Uitkomsten van een indicatieve maatschappelijke kosten- en batenanalyse

De waarde van onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz

Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum
17 juli 2020

Opdrachtgever
Marcel de Krosse (CIZ)

Contact
Thijs van den Broek (T.vandenBroek@aef.nl)

Referentie
UC29/waarde van onafhankelijke indicatiestelling in de wlz, foto Hans van Rhoon

Inhoud

1 Samenvatting en beantwoording onderzoeksvragen 5

1.1 Aanleiding 5
1.2 Werkwijze 5
1.3 Beantwoording onderzoeksvragen 6

2 Aanleiding en achtergrond 8

2.1 Aanleiding 8
2.2 Achtergrond: vormgeving van de Wlz en andere domeinen 9

3 Inleiding op MKBA's en werkwijze 12

3.1 Maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's) 12
3.2 Werkwijze totstandkoming van een (indicatieve) MKBA 13
3.3 Proces 15

4 De beleidstheorie 17

4.1 Gevolgen van financiële prikkels 17
4.2 De indicatiestelling wordt niet langer centraal verzorgd 19
4.3 Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces aan te passen 21
4.4 Samenvatting van de beleidstheorie 22

5 Uitkomsten: financiële vertaling van de beleidstheorie 24

5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz 24
5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen 27
5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden 28
5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces 30
5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm 30
5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie 32
5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling 32
5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals 33

6 Eindresultaat en conclusies 34

6.1 Eindresultaat 34
6.2 Conclusies 38
6.3 Advies: mogelijkheden voor vergroten van de maatschappelijke meerwaarde 38

A Bijlage: uitgebreide toelichting op werkwijze 40

A.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz 40
A.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen 43
A.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden 44
A.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces 46
A.5 Verminderde keuzevrijheid 47
A.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie 48

A.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling 48
A.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals 48

B Bijlage: gebruikte bronnen en gehanteerde aannames 50

B.1 Gegevens uit het Erai-traject 50
B.2 Gegevens uit andere bronnen 52
B.3 Inschattingen 56
B.4 Gegevens afgeleid uit andere gegevens 58
B.5 Samenvatting 58

C Bijlage: Interviewleidraad maatschappelijke meerwaarde onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz 62

1 Samenvatting en beantwoording onderzoeksvragen

1.1 Aanleiding

Voor alle soorten (dure) zorg geldt dat er een vorm van toegang geldt: een functie of organisatie die bepaalt wie in aanmerking komt voor de betreffende zorg. Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) die verantwoordelijkheid: zij beoordeelt jaarlijks een groot aantal aanvragen van mensen die in aanmerking willen komen voor Wlz-zorg, bijvoorbeeld van kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking.

Zo nu en dan gaan er geluiden op om de indicatiestelling anders vorm te geven, in het bijzonder om zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid te geven. De vraag is hoe deze scenario's zich tot elkaar verhouden in termen van hun maatschappelijke waarde.

In opdracht van het CIZ heeft Andersson Elffers Felix hier een onderzoek naar uitgevoerd, aan de hand van de volgende onderzoeksvragen.

Hoofdvraag
Wat is de maatschappelijke meerwaarde van een onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling voor de Wlz, ten opzichte van een situatie waarin de zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid hebben?

Deelvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling?
2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?
3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten ten opzichte van de huidige situatie?

In hoofdstuk 2.1 staat meer informatie over de achtergrond van deze onderzoeksvragen.

1.2 Werkwijze

Het instrument bij uitstek om maatschappelijke meerwaarde te bepalen, is de maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA). Een MKBA maakt op zo systematisch mogelijke wijze de kosten en baten inzichtelijk die optreden bij een bepaalde verandering van werkwijze. Zij doet dat ten opzichte van de huidige werkwijze.

We maken bij MKBA's onderscheid tussen evaluatieve en indicatieve MKBA's. Bij de eerste wordt teruggekeken op een werkwijze die al enige tijd praktijk is en waarvan onderzoeks-of monitoringsgegevens beschikbaar zijn om de maatschappelijke meerwaarde te kunnen onderbouwen. Bij een indicatieve MKBA wordt meer vooruitgekeken en een onderbouwde inschatting gemaakt van de *mogelijke* maatschappelijke meerwaarde. Een indicatie MKBA gaat dan ook met meer onzekerheden gepaard. Omdat een situatie waarin aanbieders indicatiestelling doen geen algemene praktijk is, betreft het hier een indicatieve MKBA. Desondanks heeft er op relatief kleine schaal een experiment gelopen, waarvan de resultaten als voeding voor deze MKBA hebben gediend.

Om de onderzoeksvragen op een zo volledig en afgewogen manier te kunnen beantwoorden, hebben we verschillende belanghebbende partijen gevraagd kritisch mee te denken. Dat was zowel gedurende de totstandkoming ervan, via interviews, als na afloop ervan, via een gezamenlijke bijeenkomst.

In hoofdstuk 3 staat meer achtergrond over MKBA's beschreven. In paragraaf 3.3 gaan we nader in op het proces dat we doorlopen hebben om tot dit resultaat te komen.

1.3 Beantwoording onderzoeksvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke indicatiestelling?

Maatschappelijke kosten: er zijn kwalitatief gezien zowel effecten te verwachten die de kosten doen stijgen als effecten die ze doen dalen.

De meest prominente komt doordat in de Wlz voornamelijk bij de toegang wordt gestuurd op betaalbaarheid. Als de onafhankelijkheid van de indicatiestelling wegvalt, valt het belangrijkste bestaande **kostenbeheersingsmechanisme** weg. Daarnaast leidt de verspreiding van deze taak over een groot aantal aanbieders tot een minder doelmatige invulling ervan. Tot slot hangt de snelheid van de indicatiestelling samen met maatschappelijke kosten (veroorzaakt door escalaties). Hierin zou nog enige winst te behalen kunnen zijn.

Ervaren kwaliteit van leven: er zijn kwalitatief gezien zowel effecten waardoor de kwaliteit stijgt als waardoor deze daalt. Veel zal hierbij afhangen van de verhouding tussen effecten en de precieze invulling van de zorg

Meer details over de aard van de maatschappelijke meerwaarde zijn te vinden in hoofdstuk 4.

2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?

Maatschappelijke kosten:

- De maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief (waarin de indicatiestelling wordt uitgevoerd door zorgaanbieders in plaats van het CIZ) stijgen naar verwachting met 164 miljoen euro per jaar.
- Zelfs binnen de conservatieve bandbreedte van 77 tot 307 miljoen euro blijft er sprake van een toename in de maatschappelijke kosten.
- Introduceren van instrumenten om effecten te mitigeren zou de omvang van de stijging weliswaar kleiner kunnen maken, maar niet tot een daling ervan leiden.

Ervaren kwaliteit van leven: deze effecten zijn kwalitatief beschreven, maar er waren onvoldoende aanknopingspunten om ze betrouwbaar te kwantificeren.

Meer informatie over hoe de omvang van de maatschappelijke meerwaarde bepaald is, is in hoofdstukken 5 en 6 te vinden.

3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten?

Deze indicatieve MKBA kwantificeert de effecten die optreden wanneer overgegaan wordt op het hier gehanteerde beleidsalternatief. Er zijn echter tal van andere veranderingen mogelijk die een impact hebben op de maatschappelijke kosten. Twee daarvan gaan uit van de huidige wijze waarop de indicatiestelling georganiseerd is én leiden mogelijk tot een (grote) daling van de maatschappelijke kosten:

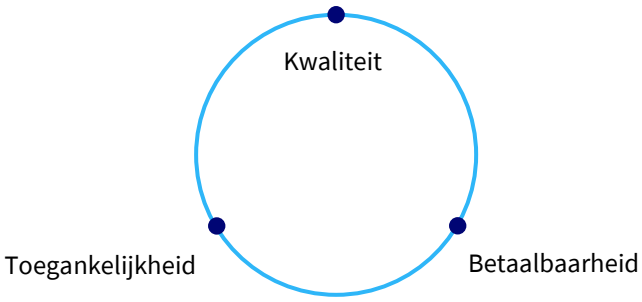
- De omgeving van de aanvrager meenemen in de het bepalen van het zorgprofiel;
- Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling.

Voor meer toelichting op deze mogelijkheden, zie hoofdstuk 6.

2 Aanleiding en achtergrond

2.1 Aanleiding

Het centrale doel in de zorg is om een duurzaam collectief gefinancierd zorgstelsel te borgen, met andere woorden: om iedereen die dit nodig heeft (*toegankelijkheid*) zorg aan te kunnen bieden van zo hoog mogelijke *kwaliteit*, tegen zo laag mogelijke kosten (*betaalbaarheid*). De drie onderdelen van deze zogenoemde *Triple Aim* liggen soms in elkaars verlengde, soms staan ze juist met elkaar op gespannen voet.



Figuur 1: De Triple Aim van de zorg.

Om zorg en ondersteuning zo slim mogelijk in te zetten, geldt voor bijna alle vormen ervan een toegangspoort. Daar wordt niet alleen bepaald wie recht heeft of aanspraak kan maken op zorg of ondersteuning, maar ook op welke vorm en/of intensiteit daarvan. Afhankelijk van de precieze invulling van de toegang, kan deze ten dienste staan van zowel de toegankelijkheid als de betaalbaarheid van de zorg.

2.1.1 Vormen van toegang

In Nederland komen grofweg drie vormen van toegang voor:

- Door de **financier** van de zorg of ondersteuning. Denk hierbij aan de Wmo, waar Wmo-consulenten in dienst zijn van de gemeente, of wijkteamleden die door de gemeente zijn ingekocht. Ook in het jeugddomein komt deze vorm van indicatiestelling voor.
- Door **uitvoerder of professional**. Denk hierbij aan de wijkverpleegkundigen die zelf de indicaties voor wijkverpleging verstrekken en huisartsen die toegang verlenen tot een groot deel van de zorgverzekeringszorg. Hierbinnen kan nog onderscheid gemaakt worden tussen de professional zelf of diens werkgever en zijn er verschillen in de mate waarin de professional die de toegang verleent, zelf ook betrokken is bij de te leveren hulp.
- Door een **onafhankelijke partij**, zoals het CIZ voor de Wlz doet.

Elke vorm van toegang heeft voor- en nadelen. Er is daarom discussie over wat de beste vorm van toegang is. Zo ook voor de Wlz. In het bijzonder wordt zo nu en dan geopperd om de verantwoordelijkheid voor de toegang bij de zorgaanbieders te beleggen. Dat vormt de primaire aanleiding voor dit onderzoek.

2.1.2 Onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft dan ook als doel om de volgende vragen te beantwoorden.

Hoofdvraag
Wat is de maatschappelijke meerwaarde van een onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling voor de Wlz, ten opzichte van een situatie waarin de zorgaanbieders deze verantwoordelijkheid hebben?

Deelvragen

1. Waaruit bestaat de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke (en centrale) indicatiestelling?
2. Wat is de omvang van de maatschappelijke meerwaarde?
3. Hoe is de meerwaarde mogelijk nog te vergroten ten opzichte van de huidige situatie?

2.2 Achtergrond: vormgeving van de Wlz en andere domeinen

Wat de maatschappelijke meerwaarde van de toegangsfunctie van een stelsel is, hangt in grote mate af van hoe dat stelsel georganiseerd is. Een stelsel kan namelijk alleen goed functioneren als het in onderlinge samenhang georganiseerd is: ze moet voldoende waarborgen kennen voor de drie doelen uit de *triple aim*. Wat die waarborgen zijn, verschilt in Nederland echter per stelsel.

Ter illustratie staan in de tabel hieronder de verschillende zorgwetten in Nederland op een aantal kenmerken met elkaar vergeleken.

	Wlz	Wmo	Jeugd	Zvw
Wie: rollen				
Georganiseerd & ingekocht door	Zorgkantoren[1] (31)	Gemeenten (355)[2]	Idem	Zorgverzekeraars (9)[3]
Uitvoerders	Private aanbieders	Idem	Idem	Idem
Toegang	CIZ[4]	Wmo-consulenten / wijkteams	Wijkteams, huisartsen, jeugdartsen, medisch specialisten, justitie	Huisartsen, wijkverpleeg-kundigen
Toezichthouder (rechtmatigheid)	NZa	Gemeente	Gemeente	NZa
Toezichthouder (kwaliteit)	IGJ	Gemeente	IGJ	IGJ
Hoe: invulling				

Bekostiging	Belasting (Wlz-premie werknemers), eigen bijdrage, Rijksbijdrage	Belastingen + eigen bijdrage (abonnementstarief)	Belastingen	Belasting (bijdrage werkgevers), individuele premie, eigen risico, Rijksbijdrage (jongeren)
Leveringsvormen	Verblijf, mpt, vpt & pgb	ZiN & pgb	ZiN & pgb	ZiN (& pgb)
Producten	Zorgzwaarte-pakketten	Divers (door gemeenten te bepalen)	Idem	O.a. DBC's

Tabel 1: Vergelijking tussen de verschillende zorgwetten in Nederland.

1. Gemandateerd door de verschillende Wlz-uitvoerders.
2. Beschermd wonen en maatschappelijke opvang worden momenteel door 43 centrumgemeenten verzorgd.
3. Er bestaat een groot aantal labels, die onder 9 grote zorgverzekeraars vallen, 4 daarvan hebben een marktaandeel van > 90%.
4. Het CIZ heeft echter een breder takenpakket, bijvoorbeeld in de informatievoorziening en de Wet Zorg en Dwang.

2.2.1 Functies en rolverdeling in de Wlz

Het CIZ heeft een tweeledige opdracht als het gaat om de toegang tot de Wlz. Zij bepaalt enerzijds wie in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Anderzijds stelt zij ook de kaders vast waarbinnen deze vormgegeven moet worden, in de vorm van zorgprofielen en soms ook de duur. De criteria die voor de toegang en het bijbehorende zorgprofiel gehanteerd worden, staan in de beleidsregels van het CIZ.

De Wlz kent 40 zulke zorgprofielen, die bestaan uit een combinatie van problematiek (Verpleging en Verzorging, Verstandelijk Gehandicapt, etc.) en de typen zorg waar de persoon in kwestie voor in aanmerking komt. De aard van de problematiek en inhoud van de zorg die onderdeel is van de zorgprofielen, zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg.

De Wlz kent vier leveringsvormen: verblijf in een instelling, een modulair pakket thuis (mpt), volledig pakket thuis (vpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Een persoon met een Wlz-indicatie kan bij diens **zorgkantoor** een voorkeur aangeven voor de gewenste leveringsvorm. Het zorgkantoor maakt echter de afweging of deze voorkeur verantwoord en doelmatig is.

De **zorgkantoren** zijn in de Wlz eveneens verantwoordelijk voor het inkopen en contracteren van zorgaanbieders. Zij zijn door de zogenoemde Wlz-uitvoerders (de grote zorgverzekeraars) gemandateerd om dit op regionale basis te doen, dus voor verzekerden van alle Wlz-uitvoerders. De zorgkantoren komen zo tot te hanteren tarieven voor de zorgprofielen en activiteiten voor de leveringsvormen instelling, vpt en mpt. De NZa stelt hiervoor maximumtarieven vast. Tarieven voor de leveringsvorm pgb zijn in de Regeling langdurige zorg vastgelegd.

Het is vervolgens aan de **aanbieder** en **cliënt** om samen nadere afspraken te maken over de (omvang van de) benodigde zorg en ondersteuning, aansluitend bij het zorgprofiel. Dit wordt gevat in het zorgplan.

De **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd** (IGJ) controleert of de aanbieders de benodigde kwaliteit van zorg leveren. Dit doet zij o.a. aan de hand van de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. Ook controleert IGJ of nieuwe aanbieders aan de

wettelijke eisen voldoen. Zorgkantoren kunnen aanvullende kwaliteitseisen voor aanbieders vereisen.

De aanbieders worden via p x q gefinancierd op basis van de tarieven voor elk zorgprofiel. Financiering van de aanbieders geschiedt via het **CAK**, dat daartoe door de zorgkantoren is gemandateerd. Cliënten betalen daarnaast een eigen bijdrage, eveneens aan het CAK.

De manier waarop het stelsel vormgegeven is, betekent dat de toegangsfunctie in de Wlz het voornaamste instrument is om op **betaalbaarheid** te sturen. Ook in het sturen op **toegankelijkheid** —in de zin dat elke twee dezelfde aanvragen ook hetzelfde behandeld worden— heeft de toegangsfunctie een grote rol.

De vraag die beantwoord moet worden, is wat de omvang van die functie(s) is, in termen van de maatschappelijke kosten die ermee gepaard gaan.

3 *Inleiding op MKBA's en werkwijze*

Hét instrument waarmee we maatschappelijke meerwaarde in beeld kunnen brengen is de maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA).

3.1 Maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's)

Een maatschappelijke kosten- en batenanalyse (MKBA) brengt op systematische wijze alle voor- en nadelen van een interventie in kaart. De maatschappelijke effecten als gevolg van de interventie worden zoveel als mogelijk onder één noemer gebracht, door ze te vertalen naar euro's. Als de totale baten van de interventie groter zijn dan de totale kosten ervan, dan zorgt de interventie voor een toename van de maatschappelijke welvaart, of —anders gezegd— is het maatschappelijke meerwaarde van de interventie positief.

3.1.1 Materiële én immateriële effecten

In een MKBA wordt onderscheid gemaakt tussen materiële (*harde*) en immateriële (*zachte*) kosten en baten. In tegenstelling tot materiële effecten (zoals verandering in zorgkosten), zijn immateriële effecten niet (direct) financieel van aard. Denk hierbij aan een toe- of afname van overlast in de wijk, of de kwaliteit van leven van mensen. Om zulke effecten toch voldoende mee te laten tellen in de afweging over de interventie, worden zij zo mogelijk *gemonetariseerd* — op dezelfde leest geschoeid als de materiële baten en lasten.

3.1.2 De investeerder én andere partijen

De kosten en baten als gevolg van een interventie komen veelal niet alleen terecht bij de partij die in de interventie investeert of hem uitvoert. Denk aan de maatschappelijke opvang (gemeente) die criminaliteit kan helpen voorkomen (politie en justitie). Een MKBA heeft oog voor alle relevante maatschappelijke effecten, ongeachte bij wie ze zich voordoen.

Een MKBA onderscheidt zich dus op twee manieren van bijvoorbeeld een business case: de eerste heeft, in tegenstelling tot de laatste, ook oog voor andere partijen dan de investeerder en voor de maatschappelijke, naast financiële, effecten. Figuur 2 hieronder geeft dit schematische weer.

Dit maakt een maatschappelijke kosten- en batenanalyse een waardevol hulpmiddel voor besluitvorming: de optredende maatschappelijke effecten bieden aanknopingspunten om een werkwijze of interventie voort te zetten, af te breken, of aan te passen.

Een MKBA vangt daarmee alle maatschappelijke effecten als gevolg van een verandering en weegt ze onderling door ze waar mogelijk naar dezelfde grootheid te vertalen.

3.1.3 Indicatieve en evaluatieve MKBA's

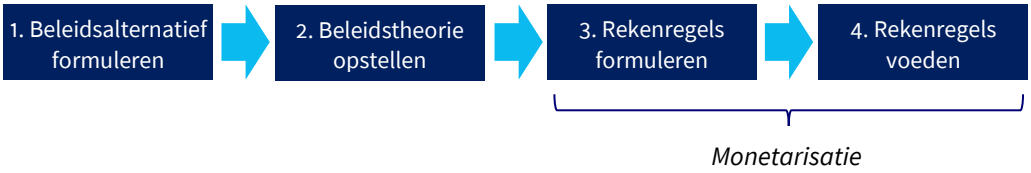
Het is mogelijk om een MKBA in twee fasen van de besluitvorming te maken: vooraf en na verloop van tijd:

- Vooraf is de primaire vraag of het verstandig is om een beleidsverandering in gang te zetten. Bij deze afweging kunnen de verwachtte maatschappelijke effecten een rol spelen. We spreken dan over een **indicatieve** MKBA.
- Na verloop van tijd kunnen de ervaringen van een pilot, experiment of nieuwe werkwijze tegen het licht gehouden worden. De vraag is dan vooral of de verandering doorgezet moet worden of niet, of dat er mogelijkheden zijn om de maatschappelijke meerwaarde ervan nog te vergroten. In deze situatie kan gebruik gemaakt worden van monitoringsdata vanuit de nieuwe werkwijze. We spreken dan van een **evaluatieve** MKBA.

Omdat de situatie waarmee we hier vergelijken is, hypothetisch is, betreft het hier een indicatieve MKBA[1]. Dat wil overigens niet zeggen, dan er geen vergelijkbare situaties zijn waarop we de indicatieve MKA

3.2 Werkwijze totstandkoming van een (indicatieve) MKBA

Om een (indicatieve) MKBA te maken in een bepaalde situatie, worden vier stappen doorlopen:



Figuur 2: Schematische weergave van de totstandkoming van een MKBA.

We lichten deze stappen hieronder nader toe.

1. Nulalternatief en beleidsalternatief

Besloten in de term 'meerwaarde' zit dat er een vergelijking gemaakt wordt. In een MKBA is dat tussen één of meer **beleidsalternatieven** —de mogelijk of beoogde situaties— en het zogenoemde **nulalternatief**. Dit is de meest voor de hand liggende situatie wanneer er geen actie ondernomen wordt.

De verschillende maatschappelijke effecten van het beleidsalternatief / de beleidsalternatieven worden vervolgens vergeleken met die van het nulalternatief. Het verschil tussen beiden noemen we de meerwaarde van het beleidsalternatief.

In deze rapportage hanteren we als nulalternatief de huidige situatie. Daarnaast identificeren we één beleidsalternatief: een situatie waarin zorgaanbieders verantwoordelijkheid hebben voor alle Wlz-indicaties.

[1] Er heeft echter wel een experiment plaatsgevonden dat veel op de alternatieve situatie lijkt, waaruit we kunnen putten. Zie daarvoor ook de volgende paragraaf.

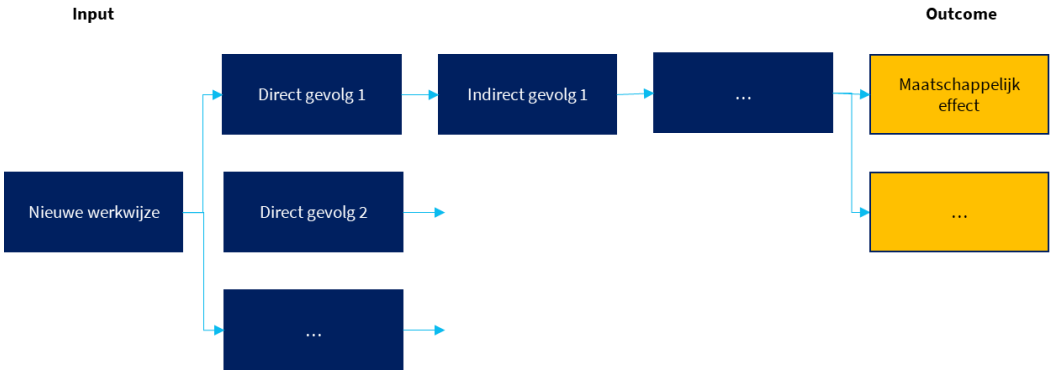
N.B. Het bovenstaande beleidsalternatief is een ‘kaal’ beleidsalternatief, dat niet gepaard gaat met instrumenten om de effecten ervan te beperken.
We merken daarbij op dat er in het beleidsalternatief geen sprake is van aanvullende aanpassingen aan het stelsel of aanvullende instrumenten om te sturen op de effecten van deze situatie.

Er zijn natuurlijk andere beleidsalternatieven denkbaar, waar ook een vergelijking mee gemaakt kan worden (zie ook paragraaf 2.1.1). Denk hierbij in het bijzonder aan een situatie waarin de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor indicering, of wijkverpleegkundigen hierin een rol hebben (cf. het advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen). Omwille van de overzichtelijkheid hebben we ons hier beperkt tot het meest voor de hand liggende beleidsalternatief. In een beleidsalternatief waarin wijkverpleegkundigen gaan over de toegang, moet daarnaast een keus gemaakt worden over wie de zorgzwaarte vaststelt. Daarmee ontstaan te veel ‘vrijheidsgraden’ om een scherpe vergelijking te kunnen maken.

2. Maatschappelijke effecten: de beleidstheorie

Onderliggend aan een MKBA is een kwalitatief beeld van de (mogelijke) gevolgen van het beleidsalternatief ten opzichte van een het nulalternatief. Dit heet de **beleidstheorie** en bestaat uit een serie oorzaak-gevolg-relaties tussen de nieuwe werkwijze(n) in het beleidsalternatief (de *input*) en de mogelijke maatschappelijke effecten daarvan (de *outcome*). Denk bij deze laatste aan veranderingen in maatschappelijke kosten of de kwaliteit van leven van personen op wie de nieuwe werkwijze van toepassing is. Het doel van de beleidstheorie is een (kwalitatief) begrip van de situatie en het identificeren van de onderdelen van de MKBA.

In onderstaande figuur is een hypothetische beleidstheorie weergegeven. De afbeelding leest van links naar rechts, waarbij elke oorzaak-gevolg-relaties weergegeven zijn met pijlen.



Figuur 3: Schematische weergaven van een hypothetische beleidstheorie.

Er geldt geen bovengrens voor de complexiteit van een beleidstheorie. De belangrijkste vereisten eraan zijn dat hij navolgbaar en voldoende compleet is. Een oorzaak-gevolg-relatie in een beleidstheorie hoeft niet per se op te treden, maar moet op kúnnen treden. Het bepalen van de omvang van het effect (mogelijk 0) is namelijk onderdeel van de volgende fasen. We gaan in hoofdstuk 4 uitgebreider op de beleidstheorie van ons beleidsalternatief.

3. Dynamiek van de effecten: rekenregels

Een vervolgstap bestaat uit het doorgronden van de dynamiek van de gevolgen. Is bij de beleidstheorie de centrale vraag *wat* er in het beleidsalternatief verandert ten opzichte van

het nulalternatief, de rekenregels geven inzicht in *hoe* dit verandert. Zo identificeren we de belangrijkste bouwstenen voor het kwantitatief modelleren van de gevolgen en kan gericht gezocht worden naar bronmateriaal om deze te kwantificeren.

Een generieke rekenregel is bijvoorbeeld van de vorm

Δ maatschappelijk effect = [variabele 1] x [variabele 2] + [variabele 3] x [variabele 4]

We formuleren de rekenregels al zodanig om niet zozeer de omvang van het maatschappelijk effect te bepalen, maar van het verschil ervan met het nulalternatief. In bijlage A gaan we uitgebreid in op de verschillende rekenregels achter onze beleidstheorie.

4. Voeden van rekenregels

Tot slot moeten de rekenregels *gevoed* worden met gegevens die aansluiten bij de werkelijkheid. In het geval dat het beleidsalternatief overeenkomt met een pilot of experiment, kunnen deze hieraan ontleend worden.

Voor deze indicatieve MKBA zijn er ervaringen opgedaan in een vergelijkbare context: het experiment ERAI in het programma Waardigheid en Trots. Waar mogelijk worden gegevens vanuit dat experiment gebruikt en zo nodig aangepast om optimaal aan te laten sluiten bij het beleidsalternatief.

De effecten in de beleidstheorie zijn echter breder dan wat bij dit experiment in beeld gebracht is. Dat betekent dat we gegevens en inzichten moeten ontlenen aan andere bronnen en literatuur om deze vervolgens te vertalen naar deze context. Een deel hiervan is echter niet (direct) voorhanden.

Er zijn twee mogelijkheden om hiermee om te gaan:

- We beschrijven het onderdeel **kwalitatief**: het komt terug in de beleidstheorie, we expliciteren bovendien de rekenregel, maar voeden deze niet. In de resultaten komt het onderdeel dan terug als **PM-post.**
- We doen (zo onderbouwd mogelijke) schattingen van een variabele. Voor een voldoende zuiver resultaat moeten we echter recht doen aan de onzekerheid waarmee deze schatting gepaard gaat. We introduceren daarom een bandbreedte voor de variabele in kwestie, met een meest waarschijnlijke, minimale en maximale waarde. Dit vertaalt zich uiteraard ook in een **bandbreedte** voor de uitkomst van dat onderdeel. De uitkomsten van het geheel, zullen daarom ook in termen van een onzekerheidsmarge geformuleerd zijn.

De eerste optie willen we zo veel mogelijk voorkomen, temeer wanneer de impact van een onderdeel op het totaal groot is of kan zijn. Wanneer eenduidige monetarisatie dus niet mogelijk is, heeft de tweede optie de voorkeur. Wanneer de impact van een onderdeel (in potentie) erg groot is ten opzichte van het totaal, voeren we een aanvullende **gevoeligheidsanalyse** uit voor de individuele variabele. Daarin gaan we dieper in op de mate waarin de uitkomsten ervan afhankelijk zijn.

3.3 Proces

Bovenstaande beschrijft de inhoud van een MKBA. De manier waarop een MKKBA tot stand komt, bepaalt echter mede de kwaliteit ervan. Een goede MKBA geeft een compleet en

gebalanceerd beeld van de maatschappelijke kosten en baten, dat recht doet aan de verschillende perspectieven van betrokkenen. Om onafhankelijkheid van de uitkomsten zoveel als mogelijk te borgen, hebben we de grootste belanghebbenden in het proces betrokken:

Stelselpartijen	**Brancheverenigingen**
VWS	Actiz
NZa	VGN
Inkopers/financiers (binnen en buiten de Wlz)	**Cliëntorganisaties**
Zorgverzekeraars Nederland	LOC
Menzis	IederIn
VGZ	Per Saldo
VNG	

Deze partijen zijn op twee momenten betrokken:

1. We hebben hen via interviews bevraagd op hun beeld van de verschillende vormen van toegang zoals in paragraaf 2.1.1 beschreven en hun voor- en nadelen. Hen is eveneens gevraagd om te reflecteren op de concept-beleidstheorie: wat is de aard en omvang van de gevolgen van het beleidsalternatief? De gehanteerde interviewleidraad is in Bijlage C te vinden.

   Deze gesprekken hebben tot een aanscherping van de beleidstheorie geleid, alsmede een beter beeld van het plaatsvinden van de verschillende effecten die er onderdeel van zijn. Ook zijn enkele suggesties voor verbeteringen ten opzichte van de huidige situatie gedaan.

2. In aanvulling daarop zijn de conceptresultaten van dit onderzoek met de betreffende partijen besproken in twee gezamenlijke bijeenkomsten. Daarin hebben de aanwezigen verschillende suggesties voor aanscherpingen en enkele aanvulleningen voor de kwantificering gedaan, die wij vervolgens verwerkt hebben.

4 De beleidstheorie

Het beleidsalternatief is de (hypothetische) situatie waarin de indicatiestelling voor de Wlz bij zorgaanbieders wordt belegd. De beleidstheorie die bij dit scenario hoort is schematisch weergegeven in Figuur 7. In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgen en maatschappelijke effecten uit dit schema. Deze beleidstheorie beschrijft de effecten die mogelijk op kunnen treden, maar doet nog geen uitspraken over de grootte ervan. De beleidstheorie kent drie hoofdonderdelen:

- Gevolgen van financiële prikkels die optreden bij niet-onafhankelijke indicatiestelling
- Gevolgen van het niet langer centraal organiseren van de indicatiestelling
- Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces anders vorm te geven.

We beschrijven ze hieronder in detail.

4.1 Gevolgen van financiële prikkels

Zoals in paragraaf 2.2.1 geconcludeerd werd, speelt het CIZ bij de huidige vormgeving van de Wlz een grote rol in het betaalbaar houden van de Wlz. Vanwege de wijze van financieren hebben zorgaanbieders een financieel belang bij het aantal cliënten dat toegang tot de Wlz heeft en hun bijbehorende zorgprofiel. Dit heeft een aantal directe en indirecte gevolgen:

- Er worden meer Wlz-indicaties afgegeven
- Er worden gemiddeld hogere indicaties afgegeven
- Cliënten worden minder goed geïnformeerd over alternatieven

4.1.1 Er worden meer Wlz-indicaties gegeven

Momenteel wordt een deel van de Wlz-aanvragen bij het CIZ afgewezen, omdat de cliënt niet aan de criteria voor toegang tot de Wlz voldoet. De financiële prikkel voor zorgaanbieders wanneer zij zelf indiceren, zal ertoe leiden dat meer Wlz-indicaties gegeven worden. De cliënten die alleen in het beleidsalternatief toegang zouden krijgen, maken in het nulalternatief veelal gebruik van zorg uit de Wmo, Zvw en/of Jeugdwet. Aangezien deze zorg gemiddeld goedkoper is, zullen niet alleen kosten tussen wettelijke kaders verschuiven, maar zullen de maatschappelijke kosten ook stijgen.

De kwaliteit van leven van de extra cliënten die toegang tot de Wlz krijgen in het beleidsalternatief zou zowel toe als af kunnen nemen. Hij neemt toe voor de cliënten waarbij een Wlz-aanvraag in het nulalternatief afgewezen wordt, maar die feitelijk toch beter af bleken te zijn met een Wlz-indicatie. Hij neemt af voor cliënten die in het beleidsalternatief wel een indicatie krijgen, maar eigenlijk nog zelfstandig hadden kunnen wonen. Beide effecten worden in principe meegenomen en uit de monetarisatie zal moeten blijken hoe sterk ze ten opzichte van elkaar zijn.

Momenteel is er al een tekort aan plekken voor Wlz-cliënten en benodigd intramuraal personeel.[2] De extra toegelaten cliënten in het beleidsalternatief zullen dat tekort alleen maar doen oplopen. Dit kan verschillende mogelijke gevolgen hebben:

1. Als er verder niks verandert aan het beleid, lopen de wachttijden op. Langere wachttijden betekenen een grotere kans dat escalaties optreden tijdens de wachttijd. Escalaties hebben zowel een negatief effect op de maatschappelijke kosten als op de ervaren kwaliteit van leven.
2. Er worden meer plekken voor cliënten gecreëerd. Met de bestaande personeelstekorten zou dit zou ertoe leiden dat zorgpersoneel iets minder intensieve zorg per cliënt kan bieden. De verminderde kwaliteit van zorg die cliënten hierdoor ervaren betekent dat hun ervaren kwaliteit van leven zal dalen.

De mate waarin sprake zal zijn van beide gevolgen, is a priori niet bekend.

Dit effect kan nog verder versterkt worden wanneer de prikkel niet alleen tot een lager percentage afwijzingen leidt, maar bovendien tot meer aanvragen voor een Wlz-indicatie leidt (aanzuigende werking).

4.1.2 Er worden gemiddeld hogere zorgprofielen afgegeven

Daarnaast kan de financiële prikkel ertoe leiden dat er gemiddeld hogere zorgprofielen afgegeven zullen worden, omdat daar een hogere vergoeding tegenover staat. Hierdoor zullen de maatschappelijke kosten logischerwijs stijgen.

Het is de vraag in welke mate deze hogere zorgprofielen ook tot werkelijk intensievere zorg zullen leiden. Is dit wel het geval, dan zullen er cliënten zijn die een hogere kwaliteit van leven ervaren, doordat ze de intensievere zorg als gewenst ervaren. Het kan echter ook zo zijn dat cliënten onnodig intensieve zorg krijgen, waardoor hun ervaren kwaliteit van leven afneemt. Deze twee effecten werken elkaar tegen en worden allebei meegenomen. Bij het monetariseren zal moeten blijken welke van de twee zwaarder weegt.

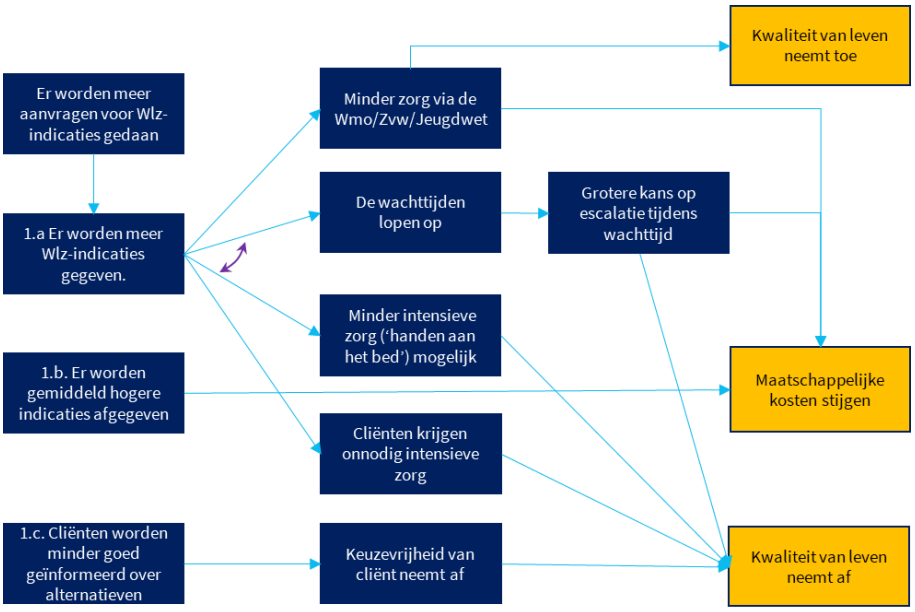
4.1.3 Cliënten worden minder goed geïnformeerd over alternatieven

Zorgaanbieders hebben er geen belang bij om cliënten voor te lichten over de mogelijkheden omtrent bijvoorbeeld het gebruik van een pgb. Sommige cliënten zouden van een pgb gebruik kunnen en willen maken, maar zullen dit hierdoor niet doen. Daardoor neemt de keuzevrijheid van cliënten af, en daarmee de ervaren kwaliteit van leven. Een tweede effect is dat bijvoorbeeld een pgb doorgaans goedkoper is dan zorg in natura, waardoor de maatschappelijke kosten zullen stijgen.

N.B. We gaan ervan uit dat ook in het beleidsalternatief de zorgkantoren uiteindelijk zullen beslissen over al dan niet leveren via een pgb, maar hiervan zal geen sprake zijn wanneer de cliënt niet aangeeft hiervan gebruik te willen maken.

De visuele samenvatting van dit deel van de beleidstheorie, is in onderstaande figuur weergegeven.

[2] Zie bijvoorbeeld “Samenvattend rapport Uitvoering Wet langdurige zorg door zorgkantoren 2018/2019” van de Nederlandse Zorgautoriteit.



Figuur 4: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van het beleggen van de indicatiestelling bij aanbieders in kaart brengt.

4.2 De indicatiestelling wordt niet langer centraal verzorgd

Wanneer de indicatiestelling niet langer door één orgaan wordt verzorgd, maar door meerdere organisaties, treden drie gevolgen op:

- minder efficiënte vormgeving van de indicatiestelling
- het niet meer beschikken over eenduidige informatievoorziening
- toename van ongelijke uitkomsten

4.2.1 Zorgprofessionals kunnen worden ingezet voor de indicatiestelling

Voor het uitvoeren van de indicatiestelling in het beleidsalternatief is capaciteit nodig. Hierin kan in principe in grote mate voorzien worden door de huidige indicatiestellers van het CIZ. Wanneer dezelfde taak echter door een groot aantal organisaties uitgevoerd wordt (waarvan een deel bovendien klein is), in plaats van door één organisatie, zal deze doorgaans iets minder efficiënt uitgevoerd kunnen worden, omdat er sprake is van 'snijverlies'. Dit betekent dat er meer capaciteit nodig is voor deze taak, dan nu het geval. Dus zelfs als alle medewerkers die momenteel de indicatiestelling bij het CIZ verzorgen, in dienst treden bij zorgaanbieders, is de verwachting dat er landelijk capaciteitstekort zal zijn. Hieraan kan op drie manieren aan tegemoet gekomen worden.

Ten eerste is het denkbaar dat er indicatiestellers kunnen worden getraind en ingezet, die momenteel niet al in de zorg werken. Bij de huidige personeelstekorten in de zorg is het weliswaar de vraag hoe realistisch dit is, maar mocht het gebeuren, dan zal dit leiden tot hogere maatschappelijke kosten.

Een tweede manier om dit op te vangen, is door huidige zorgprofessionals mee te laten indiceren. Als het aantal bestaande cliënten gelijk blijft, maar professionals moeten een deel van hun tijd besteden aan indicatiestelling, dan zal de capaciteit die beschikbaar is voor het primaire proces kleiner worden. De afname van besteedde tijd (en aandacht) per cliënt, leidt tot een afname van de ervaren kwaliteit van leven van de cliënten.

Tot slot is er de mogelijkheid om de indicatiestelling uit te voeren met een capaciteit die per saldo lager is dan de huidige. Dit betekent dat de duur per indicatiestelling langer zal zijn. Dit heeft hetzelfde effect als oplopende wachtlijsten: een grotere kans op escalatie tijdens de wachtperiode, met zowel een stijging van de maatschappelijke kosten als een daling van de kwaliteit van leven tot gevolg.

In principe kunnen alle drie de bovenstaande mogelijkheden (indicatiestelling door zorgprofessionals, inhuren van extra mankracht, of het oplopen van de tijd per indicatiestelling) voorkomen. De mate waarin dat gebeurt, is a priori echter onbekend.

Er moet echter ook rekening worden gehouden met het feit dat de uitvoeringskosten van het CIZ in het beleidsalternatief weg zullen vallen. Veel van de kostenposten zullen dan effectief verplaatsen naar zorgaanbieders en geen verandering in de maatschappelijke kosten veroorzaken. Er zijn echter ook posten die in het beleidsalternatief lager kunnen uitvallen. Een voorbeeld hiervan is de huur van panden. Momenteel zijn dit al kosten die zorgaanbieders maken, en het ligt niet in de lijn der verwachting dat deze kosten meer zullen stijgen dan dat de kosten die het CIZ momenteel maakt op dit gebied.

4.2.2 Er is niet langer sprake van een eenduidige informatievoorziening

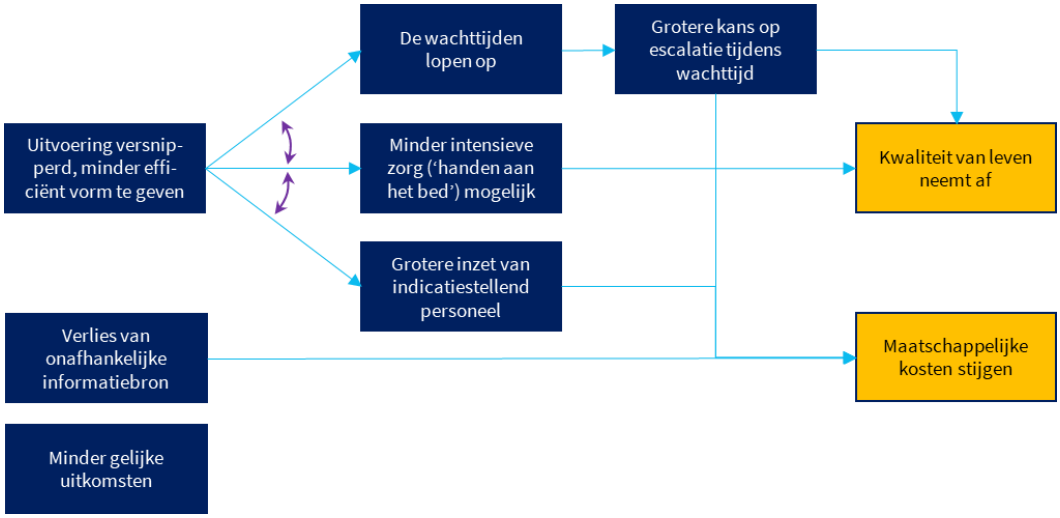
Buiten het afgeven van indicaties voor de Wlz vervult het CIZ nog een andere taak. De informatie die het instituut verzamelt, wordt verwerkt zodat landelijke trends in de zorg zichtbaar worden. Deze data wordt gebruikt voor onder andere het vaststellen van de regionale Wlz budgetten.

Als de indicatiestelling wordt belegd bij zorgaanbieders, gaat deze functie in principe ook verloren. Een vergelijkbare functie kan ook door aanbieders worden vervuld. Een decentrale invulling zal echter meer inzet vragen, zowel om uit te voeren als om kwaliteit, volledigheid en eenduidigheid van de informatie te borgen. Dit leidt dus tot hogere maatschappelijke kosten.

4.2.3 Toename van ongelijke uitkomsten

In het nulalternatief worden alle cliënten door dezelfde organisatie volgens dezelfde richtlijnen geïndiceerd. Gelijke gevallen worden zoveel als mogelijk gelijk behandeld. Wanneer centrale indicatiestelling losgelaten wordt, zal hierin een grotere diversiteit optreden. Gevolg daarvan is dat sommige cliënten een hogere indicatie, en dus meer zorg, krijgen dan andere cliënten in dezelfde situatie. Dit effect heeft weliswaar gevolgen voor individuele cliënten, maar voor de cliëntpopulatie als geheel middelen deze gevolgen uit. We nemen dit effect dus niet mee in de monetarisatie.

Bovenstaande onderdelen van de beleidstheorie zijn in de figuur hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 5: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van het verspreiden van de indicatiestelling over meerdere organen in kaart brengt.

4.3 Gevolgen van de vrijheid om het indicatieproces aan te passen

Doordat zorgaanbieders in het beleidsalternatief zowel het leveren van zorg als het indiceren op zich nemen, hebben ze meer regie over de precieze invulling van de het indicatieproces dan dat het CIZ heeft in het nulalternatief.

4.3.1 Wachttijd kan formeel naar de indicatieduur worden verplaatst

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om het proces van indicatiestelling net zo lang te laten duren, totdat er daadwerkelijk een plek beschikbaar is voor de cliënt. Effectief wordt op deze manier wachttijd verplaatst naar indicatieduur. Dit heeft dus geen gevolgen voor het al dan niet optreden van escalaties: cliënten wachten immers even lang.

Omdat vanaf het moment dat de indicatie afgegeven is een eigen bijdrage voor de Wlz betaald moet worden, betekent dit dat cliënten in totaal minder eigen bijdrage hoeven te betalen. De eigen bijdrage voor de Wlz is immers hoger dan voor de zorg en ondersteuning uit andere wetten. De kosten voor de benodigde zorg en ondersteuning zullen overigens wel ergens vandaan moeten komen. Het is dus te verwachten dat de kosten voor de cliënten in kwestie weliswaar zullen dalen, maar niet de maatschappelijke kosten als geheel.

4.3.2 Zorgaanbieders kunnen mogelijk sneller indiceren

Uit eerdere onderzoeken is naar voren gekomen dat de indicatiestelling door zorgaanbieders sneller gedaan kan worden dan door het CIZ. De vraag is echter wel in hoeverre dit nog relevant is na de procedure "CIZ versnelt".

Als de indicatiestelling sneller vorm kan worden gegeven, zal dat leiden tot minder escalaties. Zoals eerder beschreven, leidt een daling in het aantal escalaties tot lagere maatschappelijke kosten en een toename in de ervaren kwaliteit van leven.

N.B. Bovenstaande effecten betreffen alleen nieuwe indicaties: voor herindicaties van cliënten die al Wlz-zorg zijn, gelden deze effecten niet: mocht escalatie gedurende de

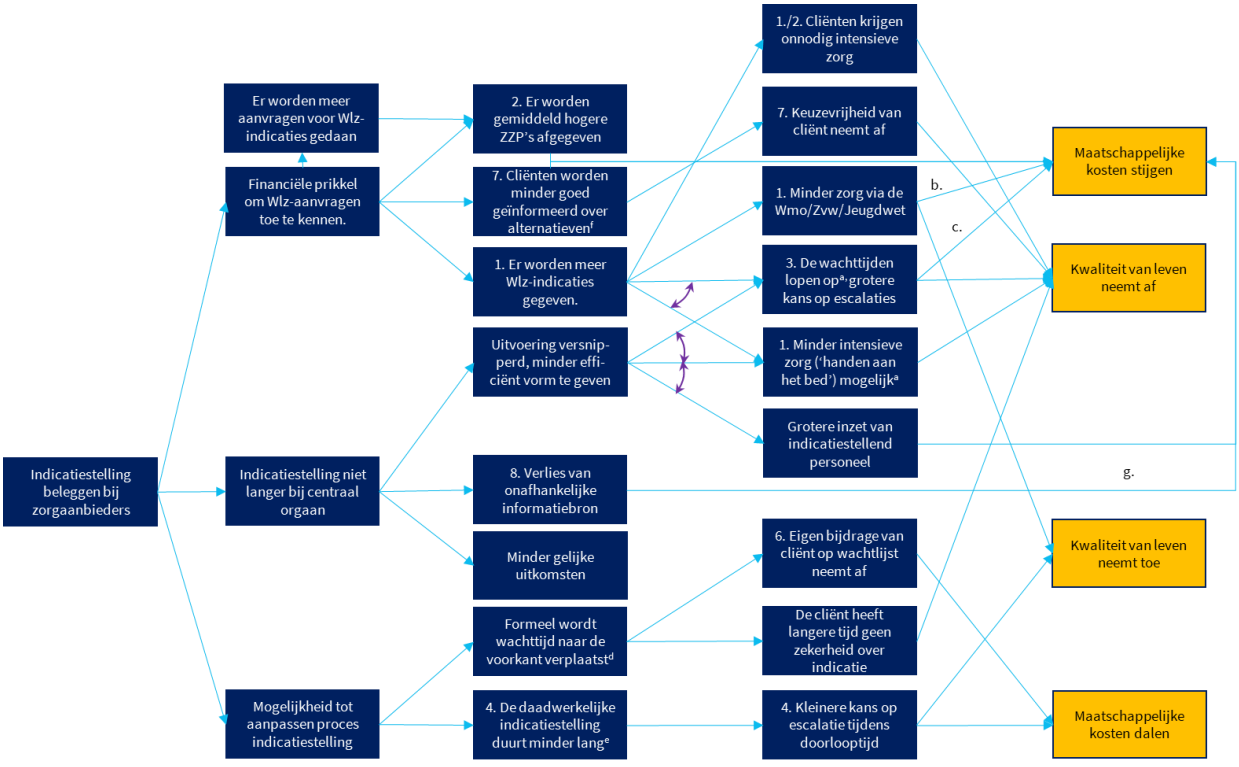
wachttijd voor een indicatie optreden, dan kan de aanbieder in kwestie nu ook al de benodigde zorg opschalen.

Bovenstaande onderdelen van de beleidstheorie zijn in de figuur hieronder schematisch weergegeven.

Figuur 6: Het deel van de beleidstheorie dat de effecten als gevolg van de vrijheid die zorgaanbieders hebben om het indicatieproces aan te passen in kaart brengt.

4.4 Samenvatting van de beleidstheorie

In onderstaande afbeelding is de beleidstheorie van de verschillende onderdelen samengevoegd.



Figuur 7: De beleidstheorie behorende bij het beleidsalternatief waarin de indicatiestelling voor de Wlz door zorgaanbieders wordt gedaan.

Toelichting voetnoten

a. Vanwege personeelstekorten.
b. Omdat Wmo/Zvw/Jeugd-trajecten gemiddeld goedkoper zijn Wlz-trajecten.
c. Voor ouderen die nu eigenlijk niet zelfstandig meer thuis kunnen wonen.
d. Doordat aanbieders ervoor kunnen kiezen de indicatieprocedure pas af te ronden als er daadwerkelijk een plek beschikbaar is.
e. Gebaseerd op het Experiment Waardigheid en Trots, maar onduidelijk hoe relevant de uitkomsten daarvan nog zijn na “CIZ versnelt”.
f. Bijvoorbeeld pgb en andere leveringsvormen.
g. Moet op een andere –inefficiëntere- manier georganiseerd worden.

5 *Uitkomsten: financiële vertaling van de beleidstheorie*

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de verschillende onderdelen van de beleidstheorie beschreven. Deze resultaten zijn bepaald door de rekenregels op te stellen die de oorzaak-gevolg relaties uit de beleidstheorie monetariseren. De precieze inhoud van deze rekenregels is terug te vinden in Bijlage A. De verschillende variabelen die als voeding dienen voor deze rekenregels staan vermeld in Bijlage B.

We gaan achtereenvolgens in op:

5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz
5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen
5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden
5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces
5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm
5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie
5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling
5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Het volledige resultaat van de indicatieve MKBA staat in het volgende hoofdstuk opgenomen.

5.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz

In het beleidsalternatief is er een financiële prikkel voor zorgaanbieders om meer cliënten toe te laten tot de Wlz. Dit heeft twee financiële gevolgen: hogere maatschappelijke kosten en een hogere eigen bijdrage voor de cliënt.

5.1.1 Hogere maatschappelijke kosten door onterechte toegang tot de Wlz

Resultaat basisscenario
Het substitutie-effect waarbij cliënten in het beleidsalternatief onterecht toegang krijgen tot de Wlz leidt tot een totale toename van de maatschappelijke kosten van 107 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming
Dit bedrag komt tot stand door het verschil in kosten tussen Wlz-zorg en zorg via de Wmo, Zvw of Jeugdwet te vermenigvuldigen met het aantal cliënten dat onterecht toegang krijgt (zie appendix A.1).

Volgens de uitkomsten van het ERAI-traject zou 2,26% van de cliënten met toegang tot de Wlz

dat onterecht hebben gekregen. Door dit te extrapoleren naar het huidig aantal goedgekeurde aanvragen zou dat neerkomen op 2.379 cliënten in het beleidsalternatief. We hebben hierin niet de mogelijke toename van het aantal aanvragen verdisconteerd die in de beleidstheorie opgenomen is, omdat daarvoor te weinig aanknopingspunten zijn om betrouwbaar te onderbouwen.

Van de cliënten die in het ERAI-traject foutief toegang zouden hebben gekregen tot de Wlz is ook het aangevraagde zorgprofiel geregistreerd. We hanteren voor de tarieven van de zorgprofielen 90% van het maximale NZa-tarief in 2019. Dan blijken de gemiddelde kosten per jaar voor een foutief toegelaten cliënt ongeveer € 70.000 te bedragen. Dit bedrag geldt echter alleen voor cliënten met intramuraal verblijf. Voor cliënten die gebruik maken van een mpt, vpt of pgb zijn deze kosten significant lager. Voor een eerlijke vergelijking is het aantal extra cliënten naar rato van het huidige gebruik van de vier leveringsvormen ingedeeld. Voor ieder zorgprofiel is deze verdeling anders (cliënten met VG-profielen maken bijvoorbeeld minder vaak gebruik van intramurale zorg dan cliënten met V&V-profielen). Als zowel de verdeling over zorgprofielen als leveringsvormen in acht worden genomen, bedragen de gemiddelde kosten voor een foutief toegelaten cliënt ongeveer € 66.000 per jaar[3].

Door de verhouding van de meest waarschijnlijke vervangende vormen van Wlz-zorg (huishoudelijke hulp, begeleiding en wijkverpleging) te bepalen[4] en ook hiervoor 90% van het maximumtarief van de NZa te hanteren, komen de gemiddelde kosten voor een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject neer op ongeveer € 18.000 per jaar. Voor intramurale cliënten geldt daarbij dat ze mogelijk huurkosten hadden voor toelating tot de Wlz. Bij het bepalen van de gemiddelde huur zijn een aantal aannames gemaakt, deze zijn terug te vinden in appendix B.2. Als deze huurkosten worden meegerekend, bedragen de gemiddelde kosten die de cliënten die in het beleidsalternatief (foutief) toegang tot de Wlz krijgen bijna € 21.000 per jaar.

Het verschil tussen beide bedragen is de toename in maatschappelijke kosten per cliënt met onterechte toegang tot de Wlz.

Het is de vraag hoe de cliënten die onterecht toegelaten zouden worden zich wat betreft de kosten verhouden tot het gemiddelde. Het is denkbaar dat zij een gemiddeld lichter profiel hebben. Tegelijkertijd zullen zij gemiddeld ook minder Wmo- en Zvw-kosten maken voorafgaand aan hun Wlz-indicatie. We nemen hier aan dat het verschil tussen Wmo/Zvw enerzijds en Wlz anderzijds voor deze groep daarom vergelijkbaar is met het gemiddelde.

Gevoeligheidsanalyse

De totale toename in maatschappelijke kosten is sterk afhankelijk van het percentage cliënten dat foutief toegang tot de Wlz krijgt. Aangezien het aantal indicaties in het Erai-traject beperkt is, moet dit percentage met een bepaalde onzekerheidsmarge worden bekeken. Daarbij is het onzeker in welke mate de resultaten uit het Erai-traject een afspiegeling van de werkelijkheid zijn. In de tabel hieronder is samengevat wat verschillende percentages zouden betekenen voor de totale toename van de maatschappelijke.

[3] Ter vergelijk: delen we de totale uitgaven aan de Wlz in 2018 door het totaal aantal Wlz-cliënten, dan komen we op ruim € 62.000 per jaar.

[4] Zie het rapport “Wat als zorg wegvalt” van het SCP.

Omdat het aantal cliënten met toegang tot de Wlz doorwerkt in bijna alle maatschappelijke effecten, is alleen het gevolg voor de totale maatschappelijke kosten weergegeven.

Percentage	Toename totale kosten	Percentage	Toename totale kosten
2,26 %	*164 miljoen*		
0,5 %	77 miljoen	3 %	202 miljoen
1 %	101 miljoen	4 %	254 miljoen
2 %	151 miljoen	5 %	307 miljoen

Tabel 2: Het effect van het percentage onterecht toegelaten cliënten op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Onafhankelijk van de gevoeligheidsanalyse voor het percentage foutief toegelaten cliënten hanteren we ook een foutmarge voor de gemiddelde kosten van een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdtraject. Deze onzekerheidsmarge wordt als 10% genomen. Voor het basisscenario (waarin de totale toename 107 miljoen bedraagt) komt dit uit op een bandbreedte tussen de 102 miljoen en 112 miljoen euro.

5.1.2 Hogere eigen bijdrage door onterechte toegang tot de Wlz

Resultaat basisscenario

De betaalde eigen bijdrage zal jaarlijks met ongeveer 14 miljoen toenemen. Dit zijn kosten die dan niet meer door de maatschappij gedragen worden. Effectief betekent dit dus dat zo'n 14 miljoen euro van de totale stijging in maatschappelijke kosten bij de cliënten terecht komt.

Totstandkoming

Als eigen bijdrage voor de Wlz is de gemiddelde eigen bijdrage van 2018, zoals bijgehouden door het CBS genomen. Dit bedroeg € 123,28 per week.

De eigen bijdrage voor een vervallen Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject hangt af van de precieze invulling daarvan. Hiervoor is dezelfde verdeling tussen huishoudelijke hulp, begeleiding en wijkverpleging genomen als voor de berekening van de maatschappelijke kosten van een dergelijk traject. Voor begeleiding en huishoudelijke hulp is de maximale eigen bijdrage voor de Wmo genomen (abonnementstarief, € 4,38 per week). Voor wijkverpleging komt daar nog het eigen risico bij (gemiddeld € 7,40 per week). Het gewogen gemiddelde komt uit op een eigen bijdrage van € 8,24.

Gevoeligheidsanalyse

De totale toename in eigen bijdrage is sterk afhankelijk van het percentage cliënten dat foutief toegang tot de Wlz krijgt. Dezelfde gevoeligheidsanalyse die voor de maatschappelijke kosten is uitgevoerd, levert de resultaten weergegeven in de onderstaande tabel op. De aangegeven bedragen betreffen de totale toename van de eigen bijdrage. Hiervan wordt het overgrote deel bepaald door het aantal cliënten dat onterecht toegang krijgt tot de Wlz.

Percentage	Toename eigen bijdrage	Percentage	Toename eigen bijdrage
2,26 %	*14 miljoen*		
0,5 %	3 miljoen	3 %	19 miljoen
1 %	6 miljoen	4 %	26 miljoen
2 %	13 miljoen	5 %	32 miljoen

Tabel 3: Het effect van het percentage onterecht toegelaten cliënten op de hoogte van de totale eigen bijdrage voor de Wlz in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename in eigen bijdrage is vooral afhankelijk van het aantal cliënten met toegang tot de Wlz, wat al is opgenomen in de gevoeligheidsanalyse.

5.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen

Resultaat basisscenario

Het substitutie-effect waarbij er foutieve zorgprofielen worden geïndiceerd in het beleidsalternatief leidt tot een totale toename van de maatschappelijke kosten van 45 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming

In het ERAI-traject zijn zowel de door de zorgaanbieders aangevraagde zorgprofielen als de daadwerkelijk door het CIZ afgegeven zorgprofielen geregistreerd. In ongeveer 8% van de gevallen zou een cliënt terecht toegang tot de Wlz hebben gekregen, maar met een foutief zorgprofiel. In ongeveer twee derde van deze situaties werd door de zorgaanbieder een duurder zorgprofiel aangevraagd dan dat het CIZ uiteindelijk indiceerde.

Voor alle zorgprofielen hebben we 90% van het maximumtarief van de NZa over 2019 gehanteerd. Het gewogen gemiddelde van de aangevraagde zorgprofielen dat duurder was dan het geïndiceerde zorgprofiel bedraagt zo'n € 80.000 per jaar, terwijl het uiteindelijk geïndiceerde zorgprofiel gemiddeld € 65.000 kostte. Voor aangevraagde zorgprofielen die goedkoper waren bedroegen de kosten gemiddeld € 69.000, terwijl de kosten voor de door het CIZ geïndiceerde zorgprofielen gemiddeld € 85.000 per jaar waren.

Door het aantal foutieve zorgprofielen (zowel duurder als goedkoper) te vermenigvuldigen met het gemiddelde kostenverschil komt dit effect uit op een toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 45 miljoen euro.

Gevoeligheidsanalyse

De omvang van het substitutie-effect hangt sterk af van het twee variabelen

1. Het percentage foutief afgegeven zorgprofielen in het beleidsalternatief
2. Het percentage van de foutieve zorgprofielen dat duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest

Beide variabelen volgen uit de gegevens die zijn bijgehouden gedurende het Erai-traject. Net als het percentage cliënten met onterecht toegang tot de Wlz, moeten ook deze variabelen met een bepaalde onzekerheidsmarge worden bekeken.

In de tabel hieronder is samengevat wat verschillende percentages van foutief afgegeven zorgprofielen in het beleidsalternatief zouden betekenen voor de totale toename van de maatschappelijke kosten.

Percentage	Toename totale kosten	Percentage	Toename totale kosten
7,99 %	*164 miljoen*		
2 %	130 miljoen	10 %	176 miljoen
4 %	142 miljoen	12 %	187 miljoen
6 %	153 miljoen	14 %	198 miljoen

Tabel 4: Het effect van het percentage foutief afgegeven zorgprofielen op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

In de volgende tabel zijn de effecten weergegeven van de situaties waarin er een groter of kleiner aantal van de foutieve zorgprofielen duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest.

Percentage duurder	Percentage goedkoper	Toename totale kosten
68,42 %	*31,58 %*	*164 miljoen*
55 %	45 %	129 miljoen
75 %	25 %	182 miljoen

Tabel 5: Het effect van het percentage foutief afgegeven zorgprofielen dat duurder of goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Naast de variabelen die al zijn opgenomen in de gevoeligheidsanalyse zijn er geen andere parameters die een significante onzekerheid kennen.

5.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden

Resultaat basisscenario

Doordat de wachttijden in het beleidsalternatief gemiddeld langer zullen zijn, vergroot dit de kans op een escalatie tijdens deze wachttijd. Dit effect vergroot de maatschappelijke kosten met iets meer dan 2 miljoen euro per jaar.

Totstandkoming

Escalaties kunnen plaatsvinden tijdens de wachttijd. Voor deze berekening is de wachttijd gedefinieerd als de totale tijd die een cliënt wacht tijdens de indicatiestelling plus de tijd die de cliënt daarna op een wachtlijst staat.

De wachttijd hangt onder andere af van het aantal toegelaten cliënten, de indicatiesnelheid, en het aantal beschikbare plekken in de Wlz. De lengte van de wachtlijsten in het nulalternatief worden bijgehouden door het Zorginstituut. De precieze berekening van de wachttijd in het beleidsalternatief is te vinden in appendix A.1. Het resultaat van de berekening is dat de wachttijd in het beleidsalternatief iets meer dan 3% langer is dan in het nulalternatief.

Er worden twee typen escalaties meegenomen in dit onderzoek:

1. cliënten die vanwege een snel toegenomen zorgvraag in een **ziekenhuisbed** terecht komen,
2. cliënten die **crisiszorg** uit de Wlz nodig hebben.

Per dag komen er zo'n 550 patiënten[5] in een **ziekenhuisbed** terecht met een escalatie. Voor iedere week wachttijd komt dit neer op een kans van bijna 19% dat er ergens in Nederland een escalatie plaatsvindt. Door dit te verrekenen met het verschil in wachttijd tussen het nulalternatief en beleidsalternatief volgt dat het aantal dagen escalatie-zorg toeneemt met ongeveer 6.600. De gemiddelde kosten van een dergelijke escalatie bedroegen in 2019 iets meer dan 200 euro per dag (CZ/Zilveren Kruis). In totaal levert de toename van dit type escalaties dan een toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 1,3 miljoen euro.

Het percentage cliënten dat **Wlz-crisiszorg** nodig heeft gehad ten opzichte van alle cliënten in de Wlz wordt door het CBS bijgehouden. In 2018 bedroeg dit 1,26%. Voor dit onderzoek nemen we aan dat de inzet van Wlz-crisiszorg er uiteindelijk toe leidt dat een cliënt een zorgprofiel krijgt dat één stap hoger is dan wat nodig was geweest zonder Wlz-crisiszorg.

De toename in het aantal cliënten dat crisiszorg nodig heeft in het beleidsalternatief wordt voor deze berekening evenredig geschaald met de toename van de wachttijd. Dit komt neer op 115 cliënten per jaar. Het gewogen gemiddelde verschil tussen een hoger en een lager zorgprofiel bedraagt zo'n 23 euro per dag. De maatschappelijke kosten zullen dan naar verwachting iets minder dan een miljoen euro toenemen door deze extra escalaties.

De lengte van de wachtlijsten neemt (onder andere) toe doordat er in het beleidsalternatief meer cliënten toegang krijgen tot de Wlz. Dit zullen naar alle waarschijnlijkheid cliënten zijn met een relatief lichte zorgvraag. Onafhankelijk van de zorgvraag van deze extra cliënten neemt de gemiddelde wachttijd van álle cliënten op de wachtlijst toe, dus ook de wachttijd van cliënten met een hogere zorgvraag. Escalaties zullen voornamelijk plaatsvinden bij deze laatste groep. De verhouding van het aantal cliënten met een lichtere of zwaardere zorgvraag die op de wachtlijst staat verandert in het beleidsalternatief een beetje. Zo zullen er in verhouding meer cliënten met een lichtere zorgvraag op de wachtlijst staan. Hierdoor is de gehanteerde methode mogelijk een lichte overschatting van het aantal extra escalaties dat plaatsvindt.

Aan de andere kant ligt het in de lijn der verwachting dat de kans op een escalatie meer dan evenredig groeit met de lengte van de wachtlijst. Doordat we toch rekenen met een evenredige groei, levert dit een lichte onderschatting van het aantal extra escalaties op. De verwachting is dat deze onderschatting en de eerdergenoemde overschatting elkaar grotendeels opheffen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

Het aantal escalaties in het beleidsalternatief hangt af van een aantal parameters die een bepaalde onzekerheid kennen. De totale wachttijd in het beleidsalternatief is onder andere afhankelijk van het percentage waarmee de wachtlijst verkleind wordt doordat zorgprofessionals minder tijd per cliënt besteden. Op deze manier worden effectief meer plekken gecreëerd. In het basisscenario is hier een inschatting van 2% voor genomen, maar vanwege de onzekerheid van deze inschatting is een bandbreedte van 0% tot 5% gehanteerd.

De bandbreedte in dit percentage levert de grootste afwijking van de financiële omvang van het aantal escalaties. Waar de inschatting van 2% een toename van ongeveer 2 miljoen euro betekende, komt de onzekerheidsmarge uit op een bandbreedte tussen de 0,4 miljoen en 3,6 miljoen.

[5] "Te goed voor het ziekenhuis maar te slecht voor thuis" (NRC, februari 2020).

5.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces

Resultaat basisscenario
Tijdens het indicatieproces wordt er nog geen eigen bijdrage voor de Wlz betaald, maar tijdens de tijd op een wachtlijst wel. In het beleidsalternatief kunnen aanbieders tijd op de wachtlijst verkorten door het indicatieproces (administratief) langer te laten duren. De inschatting is dat dit in totaal zo'n 57 duizend euro in eigen bijdragen zal schelen. Dit zijn kosten die dan door de maatschappij gedragen zullen moeten worden.

Totstandkoming
In het ERAI-traject is de tijd tussen een goedgekeurde indicatie en het indienen van een indicatie bijgehouden. Dit kan effectief worden gezien als een verschuiving tussen wachttijd en indicatietijd. In ongeveer een derde van de aanvragen zat er geen tijd tussen de twee. In 44% van de gevallen bedroeg de verschuiving minder dan een week. In de rest van de aanvragen zat er meer tijd tussen de indicatie en het indienen.

Door deze percentages te verrekenen met het aantal cliënten op de wachtlijsten volgt het totaal aantal weken verschuiving van wachttijd naar indicatietijd. Aangenomen is dat er van deze procesvrijheid geen gebruik wordt gemaakt voor cliënten die als "niet-wachtend" op de wachtlijst staan aangemerkt. Voor wachtende cliënten met overbruggingszorg is aangenomen dat slechts in de helft van de gevallen gebruik zal worden gemaakt van deze procesvrijheid.

De totale verlaging van eigen bijdrage volgt dan uit het verschil tussen de wekelijkse eigen bijdrage voor de Wlz en die voor de Wmo/Zvw/Jeugdwet (zoals beschreven in appendix A.4)

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge
In de berekening is aangenomen dat er voor niet-actief wachtende cliënten geen gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om wachttijd effectief om te zetten in indicatietijd. Als onzekerheidsmarge is het gebruik van deze procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten (met overbruggingszorg) op 5% gezet. Het effect hiervan is dat de totale daling van eigen bijdrage zo'n 470.000 euro bedraagt. Variaties van andere parameters zijn ook meegenomen, maar hebben veel minder grote effecten.

Anderzijds wordt voor het basisscenario aangenomen dat in 50% van de aanvragen voor VG-profielen gebruik wordt gemaakt van de procesvrijheid. Als onzekerheidsmarge is hiervoor een ondergrens van 0% genomen. Deze onzekerheid heeft het grootste effect op de bovengrens van de bandbreedte van de daling van de eigen bijdrage. Met deze onzekerheid bedraagt de totale daling van eigen bijdrage nog maar 25 duizend euro, zodat de bandbreedte valt tussen een afname in kosten van 25.000 en 470.000 euro.

5.5 Verminderde keuzevrijheid leveringsvorm

Resultaat basisscenario
Doordat zorgaanbieders cliënten naar verwachting minder goed zullen voorlichten over de mogelijkheden van het gebruik van een pgb, mpt of vpt zal de keuzevrijheid dalen. De lagere kosten die doorgaans gemoeid gaan met deze vormen van zorg leiden tot een toename van de maatschappelijke kosten van ongeveer 8,5 miljoen euro.

Totstandkoming

Het CBS houdt het totaal aantal gebruikers van een pgb bij. In 2018 bedroeg dit iets minder dan 14% van het totaal aantal Wlz-cliënten. Door dit te schalen naar het jaarlijkse aantal nieuwe cliënten in het beleidsalternatief (dus exclusief herindicaties) zou dit neerkomen op iets meer dan 9.000 personen die per jaar gebruik zouden *willen maken* van een **pgb**. Er wordt aangenomen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een pgb vanwege een verminderde informatievoorziening vanuit de zorgaanbieder. Dit percentage is relatief laag ingeschat omdat in het nulalternatief zo'n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder bij het CIZ terecht komt voor een indicatie. Voor deze cliënten verandert er dus weinig tot niets in de voorlichting en informatievoorziening over het gebruik van een pgb. Met deze inschatting zijn er in het beleidsalternatief jaarlijks zo'n 190 cliënten die geen pgb gebruiken maar dat wel hadden gewild.

Het percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een **vpt** bedraagt zo'n 5% (cijfers uit 2018). Door dit te schalen naar het aantal nieuwe cliënten (exclusief herindicaties) in het beleidsalternatief, komt dit neer op iets meer dan 3.000 cliënten per jaar die gebruik zouden *willen maken* van een **vpt**. Door ook hier de aanname te nemen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een **vpt** vanwege verminderde informatievoorziening, zijn er in het beleidsalternatief zo'n 68 cliënten die geen **vpt** gebruiken, maar dat wel hadden gewild.

In 2018 werd door ongeveer 16% van de cliënten gebruik gemaakt van een **mpt**. In het beleidsalternatief komt dat neer op iets meer dan 11.000 nieuwe cliënten die gebruik zouden *willen maken* van een **mpt**. Door ook hier de aanname te nemen dat 2% hiervan uiteindelijk geen gebruik maakt van een **mpt** vanwege verminderde informatievoorziening, zijn er in het beleidsalternatief zo'n 226 cliënten die geen **mpt** gebruiken, maar dat wel hadden gewild.

Voor elk van de zorgprofielen is zowel voor een pgb als voor zorg in natura een dagtarief berekend. We bepalen de verschillen tussen deze tarieven en wegen de resultaten daarvan aan de hand van het aantal cliënten met een bepaald zorgprofiel. Hieruit volgt dat het gemiddelde verschil in dagprijs tussen zorg vanuit een pgb en zorg in natura iets meer dan 50 euro te zijn. Dit komt neer op een jaarlijkse totale toename van de maatschappelijke kosten van zo'n 3,5 miljoen euro.

Voor het gebruik van een **vpt** kan een dergelijke berekening worden gedaan. In dat geval bedraagt het verschil zo'n € 38 per dag, en telt het op tot een jaarlijkse toename van iets minder dan een miljoen.

Voor het gebruik van een **mpt** zijn de kosten per zorgprofiel niet bekend. Als afschatting is hier het gemiddelde genomen tussen de kosten voor een pgb en een vpt. De totale toename van de maatschappelijke kosten door cliënten die geen mpt gebruiken, maar dat wel hadden gewild bedragen zo'n 4 miljoen euro.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename van 8,5 miljoen euro vanwege een verminderde keuzevrijheid hangt af van het percentage nieuwe cliënten dat door gebrek aan informatie niet voor een pgb/vpt/mpt kiest. In het basisscenario zijn deze drie percentages op 2% ingeschat. Als onzekerheidsmarge is een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd. Deze onzekerheden vertalen zich in een bandbreedte van het financiële effect tussen de 6,5 miljoen en 14,5 miljoen.

5.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie

Resultaat basisscenario
Doordat het verzamelen en analyseren van informatie (bijvoorbeeld ten behoeve van het bepalen van de regionale budgetten door de NZa) niet langer centraal wordt gedaan, kost dit meer capaciteit. Dat leidt tot een geschatte toename van de maatschappelijke kosten van zo'n € 70.000 per jaar.

Totstandkoming
Momenteel schat het CIZ in dat er zo'n 6 fte ingezet wordt voor deze taak. De gemiddelde personeelskosten hiervoor bedragen ongeveer € 60.000 per fte per jaar. Door een 20% opslag te rekenen voor het decentraliseren van deze taak volgt jaarlijkse de toename in maatschappelijke kosten.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge
Voor de opslagfactor van 20% hanteren we een bandbreedte tussen de 5% en 30% als onzekerheid. Deze percentages vertalen zich in een financieel effect van het efficiëntieverlies tussen de 18.000 en 108.000 euro.

5.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling

Resultaat basisscenario
Doordat de indicatiestelling niet langer centraal wordt gedaan, zal dit meer capaciteit vragen. Een van de manieren om dit op te vangen is het inhuren van extra personeel. In het basisscenario levert dit een toename in de maatschappelijke kosten van ongeveer € 750.000 per jaar op.

Totstandkoming
Als een taak die door een grote organisatie wordt uitgevoerd, wordt verspreid over meerdere kleine organisaties, die deze taak op dezelfde wijze uit zullen moeten voeren, zal dit in totaal meer capaciteit vragen, bijvoorbeeld omdat werk minder efficiënt verdeeld kan worden. Voor het decentraliseren van de indicatiestelling wordt een efficiëntieverlies van 10% ingeschat. Aan de andere kant kunnen zorgaanbieders een indicatie naar verwachting sneller uitvoeren. Hiervoor wordt een snelheidswinst van 5% geteld, waardoor er in totaal maar 5% meer capaciteit nodig zal zijn.

Dit tekort aan capaciteit kan op drie manieren worden ingevuld

1. Er kan extra personeel worden ingehuurd om te indiceren
2. Zorgprofessionals kunnen een deel van de indicaties uitvoeren
3. Er komt geen capaciteit bij en de indicatiestelling duurt langer

Dit zijn communicerende vaten, die gezamenlijk het volledige tekort aan capaciteit zullen moeten verklaren. Voor het basisscenario is ingeschat dat deze effecten respectievelijk voor 50%, 10% en 40% van de capaciteit optreden.

Momenteel wordt er bij het CIZ 454 fte aan personeel ingezet voor het stellen van Wlz-indicaties. Dit betekent dat er in het beleidsalternatief iets meer dan 11 (= 454 x 5% x 50%) fte extra ingehuurd zal moeten worden voor deze taak. De gemiddelde personeelskosten per fte per jaar bedragen iets meer dan € 66.000, wat neerkomt op een totale toename van ongeveer € 750.000 per jaar.

Het is belangrijk om op te merken dat het hier alleen over personeelskosten gaat, en dat overhead buiten beschouwing is gelaten. De reden hiervoor is dat het lastig is om daar een zuivere inschatting van te maken. Aan de ene kant vallen de overheadskosten van het CIZ weg in het beleidsalternatief. Aan de andere kant zullen alle zorgaanbieders een toename kennen van hun overheadskosten. Zo zal er mogelijk meer HR-capaciteit, huisvesting, en ICT-ondersteuning nodig zijn. Omdat het niet duidelijk is of de overheadskosten van het CIZ groter dan wel kleiner zijn dan de toename van overheadskosten van zorgaanbieders in het beleidsalternatief, is besloten om deze post niet mee te nemen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarge

De toename van de maatschappelijke kosten van € 750.000 in het bassiscenario is afhankelijk van een aantal parameters. Ten eerste zijn er de percentages van de communicerende vaten. Omdat deze zeer onzeker zijn, hebben we het effect bekeken van de drie situaties waarin één van de mogelijkheden voor 100% wordt gebruikt en de andere twee totaal niet. Hoewel dit het effect op de maatschappelijke kosten beïnvloed, zijn er twee variabelen waarvan de onzekerheid een groter effect heeft.

Voor het efficiëntieverlies door het verspreiden van de indicatietaak over meerdere organen (in het basisscenario 10%) is een bandbreedte van 5% tot 20% gehanteerd. Voor het percentage waarmee zorgaanbieders het indicatieproces zouden kunnen versnellen (5% in het basisscenario) is een bandbreedte van 0% tot 20% genomen. Deze onzekerheden leiden tot een bandbreedte in het financiële effect zodat dit zowel positief als negatief zou kunnen zijn. Aan het ene uiterste is er sprake van een afname van de maatschappelijke kosten van 1,5 miljoen euro. Aan het andere uiterste gaat het over een toename van 2,3 miljoen euro.

5.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Resultaat basisscenario

Indicerende zorgprofessionals zijn momenteel al in dienst, en zullen dus geen toename in maatschappelijke kosten opleveren. Wel kunnen ze hierdoor minder tijd besteden aan het leveren van zorg, waardoor de kwaliteit achteruit zal gaan.

Totstandkoming

Uit de vorige paragraaf volgt dat er zo'n 2,3 fte aan capaciteit voor indicatiestelling geleverd zal worden door zorgprofessionals. Doordat dit verlies aan zorgintensiteit verspreid is over alle Wlz-cliënten, zal dit slechts een zeer klein effect zijn.

6 Eindresultaat en conclusies

6.1 Eindresultaat

De effecten van het beleidsalternatief zijn tweeledig (zie ook de beleidstheorie in H4):
- op de maatschappelijke kosten;
- op de (ervaren) kwaliteit van leven van cliënten.

We beschrijven hieronder de resultaten voor beide effecten afzonderlijk.

6.1.1 Effect op de maatschappelijke kosten

De precieze uitkomsten zijn afhankelijk van een aantal parameters, die niet vooraf bekend zijn. Om met deze onzekerheid rekening te houden, hebben we

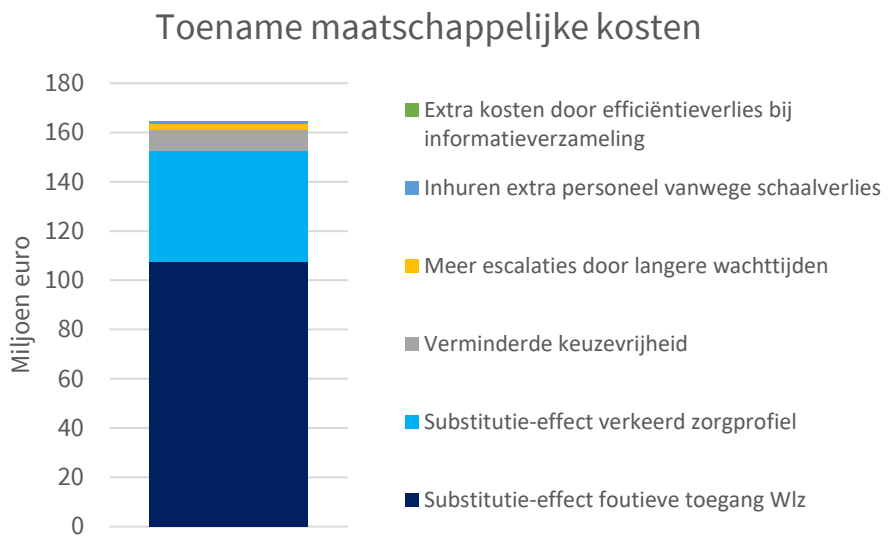
a. een **basisscenario** gedefinieerd op basis van de meest voor de hand liggende waarden van de parameters;
b. via een **gevoeligheidsanalyse** inzichtelijk gemaakt hoe de uitkomsten reageren op variatie van de parameters waarvoor het resultaat het meest gevoelig is;
c. via **onzekerheidsmarges** rekenschap gegeven voor de onzekerheid in de overige parameters.

a. Resultaat basisscenario

De totale verwachte toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief bedraagt zo'n 164 miljoen euro per jaar. Zie Figuur 8 hieronder. Dit is de optelsom van de uitkomsten per onderdeel uit het vorige hoofdstuk.

Het grootste deel van deze kosten komt voort uit cliënten die in het beleidsalternatief toegang krijgen tot de Wlz, maar dat in het nulalternatief niet zouden hebben gekregen. Een andere grote bijdrage aan de totale kosten wordt geleverd door *upcoding*, het effect waarbij cliënten een hoger zorgprofiel krijgen geïndiceerd dan nodig.

De eigen bijdrage van cliënten zal stijgen met zo'n 14 miljoen euro per jaar (zie paragrafen 5.1.2 en 5.4). Van de totale toename van 164 miljoen euro per jaar zal dus 14 miljoen euro bij de cliënten terecht komen. De overige 150 miljoen euro wordt gedragen door de maatschappij.



Figuur 8: De totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief uitgesplitst naar de bijdragen van individuele effecten.

b. Gevoeligheidsanalyses substitutie-effect

We hebben een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd voor de parameters waarvan het eindresultaat het meest afhankelijk is. Deze leidt tot een aanzienlijke bandbreedte in de resultaten: van +77 mio (0,5% onterecht goedgekeurde aanvragen) tot +307 mio (5%). De uitkomsten daarvan worden weergegeven door de bovenste drie staven in Figuur 9 hieronder.

In het basisscenario wordt 2,26% gehanteerd als het percentage cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt. De totale maatschappelijke kosten zijn zeer gevoelig voor dit percentage, zoals te zien is in Tabel 2 in paragraaf 5.1.

Daarnaast zijn de totale maatschappelijke kosten als gevolg van foutief afgegeven zorgprofielen sterk afhankelijk van zowel het percentage foutieve zorgprofielen, als van het deel van deze zorgprofielen dat duurder dan wel goedkoper is dan het correcte zorgprofiel zou zijn geweest. De gevoeligheid van het totale resultaat voor deze twee parameters is terug te vinden in respectievelijk Tabel 4 en Tabel 5 van paragraaf 5.2.

c. Onzekerheidsmarges: overige parameters

Ook voor de overige parameters hebben we rekenschap gegeven aan hun onzekerheid. De totale onzekerheidsmarge als gevolg hiervan valt tussen de 158 en 172 miljoen euro per jaar en wordt gerepresenteerd door de onderste staaf in Figuur 9.

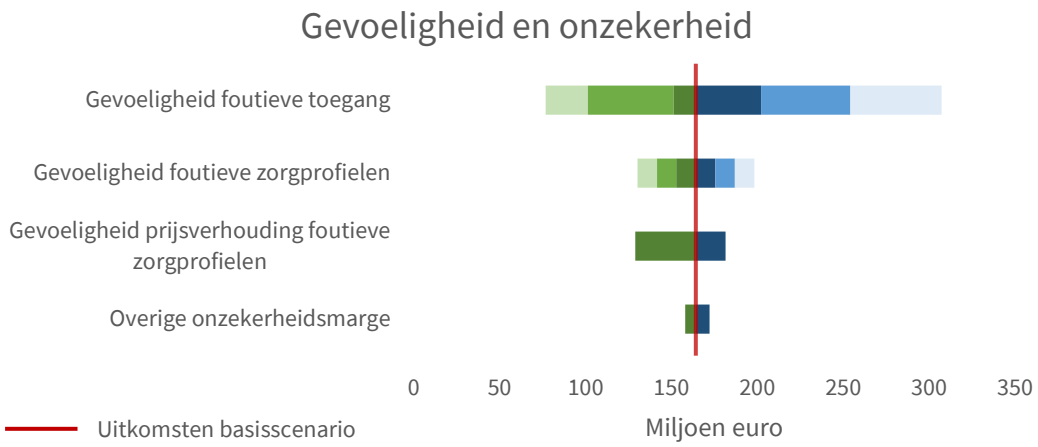
Naast de drie variabelen die zijn meegenomen in de gevoeligheidsanalyse, is er nog een groot aantal andere parameters die een onzekerheidsmarge kennen. We hebben hun afzonderlijke bijdragen aan de totale maatschappelijke kosten bepaald. Het eindresultaat blijkt een stuk minder gevoelig te zijn voor deze parameters, dan voor de parameters die onderdeel zijn van de gevoeligheidsanalyse. Desalniettemin leiden ook zij tot een onzekerheidsmarge op het eindresultaat.

Ieder van de effecten die worden beschreven in de rest van dit hoofdstuk is afhankelijk van een aantal van deze variabelen. Voor iedere variabele is een bepaalde bandbreedte gehanteerd. Deze zijn terug te vinden zijn in bijlage B. Per effect zijn al deze onzekerheden één

voor één doorgerekend en zijn de maximale afwijkingen van het resultaat in het basisscenario genomen als onzekerheidsmarge voor het effect.

De bandbreedte van het totale resultaat is ten slotte bepaald door de wortel van de som van de kwadraten van de onzekerheidsmarges van de individuele effecten te nemen.

Resultaten inclusief onzekerheidsmarges en gevoeligheidsanalyses
In de onderstaande figuur is het totale resultaat voor de verwachte toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief weergegeven. De verticale lijn is het resultaat dat volgt uit het basisscenario (164 miljoen euro per jaar). De bovenste balk is een weergave van de gevoeligheid van dit resultaat voor het percentage foutief toegelaten cliënten tot de Wlz. De twee balken daaronder geven de gevoeligheid van de maatschappelijke kosten voor het percentage foutieve zorgprofielen en de verdeling daarvan in duurdere en goedkopere zorgprofielen weer. De onderste balk bevat de gecombineerde onzekerheden van alle overige parameters.



Figuur 9: De effecten van de verschillende gevoeligheidsanalyses en onzekerheidsmarges op de totale toename van de maatschappelijke kosten in het beleidsalternatief.

6.1.2 Effect op de ervaren kwaliteit van leven

Er zijn verschillende effecten in het beleidsalternatief die gevolgen hebben voor de ervaren kwaliteit van leven van cliënten. Omdat er zeer weinig bekend is over wat de invloed van de verschillende effecten op de kwaliteit van leven van betrokkenen precies is, biedt dit te weinig aanknopingspunten voor een enigszins betrouwbare monetarisatie ervan. Daarom is de keuze gemaakt om deze effecten niet te monetariseren, maar slechts kwalitatief te beschrijven.

Het totale effect op de ervaren kwaliteit van leven is een combinatie van positieve en negatieve ontwikkelingen als gevolg van de verschillende consequenties van het beleidsalternatief. Hieronder worden de verschillende effecten beschreven. Om bovenstaande reden is het niet mogelijk om aan te geven of zij netto een positief of negatief effect hebben.

Toename in het aantal Wlz-cliënten
In het beleidsalternatief krijgen naar verwachting meer cliënten toegang tot de Wlz. Aangezien veruit de meeste van deze cliënten toegang tot de Wlz als een positief effect zullen ervaren, zal de ervaren kwaliteit van leven hierdoor stijgen.

Aan de andere kant zal er bij meer toegelaten cliënten een grotere zorgvraag zijn. Vanwege de huidige tekorten in de zorg is het niet de verwachting dat het aantal zorgprofessionals in dezelfde mate groeit als het aantal toegelaten cliënten. Een mogelijk gevolg hiervan is dat er per cliënt iets minder intensieve zorg geleverd kan worden. Hierdoor kan de ervaren kwaliteit van leven (in dit geval de kwaliteit van zorg) dalen.

Het eerste effect heeft betrekking op een kleiner aantal personen dan het tweede, maar is per persoon vermoedelijk groter. Dit tweede effect is naar verwachting kleiner dan de toename van ervaren kwaliteit van leven door het vaker verlenen van toegang tot de Wlz.

Verkeerd afgegeven zorgprofielen

Een foutief afgegeven zorgprofiel kan zowel zwaarder als minder zwaar zijn dan de zorg die volgens het correcte zorgprofiel geleverd zou worden. Cliënten die minder intensieve zorg ontvangen dan gewenst, zullen daar een daling in de kwaliteit van leven door ervaren. Voor cliënten die een zorgprofiel geïndiceerd krijgen dat zwaardere zorg voorschrijft dan nodig is verandert er naar alle waarschijnlijkheid niet veel. Het ligt namelijk in de lijn der verwachting dat een zorgaanbieder geen onnodig intensieve zorg zal leveren aan een cliënt, ook al zou dat middels de financiering via het geïndiceerde zorgprofiel mogelijk zijn.

Andersom is ook te verwachten dat als blijkt dat een cliënt een hogere zorgvraag heeft dan (financieel) mogelijk wordt gemaakt door het geïndiceerde zorgprofiel, er snel een herindicatie wordt uitgevoerd om een beter passend zorgprofiel te krijgen.

Door deze gevolgen is het maar zeer de vraag of het indiceren van foutieve zorgprofielen in de praktijk een groot effect zal hebben op de ervaren kwaliteit van leven van cliënten.

Meer escalaties door langere wachttijden

De verwachting is dat de wachttijden voor de Wlz in het beleidsalternatief op zullen lopen. De kans dat een cliënt die op de wachtlijst staat een escalatie meemaakt, zal dus ook meegroeien. Aangezien escalaties een negatief effect hebben op de ervaren kwaliteit van leven, zal deze kwaliteit in het beleidsalternatief dalen ten opzichte van het nulalternatief.

Verminderde keuzevrijheid

Momenteel geeft het CIZ informatie aan cliënten over het mogelijke gebruik van een pgb, mpt of vpt. In het beleidsalternatief bestaat er een prikkel voor zorgaanbieders om zich hierin minder onafhankelijk op te stellen.

De ervaren kwaliteit van leven van cliënten die door een eventueel gebrek aan voorlichting niet kiezen voor een van deze leveringsvormen, maar dat liever wel gewild zouden hebben, zal dalen.

Minder handen aan het bed vanwege indicatiestelling door zorgprofessionals

Zorgaanbieders zouden ervoor kunnen kiezen om het indicatiestellingsproces te versnellen door zorgprofessionals hierbij mee te laten helpen (zie bijvoorbeeld paragraaf 5.7). Hierdoor zal de intensiteit van geleverde zorg dalen, waardoor de ervaren kwaliteit van leven van cliënten zal dalen.

Zelfs als zorgaanbieders ervoor zouden kiezen om zorgprofessionals te laten helpen met indiceren, gaat het naar alle waarschijnlijkheid om een relatief klein deel van hun tijd. Omdat deze daling in geleverde zorgintensiteit wordt verspreid over alle Wlz-cliënten in Nederland, zullen de gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven naar verwachting zeer klein zijn.

6.2 Conclusies

In deze indicatieve MKBA hebben we de maatschappelijke kosten en baten van het beleidsalternatief —de situatie waarin zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor de Wlz— vergeleken met een nulalternatief (de huidige situatie).

Het centrale resultaat van hiervan is dat de **maatschappelijke kosten** voor het beleidsalternatief ongeveer **164 miljoen euro per jaar hoger** zijn dan in het nulalternatief (zie Figuur 8 in paragraaf 6.1.1). Dit resultaat is echter fors afhankelijk van een aantal parameters waarvan de precieze waarde onbekend is. Daarom hebben we een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd voor deze parameters. Dat geeft aanleiding tot een aanzienlijke bandbreedte in de uitkomsten, maar alle scenario's die daarin voorkomen, leiden tot een toename van de maatschappelijke kosten voor het beleidsalternatief.

Effecten die betrekking hebben op de kwaliteit van leven zijn hiervan geen onderdeel, omdat zij hierin niet op een betrouwbare manier meegenomen kunnen worden. Kwalitatief gezien leidt het beleidsalternatief tot zowel effecten die tot een toename van de kwaliteit van leven leiden, als effecten die tot een afname ervan leiden. Vanwege de onbekendheid van de onderlinge omvang van deze verschillende effecten, kunnen we geen uitspraken doen over het netto-effect daarvan.

Deze uitkomsten betekenen dat het vanuit een breed maatschappelijk perspectief dus niet wenselijk is om de toegang voor de Wlz bij de zorgaanbieders te beleggen.

Deze uitkomst komt in hoge mate voort uit de manier waarop de Wlz georganiseerd is: sturen op betaalbaarheid van het stelsel vindt praktisch alleen bij de toegang plaats (zie ook paragraaf 2.2.1). In het beleidsalternatief zou dat instrument praktisch wegvallen, wat tot een stijging van de maatschappelijke kosten zou leiden.

Uiteraard is het mogelijk om het stelsel van de Wlz zodanig te veranderen dat er andere manieren zijn om op betaalbaarheid te sturen. Het beleidsalternatief zou dus verrijkt kunnen worden met aanvullende instrumenten om de kostenstijging te beheersen. We hebben deze niet gedefinieerd of doorgerekend in deze rapportage, omdat daarvoor tal van mogelijkheden zijn. Omdat dergelijke instrumenten slechts bedoeld zijn om de effecten te mitigeren, zou het centrale resultaat —een netto toename van de maatschappelijke kosten— echter onveranderd blijven.

De situatie in het beleidsalternatief is dus in geen enkel scenario aantrekkelijker vanuit een breed maatschappelijk perspectief.

6.3 Advies: mogelijkheden voor vergroten van de maatschappelijke meerwaarde

Hierboven concludeerden we dat een het beleggen van de indicatiestelling bij aanbieders hoogstwaarschijnlijk geen maatschappelijke meerwaarde zal hebben. Welke alternatieven bestaan er die deze meerwaarde mogelijk wel vergroten? Hieronder verkennen we enkele ideeën waarvan verwacht mag worden dat dit het geval is. We onderstrepen dat we deze niet aan een kwantitatieve analyse onderworpen hebben.

De meerwaarde van de *huidige werkwijze* komt voort uit drie kenmerken ervan:

- Het onafhankelijke karakter: toegang en zorgverlening zijn bij verschillende organisaties belegd, zodat de toegang kan functioneren als instrument voor kostenbeheersing (effecten paragrafen 5.1 en 5.2) en informatievoorziening (effect pararaaf 5.5);
- Het wordt door één organisatie uitgevoerd: dit voorkomt snijverlies door versnippering (effect paragrafen 5.7 en 5.8), borgt eenduidige informatieverzameling (effect paragraaf 5.6) en een gelijke positie voor alle cliënten (geen onderdeel van de indicatieve MKBA);
- De snelheid waarmee indicaties uitgevoerd (kunnen) worden: dit kan escalaties voorkomen (effect paragraaf 5.3) en de eigen bijdragen die hiermee samenhangen (effect paragraaf 5.4).

Wat betreft de eerste twee zien wij weinig aanknopingspunten voor een toename van de maatschappelijke meerwaarde: veel onafhankelijker en door minder organisaties dan nu het geval is, kunnen indicaties niet afgegeven worden. Bij de derde zit volgens ons nog wel een kleine potentie tot verbetering (zie o.a. paragraaf 5.3).

Er zijn echter nog enkele veranderingen denkbaar die tot een toename van de maatschappelijke meerwaarde kunnen leiden. We hebben we ze in voorgaande echter nog niet behandeld, omdat de huidige werkwijze en het gehanteerde beleidsalternatief zich hierin nog onderscheiden. Het betreft:

1. De omgeving van de cliënt meenemen in het bepalen van de zorgvraag;
2. Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling.

1. De omgeving van de aanvrager meenemen in het bepalen van het zorgprofiel

Momenteel wordt in de Wlz slechts de cliënt en diens zorgvraag meegenomen in het proces van indicatiestelling. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld de Wmo, waarin ook de omgeving en het netwerk van de persoon in kwestie een plek krijgen bij het bepalen van wat nodig is. Wanneer iemand in een instelling woont of gaat wonen, is dit eerste een meer voor de hand liggende benadering. Tegelijkertijd kent ook de Wlz verschillende leveringsvormen waarbij de cliënt thuis blijft wonen.

Het is goed denkbaar dat bij het breed meenemen van de omgeving van de cliënt het proces van indicatiestelling in een aantal gevallen een Wlz-indicatie niet nodig blijkt, of dat deze weliswaar nodig is, maar via pgb, mpt of vpt geleverd kan worden. En waar het vanuit de problematiek mogelijk en vanuit de cliënt wenselijk is om langer thuis te wonen, leidt dit tot een daling van de maatschappelijke kosten én een toename van de kwaliteit van leven.

2. Werken met maatwerkprofielen bij de indicatiestelling

In de huidige werkwijze wordt bij de indicatiestelling het benodigde zorgprofiel vastgesteld op basis van de problematiek van de persoon in kwestie. Deze zorgprofielen door het Rijk vastgesteld. De aanbieders kunnen vervolgens binnen de ruimte die de profielen bieden, doen wat nodig is voor de cliënt (zolang de problematiek binnen het geldende zorgprofiel past). Tegenover zo'n profiel staat een bepaald bedrag, dat overeenkomt met de gemiddelde kosten van iemand met de betreffende problematiek.

Er zijn bijna 300.000 personen met een Wlz-indicatie. Zij vertonen een grote onderlinge diversiteit in problematiek, behoeften en omstandigheden. Het is de vraag of deze diversiteit adequaat gevangen kan worden in de ongeveer 40 zorgprofielen die er zijn. Wanneer al op het niveau van de indicatie(stelling) de profielen meer op maat gesneden kunnen worden, kan dit niet alleen tot meer passende zorg (en dus een kwaliteit van leven) leiden, maar ook tot meer doelmatige zorg en dus een daling van de maatschappelijke kosten.

A Bijlage: uitgebreide toelichting op werkwijze

De gevolgen die voortkomen uit de beleidstheorie uit hoofdstuk 4 moeten worden gemonetariseerd. Dit houdt aan dat er een kwantitatieve vertaling wordt gemaakt in de vorm van rekenregels. Deze rekenregels beschrijven hoe de gevolgen van het beleidsalternatief bijdragen aan de verschillende maatschappelijke effecten. In deze bijlage zijn de gehanteerde rekenregels samengevat. Ook de totstandkoming hiervan wordt in meer detail omschreven in deze bijlage.

A.1 Substitutie-effect door onterechte toegang tot de Wlz

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om meer cliënten toegang tot de Wlz te verlenen. Dit leidt tot het substitutie-effect zoals beschreven in paragraaf 4.1.1. Dit heeft gevolgen voor de maatschappelijke kosten, de ervaren kwaliteit van leven, en de lengte van de wachtlijsten voor de Wlz.

Effect op maatschappelijke kosten

Het substitutie-effect leidt ertoe dat de maatschappelijke kosten zullen stijgen. Om deze kosten te bepalen wordt onderstaande rekenregel gehanteerd.

Rekenregel 1.1

Financiële omvang substitutie-effect = [aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief] x [gemiddeld verschil in kosten] ,

waarbij

gemiddeld verschil in kosten = [gemiddelde kosten foutief afgegeven Wlz-indicatie] - [gemiddelde kosten vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Cliënten die foutief toegang krijgen tot de Wlz kunnen dit als positief of negatief ervaren. Dit beïnvloedt de ervaren kwaliteit van leven.

Rekenregel 1.2

Omvang substitutie-effect op kwaliteit van leven = [totale toename kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz] - [totale afname kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz] ,

waarbij

totale toename kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz = [aantal cliënten met onterechte toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit van leven per cliënt bij onterechte, gewenste toegang tot de Wlz] ,

en

totale afname kwaliteit van leven door onterechte toegang tot de Wlz = [aantal cliënten met onterechte toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit van leven per cliënt bij onterechte, ongewenste toegang tot de Wlz] .

Bij verleende toegang tot de Wlz verandert naast de ervaren kwaliteit van leven, ook de eigen bijdrage die betaald moet worden door de cliënt. Dit effect wordt weergegeven in de volgende rekenregel.

Rekenregel 1.3

Financiële omvang eigen bijdrage bij extra toegang Wlz = [aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief] x ([gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg (Wmo)] – [gemiddelde eigen bijdrage Wlz]) .

Wachtlijsten

Voor de Wlz worden vier verschillende wachtlijsten gehanteerd.

- Actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg: cliënten met een noodzaak tot opname. Er wordt niet gewacht tot de voorkeursaanbieder plek heeft. In plaats daarvan zoekt de voorkeursaanbieder ergens in het land een passende opnameplek voor de cliënt. Omdat de cliënt wel direct zorg nodig heeft, wordt er tijdens de wachttijd tijdelijk andere zorg geleverd.
- Actief wachtende cliënten met overbruggingszorg: gelijk aan bovenstaand, maar de cliënt ontvangt geen tijdelijke zorg.
- Niet-actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg: cliënten met een voorkeur voor een aanbieder kunnen ervoor kiezen om te wachten tot deze aanbieder plek heeft. Deze groep wachtende cliënten krijgt tijdens de wachttijd tijdelijk andere zorg geleverd.
- Niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg: gelijk aan bovenstaand, maar de cliënt ontvangt geen tijdelijke zorg.

Voor actief wachtende cliënten bestaan er zogenaamde treeknormen. Deze treeknormen zijn de vastgestelde termijnen waarbinnen een opname geregeld moet zijn. Voor V&V is de treeknorm 6 weken, voor de overige sectoren bedraagt dit 13 weken.

Voor ieder van de vier wachtlijsten bepalen we de totale jaarlijkse wachttijd in weken. Dit doen we voor de V&V-profielen en de VG-profielen afzonderlijk. Belangrijk om te vermelden is

dat (voor de actief wachtende cliënten) alleen cliënten die langer wachten dan de treeknorm worden meegerekend.

In het beleidsalternatief krijgen meer cliënten toegang tot de Wlz en zullen de wachtlijsten in principe groeien. Er wordt onderscheid gemaakt in V&V-cliënten en VG-cliënten. Aangenomen wordt dat er van de V&V-cliënten een hoger percentage op de wachtlijsten terechtkomt dan van de VG-cliënten. De belangrijkste reden hiervoor is dat V&V-cliënten veel vaker intramurale zorg ontvangen. Een andere aanname is dat de cliënten die in het beleidsalternatief onterecht toegang krijgen tot de Wlz en op de wachtlijst komen te staan, in dezelfde verhouding over de vier wachtlijsten worden verdeeld als de huidige cliënten.

De wachtlijsten in het beleidsalternatief zullen in principe dus toenemen. De groei van de wachtlijsten kan (deels) voorkomen worden door extra plekken in de zorg te creëren. Dit kan bereikt worden doordat zorgprofessionals iets minder intensieve zorg per cliënt bieden (minder tijd per cliënt besteden). Hierdoor komt er tijd vrij voor extra cliënten zodat de wachtlijsten afnemen.[7]

Voor ieder van de vier wachtlijsten wordt de lengte bepaald met behulp van onderstaande rekenregel. Hierin wordt meegenomen dat aanbieders de wachttijd kunnen verkorten door bewust langer te wachten met het afronden van de indicatiestelling. Dit effect wordt verder beschreven in bijlage A.4.

Rekenregel 1.4

Lengte wachtlijst in beleidsalternatief = [initiële lengte wachtlijst in beleidsalternatief] – [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] ,

waarbij

Initiële lengte wachtlijst in beleidsalternatief = ([lengte wachtlijst in nulalternatief] + [extra wachttijd door onterecht toegelaten cliënten in beleidsalternatief])
x (100% - [percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit]) .

De vermindering van intensiteit van zorg doordat er meer cliënten worden verzorgd door dezelfde hoeveelheid professionals leidt tot een daling in de ervaren kwaliteit van leven van alle cliënten in de Wlz.

Rekenregel 1.5

Omvang daling kwaliteit van leven door minder handen aan het bed = [procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz] x [gemiddelde afname kwaliteit per procent afname zorgintensiteit] x [totaal aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief] ,

waarbij

totaal aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief = [aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen in nulalternatief] + [extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit] .

[7] Hier wordt aangenomen dat er geen nieuwe zorgprofessionals ingehuurd zullen worden.

A.2 Substitutie-effect door verkeerd geïndiceerde zorgprofielen

Zorgaanbieders hebben een financiële prikkel om hogere zorgprofielen af te geven. Net als onterecht verleende toegang leidt ook dit tot een substitutie-effect, zoals beschreven in paragraaf 4.1.2. Dit heeft gevolgen voor de maatschappelijke kosten en de ervaren kwaliteit van leven.

Effect op maatschappelijke kosten

In het beleidsalternatief zullen zorgaanbieders niet altijd het best passende zorgprofiel indiceren. De financiële prikkel kan hier een reden voor zijn. Ook kan het indiceren van een onterecht zorgprofiel voortkomen uit het feit dat zorgaanbieders minder bedreven zijn in het indiceren. De kosten van een foutief geïndiceerde zorgprofiel kunnen dus zowel hoger als lager zijn dan de kosten van het zorgprofiel dat in het nulalternatief geïndiceerd zou zijn. In de rekenregel worden beide situaties meegenomen.

Rekenregel 2.1

Financiële omvang foutief geïndiceerde zorgprofielen = [aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat duurder is] x [gemiddeld prijsverschil te duur zorgprofiel en correct zorgprofiel] + [aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat goedkoper is] x [gemiddeld prijsverschil goedkoper zorgprofiel en correct zorgprofiel] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Er zijn zowel cliënten die een hoger als een lager zorgprofiel krijgen geïndiceerd dan in het nulalternatief het geval zou zijn. Voor beide groepen zijn er cliënten die positief tegenover het foutieve zorgprofiel staan en cliënten die daar negatief tegenover staan.

Rekenregel 2.2

Verandering kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [toename kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen] – [afname kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen] ,

waarbij

toename kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [aantal cliënten met te duur zorgprofiel dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit bij gewenst, duurder zorgprofiel] + [aantal cliënten met goedkoper zorgprofiel dat daar positief over is] x [gemiddelde toename kwaliteit bij gewenst, goedkoper zorgprofiel] ,

en

afname kwaliteit van leven door foutieve zorgprofielen = [aantal cliënten met te duur zorgprofiel dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit bij ongewenst, duurder zorgprofiel] + [aantal cliënten met goedkoper zorgprofiel dat daar negatief over is] x [gemiddelde afname kwaliteit bij ongewenst, goedkoper zorgprofiel] .

A.3 Toename aan escalaties door langere wachttijden

Bij het oplopen van de wachtlijsten en de duur van de indicatiestelling is er een grotere kans dat er escalaties optreden gedurende deze tijd. Escalaties brengen maatschappelijke kosten met zich mee, en leiden ook tot een lagere ervaren kwaliteit van leven.

Effect op maatschappelijke kosten

Doordat een cliënt moet wachten op zorg die eigenlijk noodzakelijk is, kan het voorkomen dat er een escalatie optreedt. Een escalatie is een plotselinge verergering van de gezondheid van een cliënt, waardoor een onmiddellijke ingreep noodzakelijk is. Deze ingreep zou niet nodig zijn geweest als de cliënt direct de zorg geleverd had gekregen die aansloot bij de zorgvraag.

Voor dit onderzoek nemen we twee typen escalaties mee: cliënten die vanwege een snel toegenomen zorgvraag in een ziekenhuisbed terecht komen, en cliënten die crisiszorg uit de Wlz nodig hebben. Aangezien ziekenhuisbedden relatief hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengen, vertaald een toename in het eerste type escalaties zich in een toename van de maatschappelijke kosten. Voor de tweede type escalatie is het bepalen van het effect op de maatschappelijke kosten minder eenduidig. Hier nemen we aan dat cliënten die crisiszorg nodig hebben gehad uiteindelijk op worden genomen met een zorgprofiel dat één stap intensievere zorg behelst dan wat de cliënt anders nodig had gehad.
Voor onderstaande rekenregel wordt aangenomen dat het aantal optredende escalaties evenredig schaalt met de lengte van de wachttijd en indicatieduur. Aangezien het waarschijnlijker is dat de kans op een escalatie sterker groeit bij langere wachttijden, betreft het hier een voorzichtige afschatting.

Rekenregel 3.1

Financiële omvang extra escalaties = [gemiddelde kosten per escalatie] x ([aantal escalaties in het beleidsalternatief] – [aantal escalaties in het nulalternatief]) ,

waarbij

aantal escalaties in het beleidsalternatief = [som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief] x [kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt] ,

en

aantal escalaties in het nulalternatief = [som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het nulalternatief] x [kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt] .

Zorgaanbieders hebben in het beleidsalternatief de mogelijkheid om wachttijd effectief om te zetten in indicatieduur (zie paragraaf 4.3.1). Om een eerlijke vergelijking tussen de twee scenario's te kunnen maken, worden zowel escalaties tijdens de wachttijd als escalaties tijdens de indicatieduur meegenomen.

De lengte van de wachtlijsten is eerder beschreven in bijlage A.1. De totale wachttijd is simpelweg de som van de lengte van de vier verschillende wachtlijsten. De totale indicatieduur in het beleidsalternatief is afhankelijk van een aantal factoren en wordt in meer detail beschreven in bijlage A.4. Om het aantal escalaties te bepalen wordt alleen de duur van

de indicaties die leiden tot toegang tot de Wlz meegenomen. Een reden hiervoor is dat het onwaarschijnlijk is dat cliënten waarvan de aanvraag wordt afgewezen een escalatie zullen ervaren tijdens de indicatieduur.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Bij het optreden van een escalatie daalt logischerwijs de ervaren kwaliteit van leven. Een toename van het aantal escalaties betekent dus dat de ervaren kwaliteit van meer cliënten afneemt.

Rekenregel 3.2

Verandering kwaliteit van leven door extra escalaties = [gemiddelde afname in ervaren kwaliteit per escalatie] x ([aantal escalaties in het beleidsalternatief] – [aantal escalaties in het nulalternatief]) .

Indicatieduur in het beleidsalternatief

De indicatieduur in het beleidsalternatief zal naar alle waarschijnlijkheid afwijken van die in het nulalternatief. De verschillende redenen hiervoor volgen uit de beleidstheorie, beschreven in paragraaf 4.3.1, 4.3.2 en 4.2.1. Het aantal fte dat zorgaanbieders tekortkomen in het beleidsalternatief wordt gegeven door onderstaande rekenregel. Hierbij dient vermeldt te worden dat dit tekort ook een overschot zou kunnen zijn, afhankelijk van de precieze waarde van de verschillende variabelen.

Rekenregel 3.3

Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief] – [aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling] – [aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals] ,

waarbij

extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief] x ([percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaak over meerdere organen] – [percentage snelheidswinst in indicatiestelling]) .

Het aantal extra fte dat wordt ingehuurd om een eventueel tekort aan personeel voor de indicatiestelling (deels) in te vullen zal leiden tot hogere maatschappelijke kosten. Dit effect wordt verder beschreven in appendix A.7. Een ander deel van een eventueel personeelstekort voor indicatiestelling kan worden ingevuld door zorgprofessionals. Het effect hiervan is dat deze professionals minder tijd hebben om zorg te leveren, waardoor er minder handen aan het bed zijn. Dit effect wordt in meer detail beschreven in appendix A.8.

Met behulp van het tekort aan fte voor de indicatiestelling in het beleidsalternatief, en de hieronder beschreven rekenregel kan de indicatieduur per aanvraag worden bepaald.

Rekenregel 3.4

Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief = [indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief] x (100% + [percentage tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief]) ,

waarbij

percentage tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief = [tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief] / ([aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief] + [extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief]) .

Tot slot wordt door middel van onderstaande rekenregel bepaald hoeveel tijd er per jaar in totaal wordt besteed aan alle indicaties die leiden tot toegang tot de Wlz.

Rekenregel 3.5

Totale indicatieduur van cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief = [indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief] x [totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief] ,

waarbij

totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief = [aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het nulalternatief] / [kans dat een cliënt in het beleidsalternatief correct toegang krijgt tot de Wlz (onafhankelijk van de juistheid van het geïndiceerde zorgprofiel)] .

A.4 Lagere eigen bijdrage door aanpassing indicatieproces

Zoals beschreven in de beleidstheorie in paragraaf 4.3.1 hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om een indicatiestelling pas te voltooien op het moment dat er daadwerkelijk plek is voor een cliënt. Hierdoor komt de cliënt niet (of minder lang) op een wachtlijst te staan.

Effect op kosten voor de cliënt

Zodra een cliënt op de wachtlijst staat, moet de eigen bijdrage voor de Wlz worden betaald. Deze eigen bijdrage vervangt dan een eventuele eigen bijdrage die voor eerdere zorg, bijvoorbeeld via de Wmo, moet worden betaald. Omdat de eigen bijdrage voor de Wlz hoger is, bespaart het (formeel) verkorten van de wachttijd geld voor de cliënt. Dit is samengevat in onderstaande rekenregel. Het is belangrijk om in het oog te houden dat dit geen verlaging van de maatschappelijke kosten oplevert. Deze financiële middelen zullen immers ergens anders vandaan moeten komen.

Rekenregel 4.1

Financiële omvang aanpassing indicatieproces = [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] x ([gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg (Wmo)] – [gemiddelde eigen bijdrage Wlz]) .

Het aantal weken wachttijd dat wordt verschoven wordt bepaald voor ieder van de vier verschillende wachtlijsten. Het ligt immers in de lijn der verwachting dat voor actief wachtende cliënten vaker gebruik zal worden gemaakt van deze verschuiving van wachttijd.

Ook wordt er een onderscheid gemaakt tussen V&V en VG-profielen wat betreft de mate waarin deze formele verschuiving van wachttijd wordt toegepast.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Hoewel het formeel verplaatsen van wachttijd naar de indicatieduur een financieel positief effect heeft voor de cliënt, is er ook een nadeel. Tijdens de indicatieperiode heeft de cliënt geen zekerheid over de uitslag van de Wlz aanvraag. Door deze onzekerheid kan de ervaren kwaliteit van leven dalen. Dit wordt in rekening gebracht door de hieronder beschreven rekenregel. Echter is het wel de vraag in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is. Immers kan een zorgaanbieder de cliënt informeel al de uitslag van de aanvraag laten weten en alleen wachten met de formele uitslag.

Rekenregel 4.2

Verandering kwaliteit van leven door aanpassing indicatieproces = [verschuiving wachttijd naar indicatieduur] x [gemiddelde daling kwaliteit van leven per week onzekerheid] .

A.5 Verminderde keuzevrijheid

Uit de beleidstheorie volgt dat cliënten minder goed geïnformeerd zullen worden over bijvoorbeeld het gebruik van een pgb (zie paragraaf 4.1.3). Hierdoor neemt de keuzevrijheid van de cliënt af, wat zowel financiële gevolgen als gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven met zich mee brengt.

Effect op maatschappelijke kosten

Het gebruik van een pgb leidt doorgaans tot lagere kosten dan zorg in natura. Als de informatievoorziening over pgb's afneemt, zal het gebruik ervan ook afnemen, en daarmee de maatschappelijke kosten toenemen. Ook het gebruik van een vpt of mpt levert vaak lagere maatschappelijke kosten op dan een andere vorm van zorg in natura.

Rekenregel 5.1

Financiële omvang verminderde keuzevrijheid = [meerkosten per cliënt voor (reguliere) zorg in natura in plaats van een pgb, vpt of mpt] x [aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet] ,

waarbij

aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet = [percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb, vpt of mpt] x [aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief] x [percentage cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed] .

Effect op ervaren kwaliteit van leven

Als een cliënt de voorkeur zou geven aan het gebruik maken van pgb, vpt of mpt, maar dat door gebrek aan informatie niet doet, heeft dat tot gevolg dat de cliënt een lagere kwaliteit van leven ervaart.

Rekenregel 5.2

Verandering kwaliteit van leven door verminderde keuzevrijheid = [aantal cliënten dat van een pgb, vpt of mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet doet] x [gemiddelde daling ervaren kwaliteit van leven door ongewild gebruik van (andere) zorg in natura] .

A.6 Efficiëntieverlies bij het verzamelen van landelijke informatie

Naast de taak van het indiceren, wordt ook de taak van het verzamelen van landelijke informatie in het beleidsalternatief belegd bij verschillende, kleinere organisaties. Dit levert eenzelfde soort efficiëntieverlies als het versnipperen van de indicatietaak.

Effect op maatschappelijke kosten

Doordat het verzamelen van gegevens minder efficiënt wordt gedaan, is er een grotere hoeveelheid personeel nodig voor dezelfde taak, waardoor de maatschappelijke kosten zullen stijgen.

Rekenregel 6.1

Financiële omvang efficiëntieverlies informatieverzameling = [extra benodigd aantal fte voor informatieverzameling in beleidsalternatief] x [gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling] ,

waarbij

extra benodigd aantal fte voor informatieverzameling in beleidsalternatief = [aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief] x [percentage efficiëntieverlies] .

A.7 Meer personeel vanwege schaalverlies bij indicatiestelling

Het eventuele tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief kan deels worden ingevuld door het aannemen van extra personeel, zoals beschreven in paragraaf 4.2.

Effect op maatschappelijke kosten

Het inhuren van extra personeel om indicaties te stellen verminderd een eventueel tekort aan fte voor deze taak, maar leidt logischerwijs wel tot hogere maatschappelijke kosten.

Rekenregel 7.1

Financiële omvang extra personeel indicatiestelling = [aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling] x [gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling] .

A.8 Minder handen aan het bed door indicerende zorgprofessionals

Naast het inhuren van extra personeel kan een eventueel tekort aan fte voor het stellen van indicaties ook worden ingevuld door zorgprofessionals te laten indiceren.

Effect op ervaren kwaliteit van leven

De zorgprofessionals die gaan indiceren zijn al in dienst bij de zorgaanbieders, dus de maatschappelijke kosten zullen hierdoor niet stijgen. Wel betekent dit dat deze professionals minder tijd zullen hebben voor het leveren van zorg, waardoor de zorgintensiteit per cliënt af zal nemen. Het gevolg hiervan is dat de ervaren kwaliteit van leven van cliënten zal dalen.

Rekenregel 8.1

Verandering kwaliteit van leven door indicerende zorgprofessionals = [percentage verlies aan zorgintensiteit per cliënt] x [gemiddelde daling van ervaren kwaliteit van leven per procent verminderde zorgintensiteit] x [aantal cliënten in de Wlz in beleidsalternatief],

waarbij het aantal cliënten in de Wlz in het beleidsalternatief volgt uit rekenregel 1.5 en

percentage verlies aan zorgintensiteit per cliënt = [aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals] / [aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz] .

B Bijlage: gebruikte bronnen en gehanteerde aannames

Om de rekenregels die zijn opgenomen in bijlage A daadwerkelijk te gebruiken zijn gegevens nodig. In deze bijlage wordt de methode waarop de benodigde input voor de rekenregels is verkregen beschreven. Ook de bronnen van de gebruikte gegevens zijn hierin opgenomen.

B.1 Gegevens uit het Erai-traject

Het Experiment Regelarme Instellingen (Erai) was een onderdeel van het plan “Waardigheid en Trots” dat door VWS in 2011 is gestart. Voor dit onderzoek zijn de resultaten uit het experiment gebruikt die zijn opgehaald gedurende 2017 en de eerste helft van 2018. Gedurende het experiment werden er door zorgaanbieders onderbouwde adviezen uitgebracht over de zorg die het best past bij de behoefte van cliënten. Deze adviezen zijn door het CIZ beoordeeld, waarna er feedback is gegeven aan de aanbieders. Het CIZ heeft de zorgaanbieders gedurende het traject ondersteund bij de wijze van indicatiestelling.

In de periode van anderhalf jaar tussen begin 2017 en half 2018 zijn er in totaal 2615 adviezen door zorgaanbieders voorgelegd aan het CIZ.[8] Hiervan werden er 2347 (gelijk aan 89,75%) door het CIZ als correct beoordeeld. Bij 59 adviezen (2,26%) werd er onterecht toegang tot de Wlz verleend en bij de overige 209 adviezen (7,99%) werd er een verkeerd zorgprofiel geïndiceerd.

Het aantal cliënten dat (on)terecht toegang krijgt tot de Wlz in het beleidsalternatief
In 2019 werd er door het CIZ in totaal 103.048 keer toegang tot de Wlz verleend. In het beleidsalternatief zal het aantal keer dat er toegang tot de Wlz wordt verleend hoger liggen. Van dit hogere aantal nemen we aan dat er in 2,26% van de gevallen onterecht toegang tot de Wlz is verleend (gelijk aan het percentage uit het Erai-traject). Het aantal keer dat er terecht toegang tot de Wlz is verleend gelijk moet vervolgens gelijk zijn aan het aantal in het nulalternatief.

Door aan allebei de bovenstaande randvoorwaarden te voldoen, komen we uit op een totaal van 105.427 keer dat er in het beleidsalternatief toegang tot de Wlz wordt verleend. Het aantal

[8] Hier worden alleen “eerste adviezen” geteld. Foutieve adviezen werden in het traject na beoordeling teruggelegd bij de zorgaanbieder, zodat deze verbeterd en opnieuw ingediend konden worden. In het beleidsalternatief zou een dergelijke verbetering niet plaatsvinden, dus is ervoor gekozen om alleen eerste adviezen mee te nemen.

aanvragen waarvoor in het beleidsalternatief foutief toegang tot de Wlz wordt verleend bedraagt dan 2,26% hiervan, ofwel 2.379 cliënten.

Dit percentage bepaald een groot deel van de toename van de maatschappelijke kosten. Het is dan ook meegenomen als onderdeel van de gevoeligheidsanalyse.

Gemiddelde kosten foutief afgegeven Wlz-indicatie

Van alle aanvragen die in het Erai-traject onterecht toegang tot de Wlz zouden hebben gekregen bij een indicatiestelling door zorgaanbieders is het aangevraagde zorgprofiel bekend. Deze zorgprofielen bedragen voornamelijk V&V-profielen, en een paar VG-profielen. We nemen aan dat de verhouding van zorgprofielen van cliënten met een foutief verleende toegang in het beleidsalternatief gelijk is aan de verhouding uit het Erai-traject. Doordat de dagprijs per zorgprofiel ook is opgenomen in de data uit dit traject, is het mogelijk een gemiddelde dagprijs te bepalen voor een cliënt die foutief toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief. Deze dagprijs is bepaald als 90% van het maximumtarief dat de NZa in 2019 rekende. Deze berekening komt uit op een dagprijs van € 193, wat tot een jaarlijks bedrag van € 70.356 per foutief verleende toegang zou leiden. Echter gaat dit alleen over intramurale cliënten. De dagprijs voor cliënten die gebruik maken van een mpt, vpt of pgb is aanzienlijk lager. Voor ieder zorgprofiel hebben we de huidige percentages van het gebruik van de verschillende leveringsvormen zoals bijgehouden op de Monitor Langdurige Zorg genomen. Door de verdeling in zowel zorgprofielen als leveringsvormen gelijktijdig door te voeren en de prijs te schalen met dit gebruik, komen we uit op een dagprijs van € 181. Dit leidt tot een jaarlijks bedrag van € 65.974 per foutief verleende toegang.

Verschuiving wachttijd naar indicatieduur

Uit het Erai traject is gebleken dat zorgaanbieders soms wachten met het indienen van een indicatie om zo wachttijd te verkorten ten koste van indicatieduur. In de tabel hiernaast is te zien hoe vaak een bepaalde verschuiving plaatsvond.

Verschuiving	%
Geen verschuiving	32,83%
Minder dan 1 week	44,43%
1-2 weken	12,52%
2-3 weken	5,05%
3-4 weken	2,35%
Meer dan 1 maand	2,82%

Tabel 6: Frequentie van verschuivingen van wachttijd naar indicatietijd

Voor dit onderzoek wordt de aanname gemaakt dat geen gebruik wordt gemaakt van deze procesvrijheid door aanbieders voor niet-actief wachtende cliënten. Voor actief-wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt aangenomen dat slechts in 50% van de gevallen gebruik wordt gemaakt van deze procesvrijheid. Met andere woorden, 50% van de cliënten valt automatisch in de categorie “geen verschuiving”, en de andere 50% wordt verdeeld volgens de weergegeven percentages. Voor actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg wordt in 100% van de gevallen de procesvrijheid volgens deze percentages vormgegeven.

Het aantal weken verschuiving waar dit toe leidt is terug te vinden in de lijst in appendix B.5.

Om de onzekerheidsmarge van de totale toename in maatschappelijke kosten te bepalen zijn de volgende bandbreedtes doorgerekend

- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 50% en 100% gehanteerd (100% in het basisscenario).
- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 100% gehanteerd (50% in het basisscenario).

- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 10% gehanteerd (0% in het basisscenario).
- Voor het gebruik van de procesvrijheid voor niet-actief wachtende cliënten met overbruggingszorg wordt een onzekerheid tussen de 0% en 5% gehanteerd (0% in het basisscenario).

Foutief geïndiceerde zorgprofielen en prijsverschillen
Uit het Erai-traject is gebleken dat er in 8% van de gevallen een verkeerd zorgprofiel werd geïndiceerd. Hiervan hadden er 68% een hogere en 32% een lagere prijs dan het correcte zorgprofiel. Dit komt neer op respectievelijk 5.765 en 2.661 te hoog en te laag geïndiceerde zorgprofielen. De gemiddelde dagprijs van de te hoog geïndiceerde zorgprofielen bedroeg € 221, terwijl de gemiddelde dagprijs van de correcte zorgprofielen € 179 zou zijn geweest. Voor de te laag geïndiceerde zorgprofielen bedroeg het gemiddelde bedrag € 189, en zou de gemiddelde dagprijs van het correcte zorgprofiel € 233 zijn geweest.

Zowel het percentage foutief afgegeven zorgprofielen als de verdeling in duurdere en goedkopere zorgprofielen heeft een groot effect op de totale maatschappelijke kosten. Om deze reden zijn beide percentages in een gevoeligheidsanalyse meegenomen.

B.2 Gegevens uit andere bronnen

Gemiddelde kosten vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet-traject
Uit het onderzoek “Wat als zorg wegvalt” van het SCP is te achterhalen welk percentage van ieder type zorg als alternatief aanspraak zou maken op zorg uit de Wlz. Ook zijn het aantal uren publiek gefinancierde hulp bekend, en zijn deze uitgesplitst naar verschillende vormen. Door deze uren te vermenigvuldigen met 90% van de maximumtarieven van de NZa voor hun respectievelijke zorgwetten, volgt een gemiddelde prijs per jaar van € 17.893.

Naast de vervallen kosten voor zorg via de Wmo/Zvw/Jeugdwet vervallen voor intramurale cliënten ook eventuele huurkosten. Aangenomen is dat VG-cliënten niet vanuit zelfstandig wonen komen, en dus geen huurkosten hadden. Voor V&V-cliënten is aangenomen dat 60% vanuit een koophuis komt en 40% uit een huurhuis. Voor koophuizen is aangenomen dat de hypotheek volledig afgelost is.

Van de huurhuizen betreft 64% sociale huur (het percentage onder de liberalisatiegrens in 2017 volgens de huurmarktcijfers van Vastgoed Management Nederland). De gemiddelde huurprijs voor sociale huur is als € 533 per maand genomen. Voor huurhuizen in de vrije sector is een maandelijkse huur van € 1004 gehanteerd. Beide bedragen komen van het dashboard van de Directie Woningmarkt van het Rijk. Door deze huurprijzen te wegen met de verhouding van extra instromende VG en V&V-cliënten in het beleidsalternatief volgt een gemiddelde vervallen huur van € 2.975 per jaar. De totale vervallen kosten voor de nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief bedragen dan dus € 20.868 per jaar.

Voor de bepaling van de onzekerheidsmarge van de totale maatschappelijke kosten is een afwijking van 10% (zowel hoger als lager) van deze jaarprijs in acht genomen.

Lengte wachtlijst in nulalternatief
Zoals beschreven in bijlage A.1 wordt er gebruik gemaakt van vier verschillende wachtlijsten. Voor ieder type wachtlijst wordt iedere maand het aantal cliënten dat op zorg wacht bijgehouden door het Zorginstituut Nederland (ZiN). Voor actief-wachtende cliënten wordt

alleen wachttijd langer dan de treeknorm[9] meegenomen. Deze wachtlijsten zijn uitgesplitst naar V&V-cliënten en VG-cliënten. Daarnaast wordt wachttijd ingedeeld in een aantal intervallen (minder dan 6 weken, 6-13 weken, 3-6 maanden, 6-12 maanden, en meer dan een jaar).

Voor dit onderzoek worden de gegevens uit 2019 gebruikt. Het gemiddeld aantal wachtende cliënten op een peildatum wordt voor ieder interval omgerekend naar een aantal wachtende cliënten per jaar. Door te vermenigvuldigen met de gemiddelde wachttijd per interval wordt voor ieder type wachtlijst de totale wachttijd verkregen. De verschillende wachttijden (in weken) zijn terug te vinden in de samenvattende lijst in appendix B.5.

Extra wachttijd door onterecht toegelaten cliënten in beleidsalternatief

Van het totale aantal extra cliënten dat onterecht toegang krijgt tot de Wlz in het beleidsalternatief krijgt 88% een V&V-profiel en 12% een VG-profiel geïndiceerd. Deze percentages komen overeen met die van de geïndiceerde profielen van onterechte Wlz-indicaties uit het Erai traject. Vervolgens wordt aangenomen dat alle cliënten met een V&V-profiel op de wachtlijst komen. Voor VG-profielen wordt aangenomen dat slechts 50% op een wachtlijst terecht komt. De reden hiervoor is dat deze cliënten veel minder vaak intramurale zorg nodig hebben.

Het op deze wijze berekende aantal cliënten dat op een wachtlijst terecht komt wordt vervolgens verdeeld over de vier typen wachtlijsten naar rato van het aantal cliënten op deze wachtlijsten in het nulalternatief. De extra wachttijd per wachtlijst die hierdoor ontstaat is terug te vinden in de samenvattende lijst in appendix B.5.

Voor het bepalen van de onzekerheidsmarge op de totale toename van de maatschappelijke kosten worden de volgende bandbreedtes gehanteerd

- Voor het percentage extra toegelaten cliënten dat een V&V-profiel krijgt wordt een bandbreedte tussen de 75% en 95% gehanteerd (88% in het basisscenario). In alle gevallen wordt aangenomen dat het overige percentage VG-profielen betreft.
- Voor het percentage cliënten met een V&V-profiel dat op een wachtlijst terecht komt wordt een bandbreedte tussen de 50% en 100% gehanteerd (100% in het basisscenario).
- Voor het percentage cliënten met een VG-profiel dat op een wachtlijst terecht komt wordt een bandbreedte tussen de 0% en 100% gehanteerd (50% in het basisscenario).

Aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen in nulalternatief

Per jaar zijn er vier meetmomenten (een per kwartaal) van het aantal geldende zorgprofielen. Voor de berekening is het gemiddelde van de meetmomenten in 2019 genomen.

Gemiddelde kosten per escalatie

Het eerste type escalatie dat wordt meegenomen betreft een opname in het ziekenhuis door een cliënt op de wachtlijst voor Wlz zorg. Dit staat ook wel bekend als een ‘verkeerd bed’. De maximale kosten die de NZa voor een dergelijke opname hanteert bedroeg € 393,26 in 2019. De werkelijk in rekening gebrachte kosten lijken echter lager te liggen. Zo rekende het CZ/Zilveren Kruis in 2019 € 205,21 per dag in een ziekenhuisbed. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de realiteit wordt dit laatste bedrag hier gebruikt.

[9] Voor V&V-profielen is de treeknorm 6 weken. Voor VG profielen bedraagt dit 13 weken.

Het tweede type escalatie betreft de inzet van crisiszorg. Hiervoor wordt een afschatting gemaakt door deze cliënten een zorgprofiel toe te rekenen dat één stap intensiever is dan het zorgprofiel dat ze eigenlijk geïndiceerd zouden krijgen. Dit komt neer op een dagprijsverschil van gemiddeld € 23.

Voor het dagprijsverschil van deze tweede vorm van escalaties is een onzekerheidsmarge van 20% (zowel duurder als goedkoper) gehanteerd.

Kans op escalaties en het aantal escalaties in beide alternatieven
In 2019 bedroeg het aantal patiënten dat per dag in een 'verkeerd bed' lag 550. Per jaar zijn dit dus 200.750 escalatie-dagen in het nulalternatief. Door dit te delen door som van de totale wachttijd en indicatieduur (in weken) voor cliënten die uiteindelijk toegang krijgen tot de Wlz, volgt dat elke week wachten (zowel indicatieduur als wachtlijst) een kans van 19% geeft op één dag escalatiezorg. Door de som van het aantal weken wachttijd en indicatieduur (in weken) in het beleidsalternatief hiermee te vermenigvuldigen, blijken er 207.365 escalatie-dagen in het beleidsalternatief te zijn.

Het aantal cliënten dat crisiszorg heeft gehad is beschikbaar t/m 2018. In dat jaar was voor 1,26% van de cliënten crisiszorg nodig. Door dit te vermenigvuldigen met het geldende aantal V&V en VG-zorgprofielen in 2019 komt het aantal cliënten met crisiszorg in het nulalternatief uit op 3.478. Een schaling naar rato van de wachttijd geeft vervolgens 3.592 cliënten met crisiszorg in het beleidsalternatief.

Voor beide typen escalaties is er een bandbreedte van 30% (zowel groter als kleiner) gehanteerd voor de kans per week wachttijd dat een dergelijke escalatie optreedt.

Aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief
Bij een indicatiestelling zijn beoordelaars, onderzoekers, medisch adviseurs en administratieve ondersteuning nodig. Door de begrootte hoeveelheid fte voor ieder van deze functies per indicatieaanvraag te schalen naar het werkelijke aantal aanvragen volgt er een totaal van 454 fte.

Indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief
Met de invoering van de methode "CIZ versnelt" is een indicatiestelling mogelijk binnen 7 werkdagen.

Gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg
De gemiddelde eigen bijdrage wordt berekend naar rato van de verhouding van de verschillende voorafgaande zorg waar men gebruik van maakt. Deze percentages volgen uit het rapport "Wat als zorg wegvalt" van he SCP. De zorg buiten de Wlz wordt hierin opgedeeld in wijkverpleging, begeleiding, huishoudelijke hulp, informele hulp en zelf-betaalde hulp. Het percentage voor wijkverpleging wordt vermenigvuldigd met de som van de eigen bijdrage voor de Wmo (€ 4,38 per week) en het eigen risico (€ 7,40 per week). Het percentage voor huishoudelijke hulp en begeleiding wordt vermenigvuldig met de eigen bijdrage voor de Wmo. Voor informele hulp en zelf-betaalde hulp wordt geen eigen bijdrage gerekend. De (gewogen) gemiddelde eigen bijdrage voor voorafgaande zorg komt zo uit op € 8,24.

Gemiddelde eigen bijdrage Wlz
De gemiddelde eigen bijdrage voor de Wlz wordt bijgehouden door het CBS en bedroeg in 2018 € 123,28.

Meerkosten per cliënt voor zorg in natura in plaats van een pgb

Het aantal gebruikers van een pgb wordt door het CBS bijgehouden, uitgesplitst naar de verschillende zorgprofielen. Voor de kosten van een zorgprofiel via een pgb wordt de tarieventabel van 2019 gebruikt. De gebruikte prijs is het gemiddelde tussen de “wel/geen begeleiding groep”, en “wel/geen vervoer”. De (gewogen) gemiddelde prijs van zorgprofielen van cliënten die gebruik maken van zorg in natura wordt bepaald aan de hand van 90% van de vastgestelde tarieven door de NZa. Het gemiddelde prijsverschil tussen zorg in natura en een pgb, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 51,59 per dag.

Meerkosten per cliënt voor intramurale zorg in natura in plaats van een vpt

Het aantal gebruikers van een vpt wordt door het CBS bijgehouden, uitgesplitst naar de verschillende zorgprofielen. Om de kosten te bepalen wordt het percentage dat een vpt kost ten opzichte van intramurale zorg (per zorgprofiel) vermenigvuldigd met de 90% van de vastgestelde maximumtarieven door de NZa. Het percentage wordt verkregen door de kosten die het Zilveren Kruis in 2020 rekent voor een vpt te vergelijken met die voor intramurale zorg. Het gemiddelde prijsverschil, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 38,34 per dag.

Meerkosten per cliënt voor intramurale zorg in natura in plaats van een mpt

Het totaal aantal gebruikers van een mpt wordt door het CBS bijgehouden. De uitsplitsing naar zorgprofielen is niet beschikbaar. Hiervoor hanteren we dezelfde verdeling als voor het gebruik van een vpt. De kosten van een mpt zijn ook niet eenduidig beschikbaar. Voor dit onderzoek wordt het gemiddelde (per zorgprofiel) tussen de kosten voor een vpt en een pgb genomen. Het gemiddelde prijsverschil, gewogen naar het aantal gebruikers per zorgprofiel komt dan uit op € 48,44 per dag.

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een pgb wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 14% van de Wlz-zorg via een pgb geleverd te worden.

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een vpt

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een vpt wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 5% van de Wlz-zorg via een vpt geleverd te worden

Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een mpt

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van een mpt wordt bijgehouden door het CBS. Door dit aantal te delen door het aantal Wlz-cliënten blijkt 16% van de Wlz-zorg via een mpt geleverd te worden

Aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief

Door het percentage van Wlz aanvragen dat tot toegang leidt en nieuwe indicaties betreft te vermenigvuldigen met het aantal cliënten met toegang in het beleidsalternatief volgt dat er 69.244 nieuwe indicaties en 36.183 herindicaties per jaar zullen worden gesteld.

Aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief

De huidige ingeschatte capaciteit die het CIZ besteedt aan deze analysetaak bedraagt 6 fte. Omdat deze inschatting enige vorm van onzekerheid kent, is hiervoor een bandbreedte van 10% (zowel meer als minder capaciteit) gehanteerd.

Gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling

De inschatting van het CIZ is dat de gemiddelde kosten per jaar voor één fte rond de € 60.000 ligt. Voor deze personeelskosten is een bandbreedte van 10% (hogere en lagere kosten) genomen als onzekerheid.

Gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling

De gemiddelde personeelskosten voor één fte benodigd voor indicatiestelling bedragen € 66.448 per jaar. Dit is gewogen naar de verschillende functies die bijdragen aan een indicatie. Hier dient te worden vermeld dat dit alléén directe personeelskosten bedraagt van de eerdergenoemde functies. Bijkomende kosten, zoals overhead, zijn niet meegenomen in de berekening. Ook voor deze inschatting is een bandbreedte van 10% (hogere en lagere kosten) genomen.

Aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz

Door het totale aantal fte in de Wlz-zorg[10] te delen door het aantal geldende V&V en VG-zorgprofielen komt het aantal fte per cliënt uit op 0,41. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit niet het werkelijke aantal fte is, omdat alleen V&V en VG-profielen mee worden gerekend.

B.3 Inschattingen

Percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit

Voor het basisscenario is dit ingeschat op 2%. Deze lage inschatting komt voornamelijk vanwege de huidige tekorten in de zorg. Voor de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 0% en 5% gehanteerd.

Aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling

Het aantal fte dat extra wordt ingehuurd is afgeschat als 50% van het aantal fte dat extra nodig is in het beleidsalternatief voor een afhandeling van indicatiestellingen die gelijk is aan het nulalternatief. Hierdoor komt dit uit op 11,35 fte. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals

Het aantal fte dat wordt ingevuld door zorgprofessionals is afgeschat als 10% van het aantal fte dat extra nodig is in het beleidsalternatief voor een afhandeling van indicatiestellingen die gelijk is aan het nulalternatief. Hierdoor komt dit uit op 2,27 fte. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaak over meerdere organen

Hiervoor is een percentage aan ‘snijverlies’ van 10% ingeschat. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hier een bandbreedte tussen de 5% en 20% genomen.

Percentage snelheidswinst in indicatiestelling

Sinds de werkwijze van het CIZ middels de aanpak ‘CIZ versnelt’ is de inschatting dat zorgaanbieders niet veel sneller zullen indiceren dan het CIZ. Dit percentage is afgeschat als 5%. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hier een bandbreedte tussen de 0% en 20% genomen.

[10] Kamerstuk 31765 nr. 411, 27-05-2019, bijlagen 884186 & 884185.

Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief

De inschatting is dat 40% van het tekort aan fte niet ingevuld zal worden door extra personeel of zorgprofessionals. Dit leidt ertoe dat er in het beleidsalternatief 9,1 fte voor indicatiestelling niet wordt ingevuld en dus zal leiden tot een langere duur van de indicatiestelling. Omdat dit een inschatting betreft is er bij het bepalen van de onzekerheidsmarges een bandbreedte tussen de 0% en 100% in acht genomen.

Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief

Met de invoering van “CIZ versnelt” is het aantal werkdagen dat het CIZ nodig heeft voor een indicatie gedaald naar 7. Het tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief (9,1 fte) kan worden vertaald naar een percentage van 1,9% wat er tekort wordt gekomen in het beleidsalternatief. Door dit te nemen als het percentage waarmee de indicatieduur toeneemt, wordt de indicatieduur (per aanvraag) in het beleidsalternatief 7,13 werkdagen.

Percentage cliënten dat van een pgb gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo’n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een pgb. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een pgb. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage cliënten dat van een vpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo’n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een vpt. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een vpt. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage cliënten dat van een mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed

Dit percentage is ingeschat op 2%. De reden dat dit vrij laag is tweeledig. Ten eerste komt in het nulalternatief zo’n 60% van de cliënten via een zorgaanbieder binnen. Het is daarom waarschijnlijk dat er voor deze cliënten weinig tot niets verandert in de informatievoorziening omtrent het gebruik van een mpt. Ten tweede ligt het in de lijn der verwachting dat veel cliënten (of hun naasten) nu ook zelf al hebben besloten gebruik te willen maken van een mpt. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 1% en 5% gehanteerd.

Percentage efficiëntieverlies door verspreiding informatieverzameling

Deze opslagfactor is als 20% genomen voor de berekening. Bij het bepalen van de onzekerheidsmarge is hiervoor een bandbreedte tussen de 5% en 30% gehanteerd.

B.4 Gegevens afgeleid uit andere gegevens

Extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit
Door het percentage vermindering van wachttijd door een verlaging van de zorgintensiteit (2%) te vermenigvuldigen met het aantal cliënten op de wachtlijsten in het beleidsalternatief, volgt het aantal weken waarmee de wachttijden worden verminderd.

Door de totale wachttijd van de wachtlijsten in het beleidsalternatief te delen door het aantal cliënten op deze wachtlijst krijgen we de gemiddelde wachttijd per cliënt (voor ieder van de vier wachtlijsten). Door de vermindering van de wachttijden (in weken) te delen door deze gemiddelde wachttijd, volgt het aantal extra cliënten (per wachtlijst) dat in het beleidsalternatief in de Wlz zorg terecht komt. Het totaal aantal extra cliënten in de Wlz zorg bedraagt 2.109.

Procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz
Het totaal aantal geldende zorgprofielen in het beleidsalternatief wordt bepaald door het aantal extra cliënten door een daling van zorgintensiteit (2.109) op te tellen bij het totaal aantal geldende zorgprofielen in het nulalternatief. De verhouding van het aantal zorgprofielen in het nulalternatief en het aantal zorgprofielen in het beleidsalternatief wordt dan gebruikt om de procentuele afname van zorgintensiteit (per cliënt) te berekenen. Deze bedraagt 0,76%.

Extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief
Door het percentage snelheidswinst t.o.v. de huidige werkwijze (5%) af te trekken van het efficiëntieverlies door de verspreiding van de indicatietaak (10%), komen we aan een opslagfactor voor het aantal fte. De extra fte die nodig is in het beleidsalternatief bedraagt dan 22,7.

B.5 Samenvatting

Variabele	Waarde	Rekenregels	Bronnen
Aantal cliënten dat onterecht toegang tot de Wlz krijgt in het beleidsalternatief	2.379	1.1, 1.3	Erai
Totaal aantal cliënten met toegang tot de Wlz in het beleidsalternatief	105.427	3.5	Erai
Gemiddelde kosten (per jaar) voor een foutief afgegeven Wlz indicatie	€ 65.974	1.1	Erai; NZa; Monitor Langdurige Zorg
Gemiddelde kosten (per jaar) voor een vervangend Wmo/Zvw/Jeugdwet traject	€ 20.868	1.1	“Wat als zorg wegvalt” (SCP); NZa; Directie Woningmarkt; Vastgoed management NL
Lengte wachtlijst actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	2.743 (V&V), 1.582 (VG)	1.4	ZiN
Lengte wachtlijst actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	7.661 (V&V), 1.781 (VG)	1.4	ZiN
Lengte wachtlijst niet-actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	58.023 (V&V), 22.243 (VG)	1.4	ZiN

Lengte wachtlijst niet-actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg in nulalternatief (weken)	741.087 (V&V), 90.484 (VG)	1.4	ZiN
Toename wachttijd actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg (weken)	104 (V&V), 58 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg (weken)	348 (V&V), 68 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd niet-actief wachtende cliënten, zonder overbruggingszorg (weken)	2.167 (V&V), 784 (VG)	1.4	Berekening
Toename wachttijd niet-actief wachtende cliënten, met overbruggingszorg (weken)	41.256 (V&V), 3.906 (VG)	1.4	Berekening
Verschuiving wachttijd actief wachtende cliënten zonder overbruggingszorg (weken)	194 (V&V), 27 (VG)	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Verschuiving wachttijd actief wachtende cliënten met overbruggingszorg (weken)	262 (V&V), 15 (VG)	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Verschuiving wachttijd niet-actief wachtende cliënten met/zonder overbruggingszorg (weken)	0	1.4, 4.1, 4.2	Erai
Percentage vermindering wachttijd door verlaging zorgintensiteit	2%	1.4	Inschatting
Aantal geldende V&V en VG zorgprofielen in nulalternatief	275.214	1.5, 8.1	CIZ
Extra cliënten in Wlz zorg in beleidsalternatief door daling zorgintensiteit	2.109	1.5, 8.1	Berekening
Procentuele afname zorgintensiteit per cliënt in de Wlz	0,76%	1.5	Berekening
Aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat duurder is	5.765	2.1	Erai
Gemiddeld dagprijsverschil te duur zorgprofiel en correct zorgprofiel	€ 41,69	2.1	NZa
Aantal foutief geïndiceerde zorgprofielen dat goedkoper is	2.661	2.1	Erai
Gemiddeld dagprijsverschil goedkoper zorgprofiel en correct zorgprofiel	€ 43,65	2.1	NZa
Gemiddelde kosten escalatie door verkeerd bed (per dag)	€ 205,21	3.1	CZ / Zilveren Kruis
Gemiddelde kosten hoger zorgprofiel door escalatie	€ 22,61	3.1	NZa
Kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt waarbij iemand in een ziekenhuisbed belandt	18,76%	3.1	NRC
Kans per week wachttijd dat een escalatie optreedt waarbij crisiszorg nodig is	1,26%	3.1	CBS; ZiN
Aantal escalaties met ziekenhuisopname in het nulalternatief (dagen)	200.750	3.1, 3.2	Berekening
Aantal escalaties met ziekenhuisopname in het beleidsalternatief (dagen)	207.365	3.1, 3.2	Berekening

Aantal escalaties met crisiszorg in het nulalternatief (dagen)	3.478	3.1, 3.2	Berekening
Aantal escalaties met crisiszorg in het beleidsalternatief (dagen)	3.592	3.1, 3.2	Berekening
Aantal extra ingehuurde fte voor indicatiestelling	11,35	3.3, 7.1	CIZ
Aantal fte voor indicatiestelling ingevuld door zorgprofessionals	2,27	3.3, 8.1	Inschatting
Aantal fte voor indicatiestelling in het nulalternatief	454	3.3, 3.4	CIZ
Percentage efficiëntieverlies door verspreiding indicatietaak over meerdere organen	10%	3.3	Inschatting
Percentage snelheidswinst in indicatiestelling	5%	3.3	Inschatting
Indicatieduur per aanvraag in het nulalternatief (werkdagen)	7	3.4	CIZ
Extra fte nodig voor indicatiestelling in het beleidsalternatief	22,71	3.3, 3.4	Berekening
Tekort aan fte voor indicatiestelling in het beleidsalternatief	9,08	3.4	Berekening
Indicatieduur per aanvraag in het beleidsalternatief (werkdagen)	7,13	3.5	Berekening
Gemiddelde eigen bijdrage voorafgaande zorg	€ 8,24	1.3, 4.1	“Wat als zorg wegvalt” (SCP)
Gemiddelde eigen bijdrage Wlz	€ 123,28	1.3, 4.1	CBS
Meerkosten per cliënt voor zorg in natura in plaats van een pgb	€ 51,59	5.1	CBS; NZa
Meerkosten per cliënt voor andere zorg in natura in plaats van een vpt	€ 38,34	5.1	CBS; NZa; Zilveren Kruis
Meerkosten per cliënt voor andere zorg in natura in plaats van een mpt	€ 48,44	5.1	CBS; NZa; Zilveren Kruis
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een pgb	14%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een vpt	5%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Percentage cliënten dat in het nulalternatief gebruik maakt van een mpt	16%	5.1, 5.2	CBS; CIZ
Aantal nieuw instromende cliënten in het beleidsalternatief	69.244	5.1, 5.2	CIZ
Percentage cliënten dat van een pgb gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting
Percentage cliënten dat van een vpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting
Percentage cliënten dat van een mpt gebruik had willen maken, maar dat door gebrek aan informatie niet deed	2%	5.1, 5.2	Inschatting

Aantal fte benodigd voor informatieverzameling in nulalternatief	6	6.1	CIZ
Percentage efficiëntieverlies door verspreiding informatieverzameling	20%	6.1	Inschatting
Gemiddelde kosten per fte voor informatieverzameling	€ 60.000	6.1	CIZ
Gemiddelde kosten per fte voor indicatiestelling	€ 66.448	7.1	CIZ
Aantal fte van zorgprofessionals in het nulalternatief voor zorgverlening in de Wlz	0,41	8.1	CIZ; Kamerstuk 31765 nr. 411, 27-05-2019

Tabel 7: Overzicht van de gebruikte variabelen voor de verschillende rekenregels.

C Bijlage: Interviewleidraad maatschappelijke meerwaarde onafhankelijke indicatiestelling in de Wlz

In opdracht van het CIZ brengt Andersson Elffers Felix (AEF) momenteel de maatschappelijke meerwaarde van onafhankelijke indicatiestelling in beeld, via een indicatieve maatschappelijke kosten- en batenanalyse (indicatieve MKBA). Dat vraagt een zo volledig en scherp mogelijk beeld van de voor- en nadelen van onafhankelijke indicatiestelling en van de maatschappelijke gevolgen (van het loslaten) ervan. Wat deze voor- en nadelen zijn, kan sterk afhankelijk zijn van het perspectief. We spreken daarom graag alle belanghebbenden in de Wlz, om verschillende standpunten en beelden met elkaar te kunnen confronteren.

Indicatiestelling in Nederland

Verschillende domeinen in Nederland kennen verschillende vormen van indicatiestelling:

- Door financier (Wmo, Jeugd/Wijkteam)
- Door professional aanbieder (Zvw/Wijkverpleging)
- Door een onafhankelijke partij (Zvw/Huisarts, Wlz, Jeugd/Diverse)

1. Hoe kijkt u tegen deze verschillende vormen aan?

Indicatiestelling voor de Wlz

De indicatiestelling voor de Wlz wordt nu op onafhankelijke wijze door het CIZ uitgevoerd.

2. Wat zijn voor u de voor- en nadelen van deze werkwijze?
3. Welke overige aandachtspunten kent deze werkwijze?
4. Zijn er voor u goede redenen dat juist in de Wlz deze werkwijze gevolgd wordt?
5. Zijn er voor u andere vormen van indicatiestelling voor de Wlz denkbaar (door professional, aanbieder, financier, etc.) ?
    a. Wat zijn daarvan voor u de voor- en nadelen en aandachtspunten?
    b. Wat zijn de voorwaarden waaronder dat succesvol kan zijn?
6. Naar welke wijze van indicatiestelling gaat uw voorkeur uit?
    a. Welke voor- en nadelen hebben voor u de grootste waarde en waarom?

Maatschappelijke effecten van (het loslaten van) onafhankelijke indicatiestelling

In de indicatieve MKBA worden twee scenario's met elkaar vergeleken:

- De huidige situatie, als voorbeeld van onafhankelijke indicatiestelling
- Een situatie waarin aanbieders verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling.

Als basis voor de indicatieve MKBA stellen we de *beleidstheorie* op; een kwalitatieve beschrijving van de (veronderstelde) effecten als gevolg van het loslaten van onafhankelijke indicatiestelling. Deze is op de volgende pagina weergegeven.

7. Mist u daarin nog effecten?
8. Zijn sommige oorzaak-gevolgrelaties u onduidelijk?
9. Ben u van mening dat bepaalde effecten *niet* optreden?

De effecten uit de beleidstheorie worden vervolgens zo goed mogelijk gekwantificeerd.

10. Heeft u daarbij nog aandachtspunten?

Tot slot

Zijn er nog andere vragen of opmerkingen die u over dit onderwerp of de MKBA heeft?