor zorgaanbieders. Want in de praktijk zien we verschillen tussen zorgaanbieders.

Uit ons recente onderzoek bleek dat de locatiekenmerken zoals grootstedelijkheid of sociale economische status van de wijk in relatie staan tot verschillen in verzuim van personeel van een zorgaanbieder. Hierdoor kost de zorg op sommige locaties meer in vergelijking tot andere locaties. Om overall, ongeacht omstandigheden, zorg volgens het kwaliteitskader te kunnen leveren, is het essentieel om deze kostenverschillen te corrigeren. In de toekomstige bekostiging willen wij dan niet alleen rekening houden met de zorgvraag van bewoners, maar ook andere omstandigheden meewegen (bijvoorbeeld de regio waar zorg wordt geleverd). Wij willen in de toekomst de nieuwe tarieven van prestaties van verpleeghuizen baseren op de kosten van vergelijkbare verpleeghuiszorgaanbieders. Dit model noemen we de integrale vergelijking.

Wij staan nu aan het begin van dit traject en starten met een data-uitvraag (nulmeting) om inzicht te krijgen in de werking van het huidige model en potentiële verbeteringen. Daarna willen wij op basis van de uitkomsten het gesprek aangaan met zorgaanbieders en zorgkantoren om samen tot een optimaal model te komen. Het voornemen is om de uitkomsten van de integrale vergelijking per 2022 in kleine stappen in de bekostiging te laten landen. Dat vergt aanpassingen van het wettelijk kader en besluitvorming van de minister. De ruimte voor de zorgkantoren om te sturen op goede en doelmatige zorg blijft daarin bestaan.

### **Kwaliteit van de verpleeghuiszorg**

Bij het inkopen van zorg speelt het kwaliteitskader verpleeghuiszorg een belangrijke rol. Het kwaliteitskader beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Daarvoor zijn extra middelen beschikbaar oplopend tot € 2,1 miljard per jaar vanaf 2021.

Deze gelden zijn bedoeld om alle V&V-zorgaanbieders eind 2021 op het niveau van het kwaliteitskader te brengen en merkbare verbeteringen van de kwaliteit van zorg voor alle bewoners van verpleeghuizen te realiseren. Cruciaal daarbij is dat leren en verbeteren structureel onderdeel is van het verpleeghuis, op alle onderdelen die te maken hebben met het leveren van goede zorg (persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn, veiligheid, et cetera).

Voor 2018 zijn vanwege de kwaliteitssprong die zorgaanbieders moesten maken de tarieven voor de zorgprestaties van verpleeghuizen opgehoogd. Er is een apart kwaliteitsbudget beschikbaar gesteld van € 600 miljoen voor 2019 en € 1.100 miljoen voor 2020. De zorgkantoren hebben de taak het kwaliteitsbudget te verdelen over de zorgaanbieders, op basis van een beoordeling van de kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders.

In 2018 is een landelijke lijn afgesproken over hoe het kwaliteitsbudget in 2019 zou worden verdeeld over zorgaanbieders. Voor iedere zorgaanbieder is een initieel budget bekendgemaakt aan zorgaanbieders (6% van de omzet van 2018) en is het 85-15% richtsnoer als uitgangspunt genomen (85% voor voldoende deskundig personeel en 15% voor andere investeringen, zoals in innovatie). Dit was het kader waarbinnen zorgaanbieders hun budgetaanvraag deden, op basis van een kwaliteitsplan.

Deze landelijke lijn kan op gespannen voet staan met een doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget, waarbij uitgegaan wordt van de specifieke kwaliteitssprong die een

zorgaanbieder heeft te maken (maatwerk). De NZa wil dat het geld daar terecht komt waar het echt nodig en mogelijk is om kwaliteitsverbetering te bereiken.

De zorgkantoren hebben de kwaliteitsplannen 2019 van de zorgaanbieders beoordeeld. In deze fase is de sturing op doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget door de zorgkantoren enigszins vormgegeven. Het zorgkantoor heeft de dialoog gevoerd met zorgaanbieders om de plannen bij te stellen en te verbeteren. Op basis daarvan is budget toegekend.

In 2019 is 75% van het kwaliteitsbudget via bevoorschotting aan de zorgaanbieders beschikbaar gesteld in maandelijkse termijnen. Alleen DSW heeft op basis van monitoring van de uitgaven van zorgaanbieders de bevoorschotting waar nodig tussentijds bijgesteld. De andere zorgkantoren hebben de toekenningen voor het eerst per 15 november 2019 bijgesteld, op het derde geplande moment van herschikking.

Een aandachtspunt voor de zorgkantoren voor 2020 is om het sturen op doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget méér vorm te geven. Bij de toekenning van kwaliteitsbudget in 2020 en de monitoring en bijsturing kan het zorgkantoor méér werk maken van maatwerk per zorgaanbieder. Het kwaliteitskader biedt hiervoor voldoende handvatten: de doelen van het kwaliteitskader moeten centraal staan en de mate waarin zorgaanbieders voldoen aan het kwaliteitskader.

In het volgende controlebezoek aan de zorgkantoren gaan wij na hoe de zorgkantoren vorm geven aan een doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget. Daarnaast verwachten wij van de zorgkantoren een verantwoording over de resultaten die zijn bereikt met het kwaliteitsbudget (2019, 2020), bijvoorbeeld in het uitvoeringsverslag.

### **Kwaliteitskader verpleeghuiszorg en het pgb**

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg geldt ook voor cliënten die in een pgb-gefinancierd wooninitiatief wonen en een wooninitiatieven-toeslag krijgen. Deze cliënten krijgen in 2019 een verhoging van het pgb van € 4.000.

Het zorgkantoor kent de kwaliteitstoeslag toe aan de budgethouder, die met het wooninitiatief afsprekt hoe deze toeslag wordt gebruikt. Het wooninitiatief is verantwoordelijk voor het nakomen van de gemaakte afspraken. Zorgkantoren houden toezicht op de rechtmatige besteding van deze kwaliteitstoeslag door de budgethouder.

KPMG heeft op verzoek van VWS onderzocht hoe de sturing door het zorgkantoor op een doelmatige inzet van deze toeslag verbeterd kan worden. Ook is onderzocht hoe het zorgkantoor de besteding van deze toeslag kan verantwoorden. Het rapport met de adviezen is opgeleverd aan VWS en gepubliceerd. Wij wachten de vervolgstappen van VWS af.

### **Kwaliteitskader gehandicaptenzorg**

Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is in 2017 op initiatief van de sector zelf vernieuwd en staat los van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De NZa heeft onderzocht hoe zorgkantoren hun rol in het kwaliteitskader invullen en welke verbeteringen mogelijk zijn. Wij constateren dat het kwaliteitskader draagvlak heeft in de sector. In het kwaliteitskader wordt de nadruk gelegd op het van elkaar (en de cliënten) willen leren en het opzetten van een continu verbeterproces.

Uit ons onderzoek blijkt dat zorgkantoren gebruik maken van het nieuwe kwaliteitskader in het gesprek over kwaliteit met de zorgaanbieders en betrekken bij het zorginkoopproces. Zorgkantoren zien het kwaliteitsrapport van de zorgaanbieders vooral als een vliegwiel om een verbeterproces in gang te zetten. Gesprekken gaan nu meer over de inhoud van de zorg in relatie tot de kosten in plaats van alleen over de tarieven.

Clëntenraden hebben een belangrijke rol bij het opstellen van het kwaliteitsrapport, maar zijn zich nog niet altijd bewust van de invloed die ze kunnen uitoefenen. Zorgkantoren sturen op het vergroten van de betrokkenheid van de cliëntenraad bij het kwaliteitskader, door bijvoorbeeld de cliëntenraad te betrekken bij de kwaliteitsdialoog. Die betrokkenheid mag – volgens zorgkantoren – in veel gevallen groter zijn.

Wij zijn positief over het kwaliteitskader als instrument om de kwaliteit van zorg in de gehandicaptensector te verbeteren. Wij verwachten dat zorgkantoren in de komende jaren aantonen dat zij de verbetercycli van zorgaanbieders kritisch volgen en daar waar nodig bijsturen.

### **Samenvattend overzicht van verwachtingen**

Van zorgkantoren verwachten wij dat zij:

- Actief sturen op doelmatige zorg, daarin maatwerk per zorgaanbieder toepassen en de resultaten die zij daarmee bereiken zichtbaar maken.
- Belemmeringen in wet- en regelgeving om doelmatige zorg vorm te geven bij ons melden, zodat wij samen kunnen zoeken naar oplossingen.
- Goed onderbouwde voorstellen doen bij VWS voor een eigen budget bij domeinoverstijgende initiatieven, en ons hierin meenemen.
- Maatwerk toepassen bij het vormgeven aan een doelmatige aanwending van het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg.
- Verantwoording afleggen over de resultaten die zijn bereikt met het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg (2019, 2020).
- De manier van verantwoorden over de rechtmatigheid van de kwaliteitsopslag in het pgb opnemen in hun procedures.
- Aantonen dat zij de verbetercycli van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg kritisch volgen en daar waar nodig bijsturen.

### 3. Zorg voor de cliënt

# 3. Zorg voor de cliënt

Zorgkantoren hebben zorgplicht. Dit houdt in dat zij ervoor verantwoordelijk zijn dat mensen met toegang tot de langdurige zorg, op tijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Het zorgkantoor dient de mensen goed te informeren, hen te helpen naar zorg en daarbij recht te doen aan hun noden en wensen. De NZa let erop dat zorgkantoren dit realiseren.

## Leeswijzer hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk beginnen wij met een terugblik op de wachtlijsten van afgelopen jaar en wat wij verwachten van zorgkantoren om de langdurige zorg toegankelijk te houden. Vervolgens volgt een analyse van de term passende zorg. Hierna gaan wij in op de uitvoering van de taken van het zorgkantoor voor informatieverstrekking en cliëntondersteuning. We bespreken de ontwikkelingen bij crisiszorg. Tot slot gaan wij in op het experiment integraal pgb.

## Toegankelijkheid en wachtlijsten

In het afgelopen jaar zagen we landelijk een stijging van de wachtlijsten. Het aantal mensen dat op 1 januari 2019 lang op de wachtlijst stond (16.164) is 16% hoger dan een jaar eerder (zie tabel 1). De stijging vindt vooral plaats in de sector verpleging en verzorging. In de gehandicaptenzorg neemt het aantal mensen dat lang wacht af. Deze ontwikkelingen zijn te zien in bijlage 2, tabel 12. Over de gehandicaptenzorg geven zorgkantoren aan dat het aantal cliënten waarvoor het veel moeite kost om een passende plek te vinden toeneemt.

In tabel 13 in bijlage 2 bij dit rapport is een overzicht opgenomen met daarin het aantal wachtenden per zorgkantoort regio en sector. In deze tabel is ook te zien dat er regionaal sterke verschillen zijn in de stijging in de wachtlijsten voor verpleging en verzorging. De stijging loopt uiteen van enkele procenten tot een ruime verdubbeling van het aantal wachtenden. In slechts vier van de 31 regio's blijft de mutatie beperkt -2% tot 6%.

De wachttijden stijgen doordat de vraag naar langdurige zorg toeneemt. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen, bijvoorbeeld de krappe arbeidsmarkt, waardoor het niet eenvoudig is om aan de vraag tegemoet te komen.

De stijgende wachtlijsten hebben ook gevolgen buiten de grenzen van de langdurige zorg. Zo merken ziekenhuizen dat patiënten met een Wlz-indicatie langer in het ziekenhuis blijven, omdat er geen passende plek in de langdurige zorg is.

In de langdurige zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen actief en niet-actief wachtenden. Een actief wachtende is een cliënt die direct zorg nodig heeft, waarvoor doorgaans opname in een zorginstelling nodig is. De cliënt kan een voorkeursaanbieder of -locatie aangeven, maar als daar geen plaats is, regelt het zorgkantoor in overleg met de cliënt en de zorgaanbieder elders een plaats. Niet-actief wachtenden zijn bijvoorbeeld cliënten die Wlz-zorg thuis ontvangen maar die naar verwachting op termijn opgenomen moeten worden. Ook betreft het cliënten die al Wlz-zorg ontvangen, maar een sterke voorkeur hebben voor een andere zorgaanbieder of locatie.

Het technische onderscheid tussen actief en niet-actief wachten is voor de cliënt minder van belang. Voor alle wachtenden geldt als belangrijkste vraag of de cliënt verantwoord wacht of niet. We verwachten van zorgkantoren dat ze voldoende inzicht hebben in de situatie van de cliënt om deze vraag te kunnen beantwoorden en in te grijpen als de situatie onverantwoord is. Grafieken 4 tot en met 9 in bijlage 2 bieden meer inzicht in de aantallen wachtenden onderverdeeld naar wachtstatus.

#### *Verantwoordelijkheden zorgkantoren*

Zorgkantoren en zorgaanbieders staan niet volledig machteloos tegenover toenemende wachtlijsten, ook al zijn de oplossingen niet simpel. Het terugdringen van wachtlijsten is ook niet enkel een verantwoordelijkheid van de zorgkantoren.

Wij verwachten van zorgkantoren dat zij zich –binnen de gegeven omstandigheden- maximaal inspannen om de langdurige zorg zo toegankelijk mogelijk te maken. Dat houdt in:

- A. *Cliënten hebben duidelijkheid over hun keuzemogelijkheden, rechten en plichten binnen de zorg in de Wlz, inclusief de periode waarin zij nog in afwachting zijn van een passende plek.*

Zorgkantoren hebben hierbij een informerende en ondersteunende rol. Onder het kopje 'Informatieverstrekking en cliëntondersteuning' zullen we hier verder op in gaan.

- B. *Cliënten komen met zo kort mogelijke wachttijd op de juiste, passende plek terecht.*

Cliënten kunnen een beroep doen op bemiddeling door het zorgkantoor. Als randvoorwaarde hiervoor moeten zorgkantoren goed weten wat de verzekerden nodig hebben en in hoeverre het gecontracteerde aanbod (in kwantiteit en kwaliteit) in die vraag voorziet. Hierdoor ontstaat er een wisselwerking tussen de zorginkoop en de ondersteuning en bemiddeling van individuele cliënten. We zien dat zorgkantoren

**Tabel 1. Aantal wachtenden per zorgkantoor, langer dan 6 weken als actief wachtende en langer dan 3 maanden als niet-actief wachtende**

| Zorgkantoor          | Stand<br>1 januari 2019 | Stand<br>1 januari 2018 | Mutatie<br>wachtenden | Mutatie Wlz-<br>geïndiceerden |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| CZ                   | 3.640<br>(5,7%)         | 3.065<br>(4,9%)         | 18,8%                 | 3,4%                          |
| DSW                  | 531<br>(6,5%)           | 344<br>(7,5%)           | 54,4%                 | 2,4%                          |
| Friesland            | 100<br>(0,8%)           | 110<br>(1,9%)           | -9,1%                 | 0,6%                          |
| Menzis               | 1.447<br>(3,5%)         | 695<br>(1,6%)           | 108,2%                | 3,4%                          |
| Salland              | 129<br>(3,5%)           | 105<br>(2,9%)           | 22,9%                 | 1,8%                          |
| VGZ                  | 4.547<br>(7,2%)         | 3.968<br>(6,2%)         | 14,6%                 | 3,8%                          |
| Zilveren<br>Kruis    | 4.604<br>(5,0%)         | 4.526<br>(4,9%)         | 1,7%                  | 2,3%                          |
| Zorg en<br>Zekerheid | 1.166<br>(8,5%)         | 1.082<br>(8,5%)         | 7,8%                  | 0,9%                          |
| TOTAAL               | 16.164<br>(5,4%)        | 13.895<br>(4,8%)        | 16,3%                 | 2,8%                          |

Legenda: kleur percentage is ten opzichte van landelijk gemiddelde (rood = boven gemiddeld, geel = gemiddeld, groen = onder gemiddeld)

Bronnen:

- stand aantal wachtenden: Uitvoeringsverslagen zorgkantoren. Het gaat om cliënten die langer dan 6 weken als actief wachtend geregistreerd staan en cliënten die langer dan 3 maanden als niet-actief wachtend geregistreerd staan.
- aantal Wlz-geïndiceerden: CIZ

steeds meer het belang zien van een integrale aanpak bij de afstemming tussen vraag en aanbod. Wensen van wachtenden en signalen van cliënten zijn belangrijke bijdragen voor de gesprekken tussen inkopers en zorgaanbieders.

*C. Als cliënten moeten wachten, dient die wachttijd verantwoord overbrugd te worden.*

Zorgkantoren moeten individuele cliënten zo goed mogelijk bijstaan als ze met wachttijd geconfronteerd worden. Bijvoorbeeld door hen te informeren over de mogelijke zorgvormen en zorgaanbieders in de regio. Overigens is de bemiddeling door het zorgkantoor geen garantie op een passende plek als er simpelweg geen zorgaanbieder is die plek heeft. In dat geval moet het zorgkantoor in de gaten houden of de wachttijd verantwoord overbrugd wordt.

*D. Zorgkantoren monitoren dat zorgaanbieders hun rol bij de bemiddeling goed invullen. Daarbij hoort ook controle of de gemaakte afspraken (bijvoorbeeld in het voorschrift zorgtoewijzing) worden nagekomen.*

Cliënten worden ook geïnformeerd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld als er thuiszorg is om de wachttijd naar opname te overbruggen. In de bemiddeling werken de zorgkantoren logischerwijs veel samen met zorgaanbieders. De samenwerking met zorgaanbieders kan worden verstevigd door meer gebruik te maken van de informatie over de zorgaanbieders die doorgaans binnen het zorgkantoor al beschikbaar is. Meer inzicht in de wachttijden, het zorgaanbod per aanbieder en hoe de doorstroom is, kan behulpzame informatie zijn bij de bemiddeling van wachtenden.

Wij verwachten tot slot van zorgkantoren dat ze goed zicht hebben op ontwikkelingen in de zorgvraag, niet alleen op het niveau van de individuele verzekerde, maar ook op de ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio. Dat betekent bijvoorbeeld dat ze per regio in kaart kunnen brengen wat de oorzaken zijn als de wachttijden toenemen.

## **Informatieverstrekking en cliëntondersteuning door zorgkantoren**

Goede cliëntondersteuning en informatieverstrekking moeten er –zoals onder Toegankelijkheid en wachttijden genoemd– aan bijdragen dat cliënten tijdig passende zorg kunnen ontvangen. Toenemende wachttijden betekenen ook een grotere vraag naar informatie en meer verzoeken om bemiddeling. Het is daarom van belang dat de zorgkantoren hun organisatie zo hebben ingericht dat zij deze taken goed kunnen (blijven) uitvoeren.

De afgelopen jaren heeft de NZa veel aandacht besteed aan het verbeteren van de informatieverstrekking en cliëntondersteuning door zorgkantoren. Daarbij letten we in het bijzonder op de volgende aspecten:

- Informatievoorziening aan verzekerden.
- Inzicht in en registratie van noden en wensen van cliënten en wachtenden.
- Zorgbemiddeling door het zorgkantoor.
- Inzicht in wachttijden.
- Interne organisatie en effectmeting.

De zorgkantoren zijn blijven werken aan het verbeteren van de informatieverstrekking en cliëntondersteuning. Hierbij richten ze zich enerzijds op de zichtbaarheid van het zorgkantoor (bijvoorbeeld het uitleg geven over de werking van de Wlz) en anderzijds op het inrichten van processen waarmee de status van wachtenden kan worden gemonitord.

Uit controles blijkt dat medewerkers van de zorgkantoren zich met grote betrokkenheid inzetten voor de cliënten en er voldoening uit halen als dit leidt tot tijdige, passende zorg. Dit vinden wij een mooie ontwikkeling en een compliment waard.

Een belangrijk doel van informatieverstrekking en cliëntondersteuning is dat cliënten een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder, locatie of zorg vorm die bij hem of

haar past, bijvoorbeeld over de keuze tussen zorg in natura en pgb. Wachtenden moeten –onafhankelijk van hun wachtstatus– zichtbaar zijn en blijven, en eventuele wachttijd verantwoord overbruggen. Zorgkantoren onderschrijven dit doel, maar in de praktijk blijkt dat ze niet in alle gevallen kunnen garanderen dat er geen mensen uit beeld raken. Daarom is het nodig dat zorgkantoren ondanks de goede vooruitgang alert blijven. Toenemende wachtlijsten betekenen een extra uitdaging om cliënten die ondersteuning van het zorgkantoor nodig hebben adequaat bij te staan.

### **Dilemma: Cliëntondersteuning over domeingrenzen**

Het zorgkantoor verstrekt informatie over zorg in de Wlz. Daarnaast kunnen alle cliënten met een Wlz-indicatie voor cliëntondersteuning een beroep doen op het zorgkantoor en indien gewenst op een cliëntondersteuner die onafhankelijk van het zorgkantoor werkt. Veel cliënten hebben echter al behoefte aan informatie en ondersteuning voordat zij een indicatie voor de Wlz hebben. Het afgelopen jaar zagen we dat er steeds meer initiatieven ontstaan om informatieverstrekking en cliëntondersteuning over de domeingrenzen heen in te richten. Doel daarvan is om mensen die zorg nodig hebben zo goed mogelijk te informeren en bedienen, los van de grenzen tussen de zorgdomeinen van gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor. De NZa waardeert deze uitgangspositie waarin de mens centraal staat, maar constateert ook dat deze werkwijzen soms op gespannen voet staan met de regelgeving. We vinden het van belang dat zorgkantoren de knelpunten in de regelgeving waar zij tegenaan lopen benoemen.

In een aantal regio's was de onafhankelijke cliëntondersteuning in 2018 onderdeel van een experiment rond persoonsvolgende bekostiging. De financiële gevolgen van deze uitzonderingssituatie worden beschreven in hoofdstuk 4 'Zorguitgaven'.

### **Passende zorg**

In hoofdstuk 2 beschrijven wij wat de zorgkantoren op het vlak van zorginkoop doen om fricties tussen zorgvraag en zorgaanbod op regionaal niveau op te lossen. Als het beschikbare zorgaanbod voor bepaalde cliëntengroepen niet aansluit op de zorgvraag, is er een reëel risico dat een deel van de cliënten geen passende zorg ontvangt.

In overleg met een aantal partijen (waaronder een aantal zorgkantoren) heeft de NZa in de eerste helft van 2019 de term passende zorg nader onderzocht en gedefinieerd. Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de rol van de zorgkantoren om passende zorg te leveren. Wij onderzoeken de mogelijkheden dit in 2020 in ons toezicht mee te nemen. Deze paragraaf bevat de uitkomsten van deze verkenning. Hiermee wordt duidelijker wat individuele cliënten van zorgaanbieders en zorgkantoren mogen verwachten als zij met fricties worden geconfronteerd. Een deel van de genoemde activiteiten zien wij al in de praktijk gerealiseerd worden. We realiseren ons ook dat oplossingen die tot passende zorg leiden soms op gespannen voet kunnen staan met regelgeving.

De NZa kiest voor een dynamische definitie van passende zorg:

Zorg is passend als het lukt om een optimale aansluiting te vinden tussen de zorgbehoefte en wensen van de cliënt, en de zorg die de zorgaanbieder kan bieden.

Iedereen wil dat cliënten passende zorg ontvangen. Kern van de zorgplicht van zorgkantoren is dat zij ervoor zorgen dat hun cliënten 'tijdig passende zorg' krijgen. In hoeverre het daadwerkelijk lukt om alle cliënten passende zorg te bieden, is niet helder, ook omdat passende zorg voor verschillende partijen iets anders kan betekenen.

Partijen lijken het eens te zijn dat passende zorg meer is dan medisch verantwoorde zorg (en dat 'verantwoorde' en 'passende zorg' zelfs op gespannen voet met elkaar kunnen staan).

Bij passendheid speelt ook aandacht voor de kwaliteit van leven een grote rol. Passende zorg is ook begrensd: niet alles wat een cliënt wil is nodig of mogelijk. Het antwoord op de vraag of iets passend is of niet wordt mede bepaald door welk gezichtspunt men daartegen aankijkt (als cliënt, naaste of professional). Passende zorg is individueel en situatie-afhankelijk, en een continu proces: wat voor de één passend is op dit moment, hoeft dat voor een ander of in de toekomst niet meer te zijn.

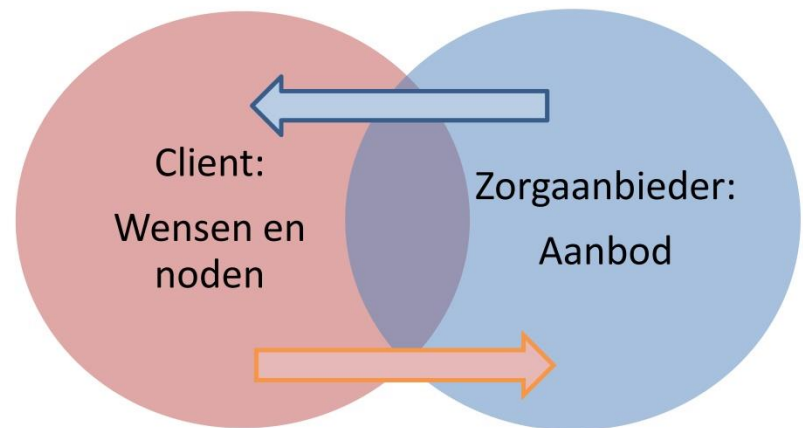
In de definitie leggen we bewust geen zorginhoudelijke kenmerken vast. Door deze invalshoek komt de interactie tussen de zorgaanbieder en de cliënt (en naasten) centraal te staan.

Een voorwaarde daarbij is dat de cliënt goed kan aangeven wat zijn of haar wensen en zorgbehoeften zijn. Voorafgaand aan de zorgverlening, maar ook als de zorgverlening al is gestart. Deze 'vraagverheldering' is geen vanzelfsprekendheid. Zorgaanbieders en de zorgprofessionals kunnen daarbij helpen door cliënten en hun naasten goed te informeren over wat er binnen de organisatie en op een specifieke locatie wel en niet mogelijk is. Ook zorgkantoren kunnen bijdragen aan de vraagverheldering van cliënten, door middel van informatieverstrekking en cliëntondersteuning.

Uiteindelijk is passendheid ook een kwestie van geven en nemen. Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij hun best doen om de zorg voor een cliënt beter 'passend te maken' door vanuit een open houding op zoek te gaan naar mogelijkheden, reëel kijkend naar mogelijkheden én beperkingen. Vanwege de beperkingen aan het zorgaanbod is voor cliënten de afweging belangrijk welke zaken echt prioriteit hebben.

Visueel weergegeven ziet dit zoeken naar de match tussen zorgvraag en aanbod er als volgt uit:

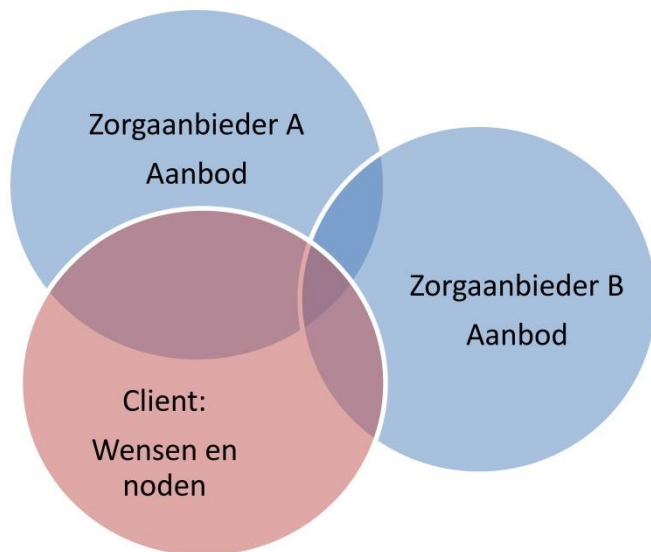
**Figuur 1. Zoeken naar de 'match' tussen vraag en aanbod, 'geven en nemen'**



In de meeste gevallen zijn er meerdere zorgaanbieders, locaties en/of leveringsvormen die een cliënt passende zorg kunnen bieden. Dat betekent dat cliënten ook op zoek kunnen gaan -waar nodig geholpen door het zorgkantoor en/of een onafhankelijk cliëntondersteuner- naar het zorgaanbod waarbij de grootste overlap bestaat met hun wensen en noden. Hierbij is het van belang dat er voldoende keuze-informatie over het zorgaanbod en 'etalage informatie' (wat kunnen zorgaanbieders bieden, voor wie, et cetera) beschikbaar is.

In het gesprek tussen cliënt en zorgaanbieder kan de zorg zoveel mogelijk 'op maat worden gemaakt'. Voor een aanzienlijk deel van de cliënten zullen eventuele aanpassingen relatief klein zijn (maar voor een cliënt erg belangrijk). Het is goed om wel oog te houden voor veranderende zorgbehoefte en voorkeuren van cliënten die al in zorg zijn.

**Figuur 2. Het best passend aanbod kiezen**

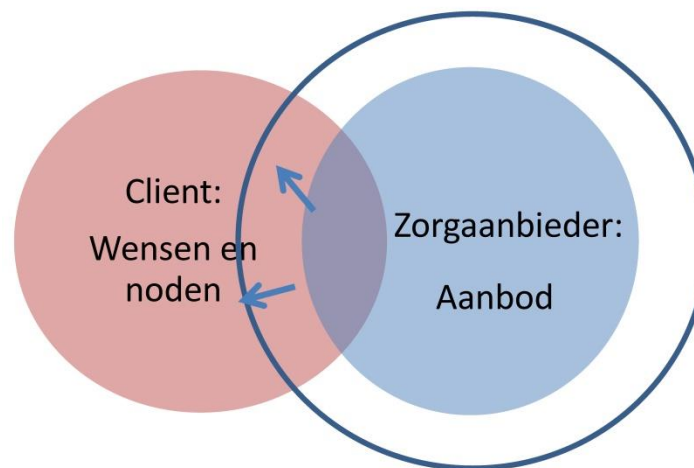


Voor cliënten met een complexe zorgvraag is het aanbod soms zo beperkt dat van een echte keuze tussen zorgaanbieders geen sprake is. Passende zorg betekent in de praktijk soms dat de zorg grotendeels individueel moet worden ingevuld. Zorgaanbieders en zorgkantoren spelen hier beiden een rol in. Er bestaan verschillende regionale tafels waarbij oplossingen worden gezocht voor (complexe) casuïstiek en/of situaties waarin fricties zijn geconstateerd en acties nodig zijn om passende zorg te waarborgen.

Een zorgaanbieder kan het zorgaanbod uitbreiden zodat dit bij meer cliënten aan de wensen en noden tegemoet komt.

Bij uitbreiding van het zorgaanbod spelen de zorgkantoren en zorgaanbieders een rol. Van zorgkantoren verwachten wij dat

**Figuur 3. Zorgaanbod uitbreiden (ook voor andere cliënten)**



zij inzicht hebben in de zorgbehoefte en voorkeuren van (toekomstige) cliënten(groepen) en in aansluiting daarop afspraken maken met voldoende zorgaanbieders die deze zorg kunnen leveren. Het is in dergelijke situaties van belang dat zorgaanbieders open zijn (ook richting het zorgkantoor) over knelpunten in het zorgaanbod.

Bovengenoemde drie ontwikkelingen kunnen parallel plaatsvinden. Tot slot vormt de beschikbare capaciteit een grens aan de mogelijkheid om passende zorg te vinden. Deze dynamische definitie levert geen 'afvinklijstje' op om te bepalen of cliënten passende zorg krijgen. In de ogen van de NZa biedt de definitie wel bruikbare aangrijpingspunten om zo goed mogelijk te waarborgen dat cliënten zorg krijgen, die binnen wat mogelijk is (of mogelijk kan worden gemaakt), het best past bij hun behoeften en wensen.

### Cliëntondersteuning pgb door zorgkantoren

Cliënten met een Wlz-indicatie kunnen hun zorg zelf inkopen met een pgb. Het zorgkantoor moet hen informeren over de mogelijkheden, rechten en plichten die horen bij het pgb. In het bewust-keuzegesprek geeft het zorgkantoor informatie over wat er bij een pgb komt kijken en wat daarbij van de cliënt wordt verwacht. Daarbij beoordeelt het zorgkantoor of de cliënt kan voldoen aan de verplichtingen die het pgb met zich meebrengt. Het zorgkantoor voert huisbezoeken uit om te zien en te horen of de budgethouder tevreden is over de zorg die met het pgb is ingekocht.

Iedere twee jaar voert een onderzoeksbureau namens de zorgkantoren onafhankelijke cliëntenraadpleging uit onder budgethouders (zie ook grafiek 2, bijlage 2). De uitkomsten van deze cliëntenraadpleging laten zien hoe de budgethouders de cliëntondersteuning van de zorgkantoren waarderen. De zorgkantoren gebruiken deze uitkomsten om hun cliëntondersteuning aan budgethouders te verbeteren.

Uit de cliëntenraadpleging 2018 blijkt dat de budgethouders de cliëntondersteuning van de zorgkantoren met een ruime voldoende waarderen (gemiddeld 7,7; zie ook tabel 2). De zorgkantoren hebben zich de laatste jaren ingezet om de cliëntondersteuning aan cliënten met een (voorkeur voor een) pgb te verbeteren. Tabel 2 laat zien dat alle zorgkantoren er goed in zijn geslaagd om hun cliëntondersteuning te verbeteren.

De doorlooptijd van de pgb-aanvraag verschilt sterk per zorgkantoor (zie figuur 4). Menzis heeft dit proces het beste op orde: in 2018 is bij 52% van de cliënten de aanvraag binnen 28 dagen afgehandeld, terwijl het bij 13% van de cliënten langer duurde dan 60 dagen. Bij Salland duurde de afhandeling van de pgb-aanvraag in 2018 bij ongeveer de helft van de cliënten (49%) langer dan 60 dagen; bij slechts 24% van de cliënten is de aanvraag binnen 28 dagen afgehandeld.

De doorlooptijd van de afhandeling van een pgb-aanvraag betreft het aantal kalenderdagen vanaf de datum van de pgb-aanvraag van een nieuwe budgethouder tot aan de datum van de afgifte van de verleningsbeschikking pgb door het zorgkantoor. Het afhandelen van een pgb-aanvraag is een gezamenlijke inspanning van het zorgkantoor en de budgethouder. De weergegeven doorlooptijden zijn mede afhankelijk van de tijd die de cliënt neemt om formulieren in te vullen en te reageren. Op die fase heeft het zorgkantoor weinig invloed.

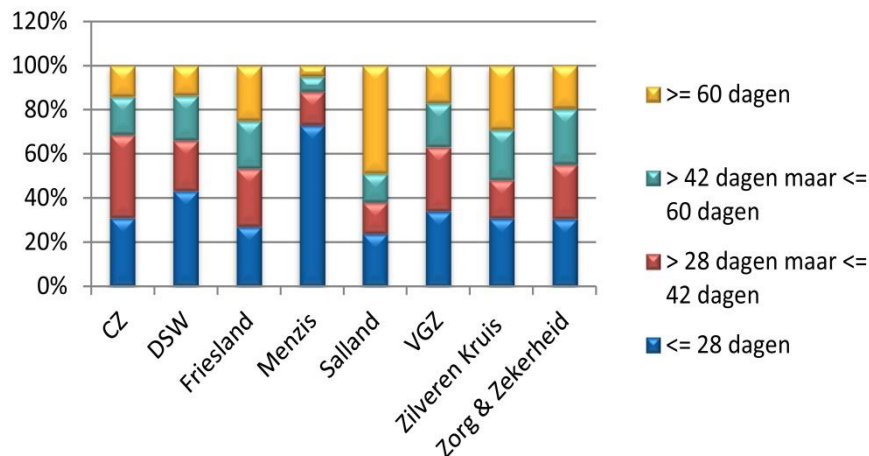
**Tabel 2. Gemiddelde scores per categorie van cliëntenraadpleging pgb 2018**

|                      | Afwikkeling<br>administratieve<br>processen | Informatie-<br>voorziening en<br>bereikbaarheid | Kwaliteit<br>medewerkers<br>zorgkantoor | Oordeel<br>dienstverlening<br>en uitvoering |
|----------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| CZ                   | 8,1 (5,3%)                                  | 7,6 (7,2%)                                      | 8,1 (10,2%)                             | 7,8 (9,1%)                                  |
| DSW                  | 7,7 (-2,7%)                                 | 7,6 (4,2%)                                      | 8,0 (1,3%)                              | 7,8 (2,0%)                                  |
| Friesland            | 7,7 (2,0%)                                  | 7,6 (5,5%)                                      | 8,1 (3,2%)                              | 7,7 (4,1%)                                  |
| Menzis               | 8,1 (6,8%)                                  | 7,6 (8,8%)                                      | 7,7 (2,8%)                              | 7,7 (4,9%)                                  |
| Salland              | 7,8 (2,6%)                                  | 7,6 (6,4%)                                      | 7,8 (1,4%)                              | 7,6 (3,4%)                                  |
| VGZ                  | 8,2 (10,7%)                                 | 7,5 (15,7%)                                     | 7,7 (14,2%)                             | 7,6 (11,0%)                                 |
| Zilveren<br>Kruis    | 7,4 (-6,3%)                                 | 7,1 (7,6%)                                      | 7,4 (5,3%)                              | 7,5 (8,7%)                                  |
| Zorg en<br>Zekerheid | 7,6 (3,2%)                                  | 7,2 (7,1%)                                      | 7,6 (10,8%)                             | 7,4 (5,0%)                                  |

Bron: uitvoeringsverslagen Wlz-uitvoerders

Legenda: groen = procentuele verbetering score in 2018 t.o.v. 2016;  
rood = procentuele achteruitgang score in 2018 t.o.v. 2016

**Figuur 4. Doorlooptijden van pgb-aanvragen per zorgkantoor**



### Crisis zorg

Zorgkantoren wijzen erop dat cliënten steeds vaker vanuit een crisissituatie moeten worden opgenomen. Opname van deze cliënten is acuut nodig omdat het thuis niet meer gaat, vanwege een verslechtering in de gezondheidstoestand van de cliënt of door overbelasting van de mantelzorg. Zorgkantoren moeten waarborgen dat deze cliënten in crisis tijdig passende zorg krijgen. Partijen in de zorg hebben samen gedefinieerd wat 'tijdig' is: binnen 24 uur in de verpleeghuiszorg en binnen 48 uur in de gehandicaptenzorg. Voor de uitkomsten van tijdige realisatie van spoedzorg door zorgkantoren, zie ook grafiek 10, bijlage 2.

Zorgkantoren en zorgaanbieders benoemen verschillende knelpunten en aandachtspunten met betrekking tot instroom in de Wlz en crisissituaties. Deze lichten we hieronder toe.

Er zijn diverse prikkels, zoals bijvoorbeeld het moeten betalen van een eigen bijdrage in de Wlz, waardoor cliënten het zo lang mogelijk uitstellen om een Wlz-indicatie aan te vragen. Cliënten die met spoed moeten worden opgenomen, beschikken mede daarom regelmatig niet over een Wlz-indicatie. Ook kan voor de zorgaanbieder onduidelijk zijn of een cliënt over een Wlz-indicatie beschikt of niet, of welke zorg nodig is voor de korte of de langere termijn.

Er zijn aanwijzingen dat verwijzers of zorgaanbieders er om verschillende redenen eerder voor kiezen om cliënten zonder Wlz-indicatie op te nemen binnen het eerstelijns verblijf (ELV, geregeld vanuit de Zvw), dan op een Wlz-crisisplek. Het risico bestaat daardoor dat deze cliënten geen passende zorg ontvangen. Dit leidt ook tot een zwaar beroep op de crisiszorg en financiering binnen het Zvw-domein, waar dit eigenlijk past binnen hetgeen geregeld is vanuit de Wlz. Zorgkantoren hebben geen zicht op de mensen zonder Wlz-indicatie, waardoor zij minder goed kunnen waarborgen dat er voldoende Wlz-crisis zorg beschikbaar is en iedereen die daarop is aangewezen, passende Wlz (crisis) zorg krijgt.

Zorgkantoren geven aan dat er te weinig (passende) verpleeghuisplaatsen beschikbaar zijn en dat er sprake is van toenemende wachtlijsten en wachttijden voor verpleeghuiszorg. Voor een deel van de mensen op de wachtlijst is het uiteindelijk niet verantwoord nog langer te wachten op een passende plek, waardoor deze personen in crisis worden opgenomen. Het tekort aan verpleeghuisplaatsen leidt ook tot doorstroom-problemen vanuit de Wlz-crisisplekken. Cliënten op een Wlz-crisisplek moeten binnen veertien dagen uitstromen naar een reguliere verpleeghuisplek. Door het tekort aan verpleeghuisplaatsen kunnen cliënten niet doorstromen. Cliënten blijven hierdoor onnodig lang op een crisisplek, waardoor er weer minder crisisplaatsen beschikbaar zijn.

Ook signaleren zorgkantoren dat mensen die vanuit een crisissplek doorstromen naar een reguliere verpleeghuisplek, voorrang krijgen boven mensen die op de wachtlijst staan. De wachtlijsten nemen hierdoor toe en mensen moeten langer wachten op een beschikbare verpleeghuisplek, wat het risico dat iemand in crisis wordt opgenomen weer vergroot. Zorgkantoren signaleren verder dat niet alle cliënten die worden aangemeld voor crisiszorg, ook daadwerkelijk met spoed blijken te moeten worden opgenomen. Crisisopnames worden dan mogelijk gebruikt om de wachtlijsten te omzeilen.

Wij signaleren dat de toegang tot Wlz-zorg voor mensen in een crisissituatie onder druk staat door eerder genoemde knelpunten. Wij vinden het belangrijk dat mensen in een crisissituatie tijdig toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben en dat deze zorg passend is bij hun zorgbehoefte van dat moment. De NZa en de zorgkantoren zetten zich de komende periode in om knelpunten, oorzaken en mogelijke oplossingen nader te onderzoeken. Daarnaast werken wij samen met de zorgkantoren aan het verbeteren van processen, zodat betrouwbaar gemeten kan worden of cliënten in crisis tijdig passende zorg ontvangen.

### **Experiment integraal budget pgb**

Een aantal mensen en gezinnen in Nederland heeft een complexe zorg-, hulp- en/of ondersteuningsvraag. Vaak hebben zij meerdere vormen van zorg of ondersteuning nodig. Zij hebben daardoor te maken met veel verschillende zorgverleners en indicatiestellers, en financieringsvormen uit verschillende wetten. Dit zorgt voor veel onduidelijkheid bij mensen en/of gezinnen en zij ervaren dit als een grote (administratieve) belasting.

Op 1 oktober 2019 is het experiment Integraal budget gestart. Dit is het vervolg op het experiment Integraal pgb dat in de periode 2016-2017 is uitgevoerd. Het experiment integraal budget heeft als doel om te experimenteren met vormen van

integrale, levensbrede vormen van zorg- en ondersteuning bedoeld voor mensen en/of gezinnen met een meervoudige hulp- en ondersteuningsvraag.

De NZa beschouwt het experiment integraal budget als een waardevol domeinoverstijgend instrument om veel gehoorde knelpunten voor budgethouders en/of gezinnen weg te nemen en daarmee zowel de zorg in natura als het pgb toegankelijker te maken voor de mensen die deze zorg nodig hebben. De NZa zal de komende drie jaar met interesse de ontwikkelingen en uitkomsten van het experiment volgen.

De NZa heeft in het experiment geen toezichthoudende rol (Besluit experiment integraal pgb 2019). De betrokken uitvoeringsorganisaties hoeven zich tijdens het experiment niet te verantwoorden over de uitvoering van hun werkzaamheden en/of de besteding van de pgb-gelden. De NZa gaat graag met betrokken partijen in overleg hoe de verantwoording kan worden vormgegeven na afronding van het experiment. Het experiment vraagt om een vorm van 'anders verantwoorden'; de huidige manier van verantwoorden is niet toereikend, omdat deze uitgaat van verantwoording van de middelen per domein.

### **Vroegsignalering discontinuïteit zorg**

Het zorglandschap is aan het veranderen. We zien een toename van het verlenen van zorg dichterbij mensen thuis als dat kan, dan wel verder weg als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet. Dit kan consequenties hebben voor de infrastructuur en continuïteit van zorgaanbieders en daarmee mogelijk op de continuïteit van zorg. Zorgkantoren hebben hier een belangrijke taak, vanwege hun verantwoordelijkheid in het kader van de zorgplicht.

Naar aanleiding hiervan is de NZa bezig met het ontwikkelen van een nieuwe toezichtaanpak die gericht is op twee pijlers:

- Het vergroten van de eigen kennis- en informatiepositie over de financiële situatie van zorgaanbieders. Zo kunnen we vanuit een goede informatiepositie kritisch monitoren of partijen hun verantwoordelijkheid nemen;
- Eerder geïnformeerd worden door zorgkantoren over mogelijke risico's ten aanzien van de continuïteit van zorg en hierbij de samenwerking zoeken om voor de cliënt tot een zo goed mogelijke oplossing te komen met zorgverzekeraars en zorgkantoren.

### **Complexe juridische structuren van zorgaanbieders**

De afgelopen maanden ontvangt de NZa verschillende signalen waaruit blijkt dat complexe juridische constructies van zorgaanbieders een toenemend risico vormen voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze signalen ontvangen wij ook over zorgaanbieders die zorg leveren vanuit de Wlz. De NZa vraagt hier in samenwerking met partners, zoals de IGJ, al langer aandacht voor. De NZa voert daarom een marktonderzoek uit om het fenomeen van complexe constructies en de bijbehorende risico's breder in kaart te brengen. Dit onderzoek wordt begin 2020 afgerond. We zullen ZN benaderen om de resultaten van dit marktonderzoek te bespreken.

### **Samenvattend overzicht van verwachtingen**

Van zorgkantoren verwachten wij dat zij:

- Voldoende inzicht hebben in de situatie van de cliënt om te weten of deze verantwoord wacht en in te grijpen als de situatie onverantwoord is.
- Zich maximaal inspannen om de langdurige zorg zo toegankelijk mogelijk te maken door:
  - Cliënten te informeren over hun keuzemogelijkheden, rechten en plichten binnen de zorg in de Wlz en hen te ondersteunen.
  - Cliënten te bemiddelen naar de juiste, passende plek met zo kort mogelijke wachttijd. Hiervoor is inzicht in en een integrale aanpak van vraag en aanbod nodig.
  - Cliënten bij te staan als ze met wachttijd geconfronteerd worden.
  - Te monitoren dat zorgaanbieders hun rol bij de bemiddeling goed invullen.
- Inzicht hebben in ontwikkelingen van de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio.
- Inzicht hebben in de zorgbehoefte en voorkeuren van (toekomstige) cliënten(groepen) en in aansluiting daarop afspraken maken met voldoende zorgaanbieders die deze zorg kunnen leveren.



## 4. Zorguitgaven

# 4. Zorguitgaven

Zorgkantoren zijn in de geldstroom voor de langdurige zorg de schakel tussen de verschillende partijen. Zorgaanbieders krijgen de zorg die zij bieden vergoed uit het fonds langdurige zorg. Zij declareren de kosten bij de zorgkantoren. Het CAK voert de daadwerkelijke betalingen uit. Het Zorginstituut beheert het fonds langdurige zorg. Als een cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget is de SVB de betaalinstantie.

## Leeswijzer hoofdstuk 4

Dit hoofdstuk begint met de uitkomsten van het onderzoek naar financiële rechtmatigheid 2018, de rechtmatigheid van de zorgkosten en de rechtmatigheid van de beheerskosten. Hierna gaan wij in op een aantal belangrijke onderwerpen die afgelopen jaar de rechtmatigheid van de zorgkosten hebben geraakt: onafhankelijke cliëntondersteuning voor cliënten zonder Wlz-indicatie, ontwikkelingen, pgb problematiek rondom het trekkingsrecht, maximum tarieven pgb en openstaande vorderingen pgb.

Zorgkantoren moeten bewaken dat de zorguitgaven uit het fonds rechtmatig zijn. Zij leggen jaarlijks verantwoording af over deze uitgaven in het financieel verslag. De accountants van de Wlz-uitvoerders controleren op de getrouwe weergave van deze cijfers. Ook controleren zij of de gerapporteerde cijfers aan de vereisten van rechtmatigheid voldoen. De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren en stelt vast of de zorgkantoren hun taken goed uitvoeren.

## Financiële rechtmatigheid 2018

De zorgkantoren rapporteren € 21,2 miljard aan zorguitgaven voor de langdurige zorg in 2018 (2017: € 19,8 miljard). Dit bedrag is inclusief eventuele correcties op voorgaande jaren en exclusief subsidies. Dit bedrag is daarom lager dan het totaal van de zorguitgaven in de individuele verantwoordingen van de Wlz-uitvoerders. Het aandeel zorg in natura was in 2018 € 19,3 miljard (2017: € 18,1 miljard). Het aandeel persoonsgebonden budget bedroeg € 1,9 miljard (2017: € 1,7 miljard).

Naast deze zorguitgaven heeft Zilveren Kruis in 2018 € 117 duizend aan kosten gerapporteerd voor het experiment 'integraal pgb'. De NZa houdt geen toezicht op deze kosten. Financiële rechtmatigheid betekent dat de zorguitgaven in overeenstemming met wet- en regelgeving tot stand komen. Wij constateren dat de zorgkantoren over de zorguitgaven fouten en onzekerheden rapporteren. Daarnaast komen er aanvullende fouten en onzekerheden uit ons onderzoek financiële rechtmatigheid 2018. In bijlage 1 geven wij de gerapporteerde en de aanvullende fouten en onzekerheden weer. Omdat fouten kunnen ontstaan door het niet formeel voldoen aan regelgeving, is het mogelijk dat zorguitgaven zowel fout als onzeker zijn. Hierdoor is het totaal van de fouten en onzekerheden van de pgb-schaden méér dan het totaal dat is verantwoord door de zorgkantoren. Pgb-schaden zijn de kosten van zorgverleners voor geleverde pgb-zorg.

## Rechtmatigheid van de zorgkosten

In 2018 spelen er een aantal landelijke onzekerheden en onrechtmatigheden. Het grootste probleem heeft betrekking op het vaststellen van de feitelijke levering van de pgb-zorg.

Daarnaast is sprake van formele onrechtmatigheden bij het betalen van pgb-declaraties. Ook spelen er problemen bij mondzorgdeclaraties en specifieke cliënten met een (sg)lv-indicatie. Wij hebben deze problematiek in detail beschreven in bijlage 3. In de hierna volgende paragrafen gaan wij nader in op de belangrijkste problemen en ontwikkelingen.

Deze problematiek heeft gevolgen gehad voor de controleverklaring van de accountants over de financiële rechtmatigheid van de bestedingen uit het fonds door de zorgkantoren. De accountants van de zorgkantoren hebben hierdoor bij het financieel verslag 2018 van de zorgkantoren geen goedkeurende verklaring afgegeven. Voor de Wlz-uitvoerders a.s.r. en ONVZ spelen deze fouten en onzekerheden niet omdat zij geen zorgkantoorfunctie hebben.

Wij hebben de specifieke bevindingen per Wlz-uitvoerder aan de betreffende Wlz-uitvoerder teruggekoppeld. Verder zijn de individuele rapportages Uitvoering Wet langdurige zorg 2018/2019 met de financiële gegevens als bijlage bij dit rapport gevoegd.

Net als voorgaande jaren kan de NZa op basis van de gegeven informatie de rechtmatigheid van de pgb-uitgaven niet vaststellen. Naar verwachting zal dit ook voor 2019 het geval zijn.

### **Rechtmatigheid van de beheerskosten**

De Wlz-uitvoerders ontvangen voor de uitvoering van hun taken een budget voor beheerskosten. De Wlz-uitvoerders rapporteerden over 2018 € 162 miljoen (2017: € 148 miljoen) aan beheerskosten. De Wlz-uitvoerders rapporteren geen fouten en onzekerheden met betrekking tot de beheerskosten. Uit ons financieel rechtmatigheidsonderzoek concluderen wij een aanvullende bevinding van € 2 duizend negatief. Wij hebben deze bedragen opgenomen in het overzicht in bijlage 1.

Naast de bevindingen bij de Wlz-uitvoerder hebben wij een onrechtmatigheid geconstateerd ten aanzien van onafhankelijke cliëntondersteuning voor

cliënten zonder geldige Wlz-indicatie. In onderstaande paragraaf lichten wij de problematiek en de gekozen oplossingsrichting toe.

### **Onafhankelijke cliëntondersteuning voor cliënten zonder geldige Wlz-indicatie**

Het experiment 'persoonsvolgende bekostiging' bood onder andere ruimte om mensen zonder een Wlz-indicatie onafhankelijke ondersteuning te geven. Deze ondersteuning helpt cliënten om de overgang naar de Wlz eenvoudiger te maken. Wij zien het bieden van deze ondersteuning als een goede mogelijkheid om toekomstige cliënten sneller op de juiste plek te kunnen helpen. Daarom hebben wij deze cliëntondersteuning mogelijk gemaakt binnen het experiment. CZ en Zilveren Kruis hebben deze onafhankelijke cliëntondersteuning in de regio's Noord-Limburg en Rotterdam aangeboden. Hiervoor hebben de zorgkantoren € 200 duizend aan beheerskosten gerapporteerd.

De Wlz staat niet toe dat er kosten voor cliëntondersteuning worden gemaakt voor cliënten zonder een geldige Wlz-indicatie. De NZa kan via een experiment afwijken van haar eigen beleidsregels. De NZa heeft geen bevoegdheid om af te wijken van de bepalingen van de Wlz. Omdat deze vorm van cliëntondersteuning afwijkt van wat de Wlz toestaat blijven deze kosten ondanks de toewijzing van een NZa-experiment onrechtmatig.

De zorgkantoren hebben binnen de grenzen van ons experiment gehandeld. Daarmee mogen zij er vanuit gaan dat de kosten voor de onafhankelijke cliëntondersteuning rechtmatig zijn. Wij hebben deze onrechtmatigheid daarom niet bij de zorgkantoren opgenomen. Om toch transparant te rapporteren over de onrechtmatigheden in de kosten over 2018 nemen wij de verantwoordelijkheid voor deze onrechtmatigheid. De onrechtmatigheid bedraagt 200 duizend. Wij hebben deze toegevoegd aan de tabel in bijlage 1.

### **Betaalbaarstelling onrechtmatigheid onafhankelijke cliëntondersteuning**

Het Zorginstituut mag onrechtmatige kosten in beginsel niet vergoeden uit het fonds langdurige zorg. De NZa heeft de bevoegdheid om onrechtmatige kosten voor de uitvoering van de Wlz toch betaalbaar te stellen uit het fonds. Deze bevoegdheid ligt vast in de Wet financiering sociale verzekeringen artikel 91.

Om onrechtmatige beheerskosten betaalbaar te stellen voeren wij onderzoek uit. In de beoordeling van deze kwesties is het relevant dat het een incidentele, en tijdelijke situatie betreft. Als een probleem langdurig is vinden wij het niet gepast om dit via onze bevoegdheid toch uit het fonds te vergoeden. Wij zouden dan voorbij gaan aan het democratische proces van totstandkoming van wet- en regelgeving.

Op basis van deze overwegingen vinden wij dat de uitgaven waardevol zijn voor de uitvoering van de Wlz. Wij geven daarom onze goedkeuring om deze kosten, ondanks het onrechtmatige karakter, ten laste van het Fonds langdurige zorg te brengen.

### **Ontwikkelingen**

In 2018 zien wij meerdere ontwikkelingen die de zorguitgaven van de zorgkantoren beïnvloeden. Zo is er de verantwoordingsproblematiek rondom de kwaliteitsgelden. Dit hebben wij in het kader hieronder beschreven. Ook zijn er ontwikkelingen ten aanzien van het budgethoudersportaal (pgb 2.0). Deze hebben we toegelicht in paragraaf 1.3 van bijlage 3. We zien hier veel goede ontwikkelingen voor de cliënt. Ook biedt het budgethoudersportaal meer mogelijkheden om de rechtmatigheid van de pgb-uitgaven te waarborgen. Wij hebben deze ontwikkeling beschreven in paragraaf 1.4 van bijlage 3.

Tot slot zien wij dat zorgkantoren en zorgverzekeraars beter in staat zijn om samenloop tussen de Zvw en Wlz tegen te gaan.

Dit zijn situaties waarin bepaalde leveranciers ten onrechte zorg ten laste van de Zvw brengen omdat dit al onderdeel is van het verzekerde pakket van de Wlz-client. Dit heeft in 2018 en 2019 geleid tot problemen in de vergoeding van hulpmiddelenleveranciers en apothekers. Deze problemen, en de gekozen oplossingsrichting hebben wij opgenomen in paragraaf 1.6 van bijlage 3.



## **Dilemma: Verantwoording kwaliteitskader verpleeghuiszorg**

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is in januari 2017 vastgesteld. Dit kader heeft als doel de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Vanuit de wens om zicht te houden op de voortgang heeft het ministerie gekozen voor een aparte financieringsstroom vanaf 2019. De verantwoording van dit kwaliteitskader moet helpen bij het leren en verbeteren van zorgaanbieders.

Bij de reguliere verantwoording van zorg controleert een accountant de zorguitgaven van een zorgaanbieder. Om de administratieve lasten beperkt te houden ontbreekt een soortgelijke controle van een accountant bij de kwaliteitsgelden. Zorgkantoren gaven aan dat zij door het ontbreken van een accountantscontrole niet genoeg zekerheid konden krijgen bij de kosten voor het kwaliteitskader. Dit zou leiden tot een onzekerheid in het fonds van € 600 miljoen in 2019.

Wij vinden het belangrijk dat de uitgaven voor het kwaliteitskader bijdragen aan het verbeteren van de zorg. Een goede controle op de uitgaven door het zorgkantoor staat voor ons centraal. Wij zijn in gesprek gegaan met onder andere de zorgkantoren en VWS om het belang van een goede controle te benadrukken.

De zorgkantoren verrichten al veel werk om het doel waarvoor het kwaliteitskader is bedoeld te bereiken. Wij hebben bij de zorgkantoren aangegeven welke werkzaamheden wij minimaal verwachten. Deze werkzaamheden geven genoeg zekerheid dat de kosten voor het kwaliteitskader besteed zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Wij zullen onze regelgeving verder invullen om de zorgkantoren de zekerheid te geven dat wanneer zij deze werkzaamheden uitvoeren, de kosten rechtmatig zijn.

## **Pgb: Invoering trekkingsrecht en SVB**

In 2015 is het trekkingsrecht ingevoerd. Dit houdt in dat budgethouders declaraties indienen bij de SVB. De SVB vergoedt deze zorgkosten vervolgens aan de zorgaanbieder. Door het trekkingsrecht hebben de onzekerheden en onjuistheden bij de SVB hun doorwerking in de rechtmatigheid van de pgb-schadelast van de zorgkantoren. De auditdienst van de SVB constateerde dat een deel van de pgb-betalingen in 2018 niet aan de wettelijke vereisten voldoet. Dit leidt tot een onrechtmatigheid van € 365,0 miljoen.

De ketenpartijen werken al jaren aan oplossingen voor de pgb problematiek. Eén van de belangrijkste onderdelen van een verbeterd pgb-stelsel is het nieuwe budgethoudersportaal en een bijbehorend 'control framework' voor het pgb. De controles in dit framework zijn de basis voor de rechtmatigheidscontroles. De zorgkantoren kunnen door het budgethoudersportaal zelf controles uitvoeren ten aanzien van de wettelijke vereisten op betalingen uitvoeren. In 2018 heeft alleen DSW declaraties via het budgethoudersportaal verwerkt. Wij hebben verdere details van de formele onrechtmatigheden in het pgb-Wlz opgenomen in bijlage 3.

De NZa benadrukt dat het belangrijk is dat alle zorgkantoren zo snel mogelijk overgaan op het budgethoudersportaal. Ook verwachten wij dat de zorgkantoren zorg dragen voor het zo snel mogelijk oplossen van de onrechtmatigheden. Om de formele onrechtmatigheden in de pgb-Wlz binnen afzienbare termijn op te lossen vragen wij de zorgkantoren om een plan van aanpak op te stellen. In dit plan neemt het zorgkantoor op hoe zij er zorg voor draagt dat zowel bestaande als nieuwe zorgovereenkomsten aan de wettelijke vereisten gaan voldoen.

Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij de formele onrechtmatigheden binnen twee jaar<sup>1</sup> na overgang op het

---

<sup>1</sup> *Zilveren Kruis heeft aangegeven de termijn van twee jaar niet realistisch te vinden. Zilveren Kruis vindt een termijn van drie jaar meer passend gezien de complexiteit van de dossiers en de belasting voor de budgethouders. Gezien het belang dat de NZa hieraan hecht blijven wij bij ons standpunt dat twee jaar een geschikte termijn is.*

budgethoudersportaal volledig hebben teruggedrongen. Wij zien graag dat er jaarlijks concrete doelen worden gesteld. Wij kunnen vervolgens toezicht houden op de inzet van het zorgkantoor om deze doelen te bereiken.

Wij gaan graag in gesprek met de betrokken partijen over het oplossen van de formele onrechtmatigheden.

### **Pgb: Feitelijke levering**

Zorgkantoren geven aan onvoldoende mogelijkheden te hebben om vast te stellen of de pgb-zorg feitelijk geleverd is, waardoor de zorgkantoren ten aanzien hiervan een onzekerheid hebben gerapporteerd in hun financiële verslagen.

Naar de mening van de NZa heeft zowel budgethouder als zorgkantoor een rol en verantwoordelijkheid om vast te stellen dat de pgb-zorg feitelijk geleverd is. Met het indienen van de declaratie geeft de budgethouder indirect aan dat hij/zij de zorg daadwerkelijk heeft ontvangen en dit de zorg was die hij/zij nodig heeft. De zorgkantoren kunnen uitgaan van de pgb-vaardigheid en bekwaamheid van de budgethouder, mits zij deze niet alleen bij toekenning maar ook gedurende de looptijd van het pgb vaststelt. Dit houdt in dat de zorgkantoren erop mogen vertrouwen dat de declaraties van de budgethouder rechtmatig zijn en zij de SVB kunnen verzoeken om de declaratie van de budgethouder uit te betalen, mits er geen (andere) contra-indicaties zijn. Wij verwachten van zorgkantoren dat zij hun processen zodanig inrichten en uitvoeren dat zij continu de pgb-vaardigheid en bekwaamheid van de budgethouder (kunnen) vaststellen en (andere) contra-indicaties tijdig en adequaat signaleren, adresseren en oppakken. Over de invulling van deze processen zijn wij in gesprek met de zorgkantoren en VWS.

De komst van het nieuwe budgethoudersportaal biedt nieuwe mogelijkheden voor zorgkantoren om aan de slag te gaan met de feitelijke levering van de pgb-zorg. Het budgethoudersportaal geeft zorgkantoren toegang tot de pgb-declaraties en de onderliggende facturen. Naast de mogelijkheid om systeem-

controles in te richten, biedt dit zorgkantoren ook de mogelijkheid om data-analyse uit te voeren om nieuwe signalen te genereren en bestaande signalen te verrijken. Dit alles met als doel om onterecht gedeclareerde zorg te identificeren en daar waar nodig aan te pakken. Zorgkantoren, het Accountancy Platform Zorg, VWS en de NZa voeren overleg over de wijze waarop de zorgkantoren deze taak kunnen uitvoeren.

### **Pgb: Maximum tarieven**

Het pgb is een goed instrument voor Wlz-cliënten om voor zichzelf zorg op maat te realiseren en regie te houden over het eigen leven. Deze regie houdt onder meer in dat budgethouders zelf overeenkomsten moeten sluiten met zorgverleners over de zorg die geboden wordt. Hierin maken zij ook afspraken over de tarieven die de zorgverlener ontvangt voor de geleverde zorg.

VWS stelt tarieven voor het pgb-Wlz vast. Het gaat daarbij om maximumtarieven, dat wil zeggen om tarieven die maximaal door de budgethouder aan een zorgverlener mogen worden vergoed. Deze tarieven geven de bovengrens aan van wat nog een rechtmatige en kostendeekkende vergoeding is voor de geleverde zorg.

Uit cijfers van de SVB blijkt dat er op dit moment 1.370 actieve Wlz-zorgovereenkomsten (= 1,15% van totaal) zijn waarbij het afgesproken tarief hoger ligt dan het maximumtarief. Budgethouders dragen het verschil tussen het afgesproken tarief en het maximumtarief middels een vrijwillige storting bij alvorens de declaratie kan worden uitbetaald.

Ten aanzien van deze praktijk staan wij op het standpunt dat tariefafspraken boven de maximumtarieven in zorgovereenkomsten voor het pgb onrechtmatig zijn. Daarnaast achten wij het vrijwillig storten boven de maximumtarieven onwenselijk, omdat dit de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het pgb aantast en de solidariteit van

het zorgstelsel ondermijnt. VWS ziet beleidsmatig en juridisch geen belemmeringen in het afspreken van een tarief boven het maximumtarief als het zorgkantoor het in het individuele geval van zo'n zorgovereenkomst goedkeurt en de budgethouder het meerdere bijstort bij het PGB budget dat bij de SVB staat. De NZa overlegt met VWS over hoe in de toekomst en met de inrichting van het budgethoudersportaal moet worden omgegaan met overschrijding van de maximumtarieven en vrijwillige storting(en).

### **Pgb: Openstaande vorderingen**

Eind 2018 hadden de zorgkantoren nog voor ruim € 98 miljoen aan openstaande pgb-vorderingen binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze vorderingen zijn ontstaan doordat budgethouders het pgb-budget niet altijd volledig benutten en dat het budget soms werd besteed aan niet-geïndiceerde zorg. In die situaties heeft het zorgkantoor een deel van het pgb-budget teruggevorderd bij de budgethouder. In veel gevallen hebben de zorgkantoren, door de hoogte van de vordering, betalingsregelingen met de budgethouder afgesproken.

Deze betalingsregelingen hebben een langdurig karakter en lopen vaak tot op de dag van vandaag.

Uit cijfers blijkt dat de openstaande AWBZ-vorderingen jaarlijks afnemen. De zorgkantoren geven echter wel aan dat deze vorderingen steeds moeilijker te innen zijn en dat de opbrengsten afnemen. Ook geven ze aan dat de opbrengsten lager worden dan de kosten om deze vorderingen te innen. Vorderingen waarbij de betaalcapaciteit van de (voormalig) budgethouder niet opweegt tegen de incassokosten, mogen volgens het Incasso- en controleprotocol pgb-AWBZ worden afgeboekt.

De zorgkantoren overleggen momenteel met VWS, het Zorginstituut en de NZa over de mogelijkheden om deze vorderingen collectief af te boeken. Het volledig en ineens

collectief afboeken van alle openstaande vorderingen zonder afweging van de uitgangspunten op individueel casusniveau past onzes inziens niet in het vigerende incassoprotocol. Het is niet aan de NZa om een werkwijze om generiek af te wijken van het incassoprotocol vooraf goed te keuren; de NZa ziet toe op de juiste toepassing van het incassoprotocol.

Op het moment dat er nieuw beleid wordt ontwikkeld, roept de NZa partijen op om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaand beleid waarbij vergelijkbare problematiek en uitdagingen spelen. Daarnaast roepen wij partijen op hierbij aandacht te hebben voor onder andere het maatschappelijk belang en de werking van het gelijkheidsbeginsel.

### **Samenvattend overzicht van verwachtingen**

Van zorgkantoren verwachten wij dat zij:

- De formele onrechtmatigheden binnen twee jaar na overgang op het budgethoudersportaal terugdringen. Wij zien graag dat er jaarlijks concrete doelen worden gesteld.
- Zorgovereenkomsten waarin tarieven boven de maximumtarieven zijn afgesproken, afkeuren en in die situaties het pgb niet toekennen. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij dit toepassen bij de toekenningsbesluiten voor 2020.
- Samen met VWS, het Zorginstituut en de NZa zoveel mogelijk aansluiten bij bestaand beleid over vergelijkbare problematiek en uitdagingen bij het maken van beleid voor openstaande vorderingen pgb uit de AWBZ en daarbij aandacht te hebben voor onder andere het maatschappelijk belang en de werking van het gelijkheidsbeginsel.

## **5. Organisatie van de zorgkantoren**

# 5. Organisatie van de zorgkantoren

De organisatie van de uitvoering van de Wlz door de zorgkantoren, bepaalt voor een belangrijk deel de mate waarin de zorg doelmatig en rechtmatig is en of de doelen van de Wlz worden gehaald. De NZa kijkt of de zorgkantoren functioneren zoals bedoeld.

## Leeswijzer hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk gaan wij in op de processen die wij dit jaar bij de zorgkantoren hebben gevolgd of beoordeeld. Daarna wordt de toetsing van eisen voor Wlz-uitvoerderschap besproken, en tot slot gaan wij kort in op de prestatie-indicatoren.

## Processen zorgkantoren

Dit jaar hebben wij naar aanleiding van signalen verschillende onderzoeken gedaan die de organisatie van de zorgkantoren raken. In het verlengde van voorgaand jaar, hebben wij gekeken naar het proces van zorgkantoren rond het aanleveren van cliëntgegevens aan het CAK voor de vaststelling van de eigen bijdrage. Daarnaast hebben wij gekeken naar de processen van zorgkantoren op het gebied van controles op de verantwoording die zorgaanbieders bij zorgkantoren indienen (nacalculatie-opgaven). Verder hebben wij gekeken naar de werkzaamheden en controles van het zorgkantoor met betrekking tot mondzorgdeclaraties.

## Aanlevering gegevens eigen bijdrage aan het CAK

Zorgkantoren leveren zorggegevens van (nieuwe) Wlz-cliënten aan het CAK. Het CAK gebruikt deze gegevens voor het vaststellen van de eigen bijdrage die een cliënt moet betalen voor de geleverde langdurige zorg door een zorgaanbieder. Dit is een belangrijk proces, waarbij de gevolgen voor een cliënt

groot kunnen zijn als dit niet goed verloopt. Het te laat of het doorgeven van verkeerde zorggegevens kan betekenen dat een cliënt achteraf, voor de eigen bijdrage, geconfronteerd wordt met hoge correctiefacturen. Ook is een goede uitvoering van dit proces van belang voor het betaalbaar houden van het zorgstelsel.

Bij enkele casussen is eind 2017/begin 2018 geconstateerd dat de eigen bijdrage verkeerd, te laat of niet was opgelegd. De NZa is gezamenlijk met de zorgkantoren, het CAK en VWS gestart met een traject om dit proces te verbeteren. Dit met als belangrijkste doel om ervoor te zorgen dat de benodigde zorggegevens tijdig, volledig en juist door het zorgkantoor worden aangeleverd aan het CAK en periodiek met elkaar worden vergeleken. Dit om te voorkomen dat cliënten achteraf geconfronteerd worden met een verkeerde of te laat opgelegde eigen bijdrage voor de geleverde langdurige zorg.

In 2018 en 2019 zijn er verbeteringen gerealiseerd. Deze zullen in de komende periode verder ontwikkeld, gemonitord en beoordeeld worden. Door zorgkantoren zijn er administratieve en geautomatiseerde waarborgen getroffen om het interne proces te verbeteren. Samen met het CAK is er gestart met het verbeteren van de gegevensuitwisseling. Hierover zijn uniforme afspraken gemaakt.

De termijnen waarbinnen de zorgkantoren gegevens aan het CAK moeten aanleveren en periodiek met elkaar moeten afstemmen is in 2019 verankerd in een ministeriële regeling (zie artikel 7.12 t/m 7.14 van de Regeling langdurige zorg). Op dit moment wordt verkend of het mogelijk is om het voldoen aan deze regeling te monitoren door kengetallen en prestatie-indicatoren. Ook zijn en worden er op dit moment

aanpassingen in wet- en regelgeving doorgevoerd. Dit onder andere om te regelen dat een cliënt niet geconfronteerd wordt met effecten van doorgegeven correcties van meer dan twaalf maanden als deze het gevolg zijn van ernstige tekortkomingen of vertragingen in de keten.

### Nacalculatie-opgaven

Zorgaanbieders verantwoordt de door hen geleverde Wlz-zorg via de nacalculatie-opgave. Wij hebben in 2019 een themaonderzoek uitgevoerd naar het proces van de zorgkantoren bij het goedkeuren, en ondertekenen, van deze nacalculatie-opgaven.

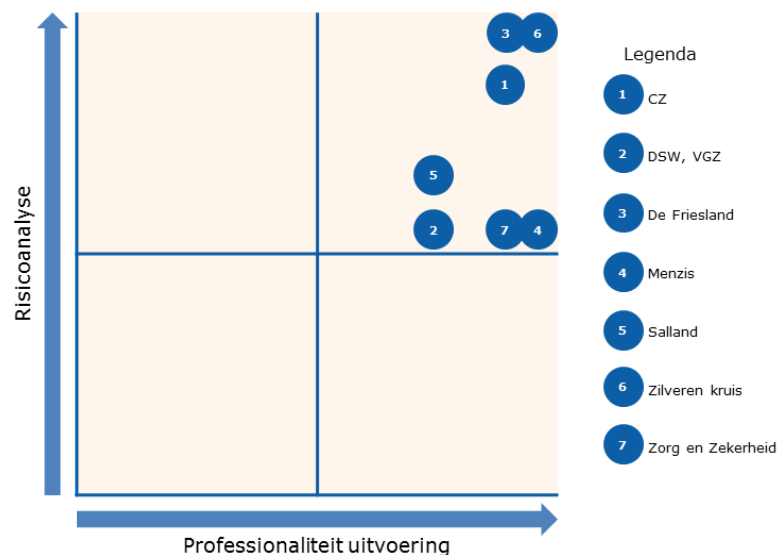
Wij zijn tevreden over de wijze waarop de zorgkantoren dit proces hebben ingericht. De zorgkantoren voldoen aan vrijwel alle minimale werkzaamheden. Wij hebben voor de meeste zorgkantoren één of meer verbeterpunten gedefinieerd om het proces verder te optimaliseren.

Uiteraard is er sprake van verschillen tussen de zorgkantoren. Deze verschillen zien wij zowel voor de kwaliteit van de uitvoering van het proces als de kwaliteit van de risicoanalyse. Een aantal zorgkantoren heeft een risicoanalyse opgesteld. Een goede risicoanalyse zorgt voor een effectieve en efficiënte uitvoering van het proces. Voor de overige zorgkantoren hebben wij op basis van gesprekken een goed beeld kunnen vormen van de risicogedachte die de basis voor het proces is. Wij hebben een beschrijving van de werkwijze van de acht zorgkantoren, en onze bevindingen toegelicht in de individuele rapporten.

Wij hebben hiernaast een figuur opgenomen die de verschillen kenmerkt ten tijde van ons themaonderzoek. Ingezet verbeteringen naar aanleiding van ons themaonderzoek zijn niet in dit oordeel meegenomen.

In figuur 5 maken wij onderscheid tussen risicoanalyse en professionaliteit uitvoering. De lijnen in het midden geven de grens aan waarboven een zorgkantoor in de ogen van de NZa voldoet aan de minimum verwachtingen.

**Figuur 5: Verschillen tussen zorgkantoren in risicoanalyse en uitvoering proces nacalculatie-opgaven van Wlz-zorgaanbieders**



Bron: NZa

Zorgkantoren die net boven de horizontale lijn staan hebben de risicoanalyse niet formeel vormgegeven. Uit het themaonderzoek is echter wel gebleken dat er een gedegen risicogedachte bij deze zorgkantoren ligt. De risicoanalyse van zorgkantoren die verder boven de horizontale lijn staan weergegeven hebben een formele risicoanalyse vormgegeven. De zorgkantoren die hoger in figuur 5 staan hebben in de ogen van de NZa een specifiekere en meer volledige risicoanalyse opgesteld.

Als een zorgkantoor links van de verticale lijn staat is de uitvoering niet voldoende professioneel. Dit is bij geen van de zorgkantoren het geval. Als een zorgkantoor rechts van de

verticale lijn staat is de uitvoering voldoende professioneel. De zorgkantoren die meer naar rechts in figuur 5 staan hebben de meest professionele uitvoering.

#### *Risicoanalyse*

Zoals in figuur 5 te zien is dat zowel Zilveren Kruis, Friesland als CZ een zeer goede risicoanalyse hebben opgesteld. In hun risicoanalyse is veel aandacht voor kans en impact van risico's. Dit toont aan dat het zorgkantoor een goed beeld heeft van de risico's in dit proces. De vastlegging van de risicoanalyse is goed onderbouwd.

#### *Professionaliteit uitvoering*

Zilveren Kruis en Menzis hebben de uitvoering van het proces het beste op orde. Beide zorgkantoren hebben de uitvoering van het proces zodanig ingericht dat wij geen verbeterpunten of aanvullende adviespunten voor deze zorgkantoren hebben. Zilveren Kruis stelt een totaalbestand op aan de hand van een export uit het NZa portaal. Hierdoor heeft het zorgkantoor beschikking over alle bedragen in de nacalculatie-opgave en over de beantwoording van de vragen in het formulier. Dit overzicht is volledig geautomatiseerd waardoor het zorgkantoor dit elk moment kan verversen met de actuele status. Door de basis van dit proces te automatiseren via een script verloopt het proces zeer efficiënt en worden eventuele invoerfouten voorkomen.

Menzis heeft gekozen voor een minder geautomatiseerde uitvoering en laat zien dat ook zonder deze automatisering het goed mogelijk is om de juiste werkzaamheden uit te voeren. Zo vraagt Menzis aanvullende informatie op bij zorgaanbieders om te controleren of alle afspraken zijn nageleefd. Dit doet zij omdat de afzonderlijke prestaties niet meer in de nacalculatie worden opgenomen. Dit laat zien dat Menzis in haar proces goed inspeelt op de gewijzigde situatie.

Wij adviseren de zorgkantoren om, eventueel in samenspraak met ZN, met elkaar in gesprek te gaan om het nacalculatieproces zo goed en efficiënt mogelijk in te richten.

#### *Mondzorgdeclaraties*

In 2017 is de systematiek van declareren van mondzorg voor cliënten met een zorgzwaartepakket (zzp) inclusief behandeling gewijzigd. Wij hebben in 2019 een Themaonderzoek uitgevoerd naar het proces van de zorgkantoren bij het controleren en goedkeuren van deze mondzorgdeclaraties.



Wij hebben in ons themaonderzoek vastgesteld dat Zilveren Kruis als enige zorgkantoor materiële controles bij de mondzorgspecialist uitgevoerd heeft. De meeste zorgkantoren worstelen met de manier van vaststellen van de feitelijke levering van mondzorg. Ook over het inrichten van deze controles bestaat veel onduidelijkheid. Meerdere zorgkantoren zijn bezig, of hebben stappen gezet, om data-analyses op te zetten als basis voor verdere werkzaamheden ten aanzien van feitelijke levering. Wij merken op dat de zorgkantoren over het algemeen goed met de controle op mondzorgdeclaraties aan de slag zijn gegaan. Een aantal zorgkantoren is inmiddels zover dat zij eind 2019 materiële controles kunnen gaan uitvoeren.

Zilveren Kruis heeft met behulp van data-analyse een mondzorgspecialist met een opvallende declaratiesystematiek geselecteerd. Zij heeft vervolgens bij deze mondzorgspecialist een materiële controle uitgevoerd. Zilveren Kruis geeft aan dat er sprake is van een declaratie- en betaalrelatie tussen de mondzorgspecialist en het zorgkantoor. Hierdoor is het zorgkantoor in staat een materiële controle uit te voeren zonder dat sprake is van een contractuele overeenkomst met de mondzorgspecialist.

Een ander voorbeeld van hoe een zorgkantoor data gebruikt bij de controles op mondzorg is DSW. DSW heeft declaratiedata geanalyseerd. Als gevolg hiervan heeft zij contact opgenomen met één mondzorgspecialist. Vervolgens hebben mondzorgspecialisten van het zorgkantoor onderliggende dossiers gecontroleerd. Uit deze controle concludeert het zorgkantoor dat ondanks dat de zorg feitelijk geleverd is, er vraagtekens kunnen worden gezet bij de doelmatigheid van preventieve handelingen. Als gevolg van haar onderzoek heeft DSW de mondzorgspecialist een machtigingsvereiste opgelegd. Concreet betekent dit dat voor bepaalde handelingen een machtiging ingediend moet worden bij het zorgkantoor. Een adviserend tandarts van het zorgkantoor beoordeelt deze machtiging inhoudelijk. Zonder machtiging komen deze handelingen niet in aanmerking voor vergoeding.

Alle zorgkantoren hebben de formele controles goed ingeregeld. Wij merken dat veel zorgkantoren nog zoekende zijn naar hoe zij om kunnen gaan met materiële controles of andere controles ten aanzien van feitelijke levering. Wij adviseren de zorgkantoren om met elkaar in gesprek te gaan over de controles op de feitelijke levering. Wij raden hen ook aan de mogelijkheden die het zorgkantoor heeft om materiële controles bij de mondzorgspecialisten uit te voeren, te bespreken.

### **Toetsing eisen Wlz-uitvoerderschap**

Zorgverzekeraars die de Wlz voor hun verzekerden willen uitvoeren, moeten daarvoor een aparte rechtspersoon (de Wlz-uitvoerder) aanmelden bij de NZa. Wij toetsen of deze rechtspersoon voldoet aan de eisen die de Wlz en het Besluit langdurige zorg (Blz) aan hen stellen. Het gaat bijvoorbeeld om eisen aan de statuten, organisatiestructuur en toetsing bij (her)benoeming van (mede)beleidsbepalers (denk aan bestuurders en commissarissen) op geschiktheid en betrouwbaarheid. Pas als de NZa heeft vastgesteld dat deze rechtspersoon aan de geldende eisen voldoet, kan deze de Wlz uitvoeren.

In 2018 meldde een zorgverzekeraar zich bij de NZa aan als Wlz-uitvoerder. De NZa heeft vastgesteld dat deze zorgverzekeraar niet voldeed aan alle geldende eisen, waardoor zij tot op heden de Wlz niet mag uitvoeren voor haar verzekerden. In 2019 betrad een andere zorgverzekeraar de Nederlandse zorgmarkt als zorgverzekeraar, maar meldde zich niet aan als Wlz-uitvoerder. Omdat beide zorgverzekeraars geen Wlz-uitvoerder in hun groep hebben, zijn de verzekerden wettelijk verplicht om zichzelf in te schrijven bij een Wlz-uitvoerder. Hiervan is in 2018 en 2019 afgeweken, om te voorkomen dat verzekerden niet ingeschreven zouden zijn bij een Wlz-uitvoerder. Onder tijdsdruk en in het belang van verzekerden is afgesproken dat een andere Wlz-uitvoerder de Wlz uitvoert voor de verzekerden van deze zorgverzekeraars.

### ***Onafhankelijkheid Raad van Commissarissen***

De Raad van Commissarissen (RvC) (of vergelijkbare organen) van de Wlz-uitvoerder moet onafhankelijk zijn. Onafhankelijkheid is een randvoorwaarde voor effectief toezicht. De NZa houdt voor de Wlz de norm aan dat de RvC 100% onafhankelijk is. Dit houdt onder andere in dat commissarissen geen relatie (die onafhankelijkheid in de weg staat) hebben met de organisatie waarop zij toezicht houden.

Uit onderzoek in 2019 bleken vier Wlz-uitvoerders niet te voldoen aan de eis van onafhankelijkheid van de RvC. Bij deze Wlz-uitvoerders zijn één of meer commissarissen ook bestuurder van de moedermaatschappij. Deze commissarissen houden toezicht op een organisatie waarvoor zij vanuit hun functie als bestuurder van de groep bestuurdersverantwoordelijkheid dragen. Deze functievermenging vinden wij niet gewenst in het geval van de Wlz. En voldoet niet aan de gestelde norm van onafhankelijkheid van de RvC.

Wij willen voorkomen dat andere belangen dan het publieke belang een rol kunnen spelen bij de uitvoering van de Wlz.

Wij hebben met drie Wlz-uitvoerders gesproken over hun organisatiestructuur en het feit dat deze niet voldoet aan het uitgangspunt van 100% onafhankelijkheid van de RvC. Wlz-uitvoerders hebben aangegeven (voorlopig) geen bestuurders meer te benoemen als commissaris. Hierdoor wordt (voorlopig) de onafhankelijkheid van de RvC geborgd. De NZa zal op korte termijn ook met de vierde Wlz-uitvoerder spreken.

#### *Meldingen benoeming (mede)beleidsbepalers*

Wlz-uitvoerders waren op basis van de regeling (kenmerk TH/NR-003) verplicht om wijzigingen van (mede)beleidsbepalers en statuten te melden bij de NZa. Bij (her)benoemingen van (mede)beleidsbepalers moet de Wlz-uitvoerder beoordelen of betrokkene geschikt en betrouwbaar is en blijft voor de functie bij de Wlz-uitvoerder. Het gaat bijvoorbeeld om het kennisniveau van de maatschappelijke functies van de Wlz-uitvoerder en om relevante strafrechtelijke, financiële, toezicht- en fiscaal bestuursrechtelijke antecedenten. De NZa stelt in haar toezicht vast of de Wlz-uitvoerder de toets op geschiktheid en betrouwbaarheid goed uitvoert.

In de periode januari 2018 – september 2019 hebben de Wlz-uitvoerders, 27 (mede)beleidsbepalers (her)benoemd en zijn negentien (mede)beleidsbepalers teruggetreden. De Wlz-uitvoerders hebben geen statuten gewijzigd. De NZa stelde vast dat (mede)beleidsbepalers niet alleen voor de functie bij de Wlz-uitvoerder worden (her)benoemd. Zij worden ook (her)benoemd voor andere organisaties binnen de groep (zoals de zorgverzekeraar) en/of voor de moedermaatschappij. Geen van de Wlz-uitvoerders toetste daarbij op de geschiktheid voor de functie bij specifiek de Wlz-uitvoerder, in het bijzonder de maatschappelijke functies van de Wlz-uitvoerder en de risico's die daarbij worden gelopen. De NZa kon hierdoor bij geen van de gemelde (her)benoemingen vaststellen of de Wlz-uitvoerder er zorg voor heeft gedragen dat betrokkene geschikt is voor de functie bij de Wlz-uitvoerder. De NZa verwacht van de Wlz-uitvoerders dat zij een procedure voor toetsing van

geschiktheid van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders<sup>2</sup> ontwikkelen, die aantoonbaar maakt dat bij die toetsing ook de maatschappelijke functies van de Wlz-uitvoerder en de risico's die daarbij worden gelopen, zijn betrokken.

Daarnaast heeft de NZa vastgesteld dat de Wlz-uitvoerders zes (her)benoemingen en twee terugtrekkingen van (mede)beleidsbepalers niet hebben gemeld bij de NZa. Het gaat hierbij in vier gevallen om de benoeming van een directeur/senior manager van het zorgkantoor. Deze functie valt onder de begripsbepaling van beleidsbepaler, waardoor deze benoemingen binnen twee weken na wijziging gemeld hadden moeten worden bij de NZa. De NZa verwacht van de Wlz-uitvoerders dat zij hun procedures voor melding van (her)benoemingen aanpassen, zodat zij alle (her)benoemingen voor functies vallend binnen de begripsbepalingen voor (mede)beleidsbepaler en intern toezichthouder melden bij de NZa.

#### *Wijzigingen in toezicht*

De NZa heeft de regeling en beleidsregel aangepast: de Beleidsregel toetsing eisen Wlz-uitvoerderschap (TH/BR-027) en de nieuwe Regeling informatieverstrekking aanmelding en wijzigingen Wlz-uitvoerderschap (TH/NR-015) zijn op 18 september 2019 gepubliceerd in de Staatscourant.

De beleidsregel beschrijft hoe de NZa invulling geeft aan de eisen voor Wlz-uitvoerders in wet- en regelgeving. De regeling geeft aan welke informatie een Wlz-uitvoerder moet opsturen naar de NZa bij aanmelding van een Wlz-uitvoerder en bij te melden wijzigingen.

---

<sup>2</sup> Interne toezichthouders zijn in de nieuwe beleidsregel en regeling (zie hierna onder 'wijzigingen in toezicht') apart gedefinieerd.

Daarbij heeft de NZa een aantal keuzes gemaakt die laten zien hoe de NZa de reikwijdte van haar eigen toezicht invult. Een eerste belangrijke verandering is dat het met invoering van de nieuwe regeling verplicht is om relevante wijzigingen binnen de organisatie vooraf te melden bij de NZa. Hierdoor kunnen wij bepalen of de Wlz-uitvoerder blijft voldoen aan de eisen die bij aanmelding van een Wlz-uitvoerder zijn getoetst. Daarnaast heeft de NZa haar rol gepakt in de beoordeling of de Wlz-uitvoerders de toets op geschiktheid en betrouwbaarheid van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders goed uitvoeren. Dit door meer te benadrukken dat Wlz-uitvoerders deze toets zelf moeten uitvoeren en deze uitgevoerde toetsing voor moeten leggen aan de NZa.

Zowel bij toetsing van (mede)beleidsbepalers en interne toezichthouders als bij relevante wijzigingen binnen de organisatie liep de NZa echter tegen verschillende dilemma's en vraagstukken aan. Om begrijpelijke redenen zijn de besturen van Wlz-uitvoerders vaak gevormd uit de besturen van de met die Wlz-uitvoerders verbonden verzekeraars. Deze verzekeraars vallen onder de Wet op het financieel toezicht en het toezicht door De Nederlandsche Bank (DNB). Bij de komst van de Wlz is echter bewust een splitsing aangebracht tussen de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder. Het belang van die splitsing en het gevolg daarvan in de aansturing van de verschillende organisaties is – ook in het toezicht van de NZa – niet altijd even helder in beeld geweest.

De aanpassingen van regeling en beleid beogen daarin een andere toon te zetten. Het relevante wettelijk systeem kent echter aandachtspunten welke de NZa heeft benoemd bij VWS. Zo heeft de NZa een andere positie in de toetsing van (mede)beleidsbepalers en interne toezichthouders dan DNB bij de verzekeraar. In tegenstelling tot DNB beoordeelt de NZa niet de geschiktheid en betrouwbaarheid van de (mede)beleidsbepalers en interne toezichthouders. Wel kijkt de NZa of de Wlz-uitvoerder beschikt over een adequaat toetsingsproces en dit proces bij benoemingen ook daadwerkelijk doorloopt.

Daarnaast heeft de NZa bij het stellen van eisen aan de organisatie van de Wlz-uitvoerder aansluiting gezocht bij de eisen uit de Wet op het financieel toezicht en de nadere concretisering aangebracht in de nieuwe beleidsregel en regeling. De NZa constateert dat de bewustwording van Wlz-uitvoerders van hun eigen verantwoordelijkheid in de positionering en toetsing van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders aandacht nodig heeft. Dit geldt ook voor het blijvend voldoen aan de eisen gesteld aan de organisatie.

### **Prestatie-indicatoren 2018**

In de uitvoeringsverslagen van de zorgkantoren worden diverse prestatie-indicatoren verantwoord. De uitkomsten van deze prestatie-indicatoren zijn opgenomen in de bijlage van de individuele rapporten Uitvoering Wet langdurige zorg 2018/2019. De uitkomsten van deze prestatie-indicatoren zijn besproken met de zorgkantoren. Waar van toepassing zijn de prestatie-indicatoren in dit rapport opgenomen.

### **Samenvattend overzicht van verwachtingen**

Van Wlz-uitvoerders verwachten wij dat zij:

- Een procedure voor toetsing van geschiktheid van (mede)beleidsbepalers en intern toezichthouders ontwikkelen, die aantoonbaar maakt dat bij die toetsing ook de maatschappelijke functies van de Wlz-uitvoerder en de risico's die daarbij worden gelopen, zijn betrokken.
- Hun procedures voor melding van (her)benoemingen aanpassen, zodat zij alle (her)benoemingen voor functies vallend binnen de begripsbepalingen voor (mede)beleidsbepaler en intern toezichthouder melden bij de NZa.



# Bijlagen

# Bijlagen

- Bijlage 1: Samenvatting financiële gegevens Wlz-uitvoerders 2018
- Bijlage 2: Prestatie-indicatoren Wlz-uitvoerders 2018
- Bijlage 3: Generieke bevindingen financiële rechtmatigheid
- Bijlage 4: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 ASR Wlz-uitvoerder B.V.
- Bijlage 5: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 CZ Zorgkantoor B.V.
- Bijlage 6: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Zorgkantoor DSW B.V.
- Bijlage 7: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Zorgkantoor Friesland B.V.
- Bijlage 8: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Stichting Zorgkantoor Menzis
- Bijlage 9: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 ONVZ Langdurige Zorg B.V.
- Bijlage 10: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Salland Zorgkantoor B.V.
- Bijlage 11: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 VGZ Zorgkantoor B.V.
- Bijlage 12: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V.
- Bijlage 13: Rapport uitvoering Wlz 2018-2019 Stichting Wlz-uitvoerder Zorg en Zekerheid

