

Evaluatie OCO Wlz

De uitvoering en bekostiging van onafhankelijke
cliëntondersteuning Wlz

Eindrapport

Evaluatie OCO Wlz

De uitvoering en bekostiging van onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz

Eindrapport

Bilthoven

21 februari 2018

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Joey van den Hurk

Peter Bex

Karen Loosman

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding	7
1.2	Werkwijze	7
1.3	Leeswijzer	7
2	Introductie OCO Wlz	8
2.1	Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz	8
2.2	Taken cliëntondersteuning	8
2.3	Betrokken actoren	10
3	Uitvoering en bekostiging	11
3.1	Allocatie van middelen	11
3.2	Inkoop door zorgkantoren	13
3.3	Beschikbaarheidsmiddelen	15
3.4	Financieringsstromen	18
3.5	Uitvoering in de praktijk	22
3.6	Inrichting toezicht	24
4	Conclusies en aanbevelingen	25
4.1	Conclusies	25
4.2	Aanbevelingen	26
4.3	Draagvlak	28
	Literatuurlijst bureauonderzoek	29
	Interviewlijst praktijkonderzoek	30

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In maart 2017 ontving het ministerie van VWS het signaal van één van de aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz (OCO Wlz) dat er in diverse zorgkantoorregio's sprake zou zijn van wachtlijsten voor dan wel overproductie van OCO Wlz. De aanbieder gaf aan dat het beroep op onafhankelijke cliëntondersteuning toeneemt doordat de functie van cliëntondersteuner meer bekend is geworden. Ook bestaat er onzekerheid over de financiering van onafhankelijke cliëntondersteuning in geval van overproductie, waardoor er geen extra onafhankelijke cliëntondersteuners worden aangenomen en er wachtlijsten ontstaan.

Navraag bij de betreffende zorgkantoren wees uit dat de signalen niet breed werden herkend. In overleg met aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz, zorgkantoren/Wlz-uitvoerders en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgesproken dat er een onafhankelijk onderzoek komt naar de huidige wijze van uitvoering en bekostiging van OCO Wlz, de knelpunten hierbinnen, en de oplossingsmogelijkheden voor deze knelpunten. Het ministerie van VWS heeft Sira Consulting gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Het voorliggend rapport is hiervan het resultaat.

1.2 Werkwijze

Het onderzoek is uitgevoerd in drie fasen. In de 1^e fase is op basis van bureauonderzoek een voorlopig beeld opgesteld van OCO Wlz.

In de 2^e fase is praktijkonderzoek uitgevoerd. Er zijn interviews afgenomen met deskundigen en stakeholders, denk daarbij aan zorgkantoren en aanbieders van OCO Wlz. In totaal zijn er 14 interviews afgenomen met 17 inhoudelijk deskundigen. De resultaten uit de interviews zijn gevalideerd en vervolgens geanalyseerd.

In de 3^e fase zijn op basis van de analyse en met respect voor alle actoren conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Het resultaat is samengevat in een rapport.

1.3 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt:

In hoofdstuk 2 wordt het onderwerp onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz (OCO Wlz) geïntroduceerd. Hier wordt ingegaan op de wettelijke grondslag van OCO Wlz, de taken die behoren tot OCO Wlz en de belangrijkste actoren op het gebied van OCO Wlz.

Hoofdstuk 3 gaat in op de uitvoering en bekostiging van OCO Wlz. Hier worden achtereenvolgens de allocatie van middelen, de inkoop door zorgkantoren, de voor- en nadelen van beschikbaarheidsmiddelen, de financieringsstromen, de uitvoering in de praktijk en de inrichting van het toezicht besproken en geëvalueerd. In dit hoofdstuk staan observaties m.b.t. de uitvoering en bekostiging van OCO Wlz, de knelpunten hierbinnen, en de oplossingsmogelijkheden en quick wins.

In hoofdstuk 4 worden de conclusies samengevat en een advies uitgewerkt om voor het jaar 2018 en verder een effectieve en efficiënte wijze van uitvoering en bekostiging van OCO Wlz te realiseren binnen de huidige wettelijke kaders. Daarbij wordt aangegeven in welke mate het advies kan rekenen op draagvlak bij de veldpartijen.

2 Introductie OCO Wlz

2.1 Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz

Op 1 januari 2015 is de Wet Langdurige zorg (Wlz) in werking getreden. Deze wet vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die 24 uur per dag (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Denk aan chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke, lichamelijke beperking of aandoening.

In de Wlz is cliëntondersteuning gedefinieerd als (art 1.1.1.) 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden'. Mede door amendement 162, ingediend door Bergkamp en Van Dijk, is het begrip cliëntondersteuning verbreed ten opzichte van de situatie in de AWBZ. Ook is cliëntondersteuning steviger gepositioneerd dan voorheen. In artikel 4.2.1 en artikel 8.1.1 van de Wlz staat dat het de taak van de Wlz-uitvoerder is om cliënten op dit recht te wijzen en cliëntondersteuning te faciliteren. Onafhankelijke cliëntondersteuning valt onder de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerders mandateren deze taak aan de zorgkantoren.

Het doel van cliëntondersteuning is om de Wlz-cliënt te helpen de juiste keuzes te maken over hoe zorg passend georganiseerd kan worden. Een cliëntondersteuner biedt zelf geen zorg aan een cliënt maar zoekt samen met de cliënt naar passende oplossingen en mogelijkheden¹ waarop de zorg georganiseerd kan worden. Het is voor een cliënt namelijk niet altijd duidelijk welke aanbieders beschikbaar zijn voor de gewenste zorg en op welke zorg precies aanspraak gemaakt kan worden.

Clientondersteuning wordt gegeven door drie partijen. Ten eerste bieden zorgkantoren zelf cliëntondersteuning. Maar hoewel zorgkantoren handelen in het belang van de cliënt wordt een onderscheid gemaakt tussen cliëntondersteuning door zorgkantoren en onafhankelijke cliëntondersteuning. Ten tweede wordt daarom onafhankelijke cliëntondersteuning geboden door derde partijen die geen belangen hebben bij de aanbieder en ook niet bij het zorgkantoor. Tot slot heeft ook de zorgaanbieder informatie-, ondersteuning- en begeleidingstaken die worden vastgelegd in de contracten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder en die zijn gebaseerd op wet- en regelgeving. Een grote ondersteuningstaak vervult de zorgaanbieder bijvoorbeeld bij het opstellen en bespreken van het zorgplan.

2.2 Taken cliëntondersteuning

Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz (OCO Wlz) richt zich op de cliëntondersteuning die door een onafhankelijke derde partij wordt geboden en bestaat uit²:

1. Informatie en advies

De cliënt krijgt informatie en advies over het Wlz-zorgaanbod in de regio, verschillende zorgvormen, cliëntrechten en eventuele wachtlijsten.

¹ Evaluatie hervorming langdurige zorg. Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners. Door Movisie en Vilans.

² Bron: Inkoopkader Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2018-2020, ZN 2017.

2. Ondersteuning bij het opstellen van een persoonlijk plan

De cliënt krijgt ondersteuning bij het opstellen van een persoonlijk plan, voorafgaand aan de realisatie van zorg. Uitgangspunt hierbij is de visie van de cliënt zelf op zijn leven.

3. Ondersteuning bij het kiezen van een passende Wlz-zorgaanbieder en passende Wlz-zorg

De cliënt krijgt ondersteuning bij de keuze voor de best passende Wlz-zorg. Hierbij ontvangt de cliënt informatie over de mogelijke leveringsvormen en een advies over welke leveringsvorm het best past bij de situatie van de cliënt.

De cliënt krijgt ondersteuning bij de keuze voor een Wlz-zorgaanbieder. Hierbij krijgt de cliënt informatie over aanbieders die passende zorg kunnen leveren en wordt de cliënt ondersteund bij het maken van een keuze.

Organisaties voor onafhankelijke cliëntondersteuning moeten zich houden aan de werkafspraken tussen het zorgkantoor en de organisatie voor onafhankelijke cliëntondersteuning die gemaakt zijn over het niet tijdig vinden van passende zorg voor een cliënt.

4. Ondersteuning bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het zorgplan

De cliënt krijgt ondersteuning bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het zorgplan en bij de zorgplanbesprekingen (na aanvang van de zorglevering). De cliënt krijgt uitleg over wat er in een zorgplan hoort te staan en waar een zorgplan aan moet voldoen en wat de taken en verantwoordelijkheden van de Wlz-zorgaanbieder hierin zijn. De cliëntondersteuner geeft de cliënt handvatten en tips om zelfstandig het gesprek aan te gaan. De cliëntondersteuner kan, als een zelfstandig gesprek voor de cliënt moeilijk is en de cliënt nadrukkelijk ondersteuning wenst, aanwezig zijn bij de zorgplanbespreking.

5. Bemiddeling indien zorg niet conform verwachting en afspraken wordt geleverd

De cliënt wordt ondersteund als hij een andere invulling wil van de zorg en/of de zorg niet conform de afspraken geleverd wordt. In overleg met de cliënt wordt de situatie onderzocht en bekeken wat de cliënt er zelf in kan doen en/of heeft ondernomen. De cliënt krijgt advies over het zetten van vervolgstappen. Zo nodig is cliëntondersteuning aanwezig bij een gesprek met de Wlz zorgaanbieder.

6. Ondersteuning bij klachten, geschillen, bezwaar en beroep

De cliënt wordt ondersteund bij klachten, geschillen, bezwaar en beroep. De cliënt wordt geïnformeerd over de procedure en risico's van klachten, geschillen, bezwaar en beroepsprocedure. Daarnaast wordt de cliënt geïnformeerd over de positie die de cliënt heeft. De verschillende opties en mogelijkheden worden aan de cliënt voorgelegd en afgewogen.

7. Ondersteuning bij herindicatie.

De cliënt wordt ondersteund bij een herindicatie. De cliënt wordt geïnformeerd over de procedure. De cliënt wordt geïnformeerd over mogelijkheden en gewezen op de risico's van een herindicatie. Daarnaast wordt de cliënt voorbereid op het indicatiegesprek. Zo nodig is cliëntondersteuning aanwezig bij een gesprek.

2.3 Betrokken actoren

De belangrijkste betrokken actoren bij onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz zijn:

Wetgeving en toezicht

- Ministerie van VWS
- NZa
- ZiN

Wlz-uitvoerders en zorgkantoren

- ZN
- CZ
Zorgkantoor Haaglanden, Zuid Hollandse Eilanden, Zeeland, West Brabant, Zuid Oost Brabant en Zuid Limburg
- VGZ
Zorgkantoor Noord Holland Noord, Waardenland, Midden Holland, Nijmegen, Midden Brabant, Noord Oost Brabant en Noord en Midden Limburg
- Zilveren Kruis / Achmea
Zorgkantoor Amsterdam, Apeldoorn / Zutphen e.o., Drenthe, Flevoland, Kennemerland, Rotterdam, 't Gooi, Utrecht, Zaanstreek / Waterland en Zwolle
- Menzis
Zorgkantoor Arnhem, Groningen en Twente
- ENO
Zorgkantoor Midden IJssel
- DSW
Zorgkantoor Westland e.o. en Nieuwe Waterweg Noord
- De Friesland
Zorgkantoor Friesland
- Z&Z
Zorgkantoor Zuid Holland Noord en Amstelland en Meerlanden

Aanbieders onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz

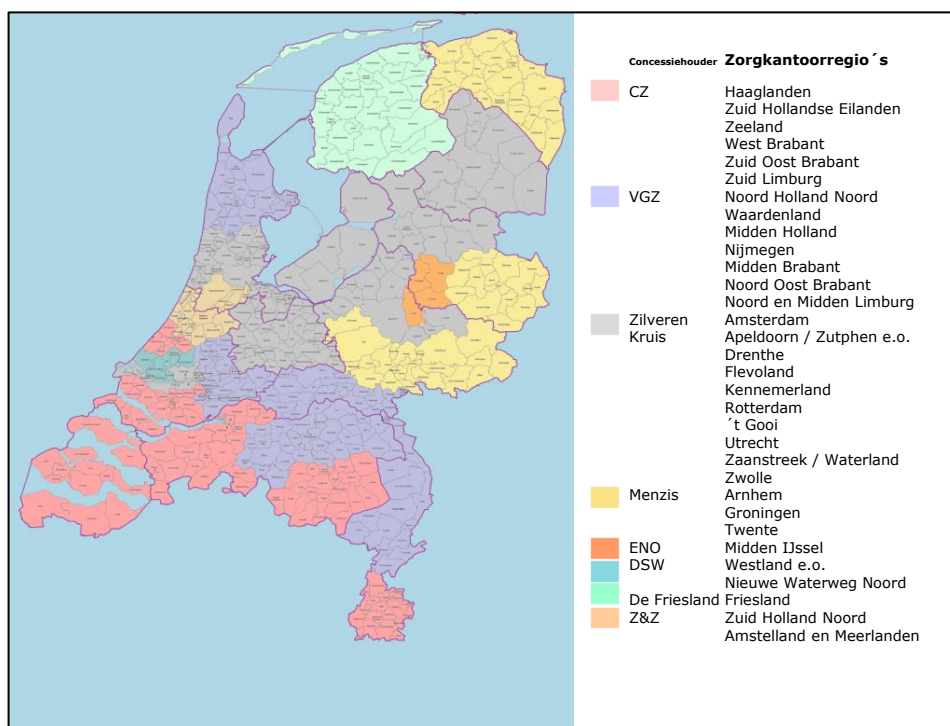
- MEE NL
Regionale MEE-organisaties (20)
- Adviespunt Zorgbelang
Regionale Zorgbelang-organisaties (10)
- Wlz cliëntondersteuning.nl
- Kernkracht
- Stichting Cliëntondersteuning Twente (SCOT)
- Overige Wlz-clieñtondersteuners zoals Stichting Participatie, Dichtbij en enkele kleine regionale samenwerkingsverbanden

3 Uitvoering en bekostiging

3.1 Allocatie van middelen

3.1.1 Landelijke en regionale budgetten

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van cliëntondersteuning Wlz. Ook als de cliënt aangeeft de ondersteuning niet door de zorgkantoren, maar door een onafhankelijke derde partij te willen ontvangen, organiseren en financieren de zorgkantoren deze onafhankelijke cliëntondersteuning. In 2017 is landelijk € 8,3 miljoen voor onafhankelijke cliëntondersteuning ter beschikking gesteld. Zorginstituut Nederland verdeelt deze middelen over de zorgregio's. Daarna worden de middelen per regio verdeeld over de gecontracteerde aanbieders cliëntondersteuning. In de onderstaande figuur is aangegeven welke concessiehouder in welke zorgregio verantwoordelijk is voor het uitvoeren van zorgkantoortaken.



Figuur 1. Overzicht concessiehouder per zorgregio

De ontwikkeling van budgetten in de periode 2015-2017

In 2015 heeft het ministerie van VWS € 10 miljoen toegekend om in Nederland onafhankelijke cliëntondersteuning te bieden. In de hierop volgende jaren is dit budget verlaagd naar € 8,3 miljoen, omdat middelen niet volledig werden benut. Het eerste jaar heeft echter voor een vertekend beeld gezorgd. Deels omdat in de eerste maanden de onafhankelijke cliëntondersteuning nog werd opgezet en er niet of nauwelijks kosten werden gemaakt. Deels omdat de functie onafhankelijke cliëntondersteuning nog grotendeels onbekend was bij de doelgroepen. In het afgelopen jaar bleek het verlaagde budget niet toereikend te zijn om er voor te zorgen dat OCO Wlz voor cliënten het hele jaar beschikbaar is. Het ministerie heeft daarom besloten om in 2017 een extra toewijzing

van € 1,5 miljoen te verstrekken. In de afgelopen jaren is het budget vaker opgeplust na signalen van ZN over ontoereikende middelen.

De ontwikkeling van budgetten in de periode 2018-2021

Het nieuwe kabinet heeft in het regeerakkoord aangegeven extra te willen investeren in onafhankelijke cliëntondersteuning (pagina 16, 'Een inclusieve samenleving'). In de huidige kabinetsperiode stelt het kabinet 55 miljoen beschikbaar voor onafhankelijke cliëntondersteuning en daarna 10 miljoen per jaar (2018, 2019, 2020 15 miljoen en 2021 10 miljoen). Het regeerakkoord is echter nog onduidelijk over hoe deze bedragen precies worden verdeeld.

Onafhankelijke cliëntondersteuning wordt regionaal ingekocht met inachtneming van de landelijke kaders. Het landelijk beschikbaar gestelde budget wordt *via de beheerskosten* geormerkt beschikbaar gesteld aan de zorgkantoren. De verdeelsleutel per regio hiervoor betreft die van de beheerskosten (gebaseerd op inwoneraantallen per regio) waarbij het aandeel 65 plussers dubbel telt. Bij het vaststellen van de regionale budgetten wordt niet naar cliëntgroepen gekeken zoals het aantal (verstandelijk) gehandicapten³. Verder zijn er enkele regio's waar een uitzonderingssituatie op van toepassing is. Zo wordt er in de regio's Zuid Limburg en Rotterdam geëxperimenteerd om ook voorafgaand aan de Wlz-indicatie informatie en ondersteuning aan te bieden aan cliënten.

Aan het begin van ieder jaar verdelen de zorgkantoren de middelen per regio voor het aankomend jaar. Het zorgkantoor maakt een eigen prognose op basis van de cijfers van het afgelopen jaar. Wanneer er verschillen te zien zijn bestaat er de mogelijkheid om een herverdeling van het geld tussen de regio's of tussen gecontracteerde aanbieders als MEE- of Zorgbelangorganisaties te laten plaatsvinden.

3.1.2 Verschillen per regio en de verdeelsleutel

De verdeelsleutel per regio van het landelijk beschikbaar budget is gebaseerd op die van de beheerskosten, d.w.z. inwoneraantallen per regio. Zorgkantoren geven aan dat deze verdeelsleutel in de afgelopen jaren niet is herzien of aangepast. Zorgkantoren zijn er echter duidelijk over dat de vraag naar onafhankelijke cliëntondersteuning verschilt per regio. In bepaalde regio's wordt meer en in andere minder aanspraak gemaakt op het beschikbare budget. Dit is voor een deel afhankelijk van de opbouw van de populatie. De verdeelsleutel zou daarom opnieuw berekend moeten worden.

Inwonersaantallen per regio kunnen blijven dienen als vertrekpunt, maar daarnaast moet de verdeling rekening houden met de opbouw van de cliëntenpopulatie en andere relevante factoren. Er is inmiddels voldoende data beschikbaar m.b.t. de in de afgelopen jaren gerealiseerde productie. Deze data kunnen gebruikt worden bij het herzien en aanpassen van de verdeelsleutel. Er is nu meer informatie beschikbaar dan voorheen over de vraag naar ondersteuning en de verscheidenheid in de aard en intensiteit van ondersteuningsvragen door cliëntengroepen⁴. Het herijkingsproces kan in goed overleg met het ZIN door de zorgkantoren zelf worden uitgevoerd en gereed zijn voor het inkoopproces van 2019. Met het herijken van de verdeelsleutel wordt voor een belangrijk deel voorkomen dat regio's te maken hebben met *structurele* over- of onderproductie.

³ In de praktijk bieden MEE-organisaties bijvoorbeeld vaak aan deze groep cliëntondersteuning.

⁴ D.w.z. er is meer informatie beschikbaar over welke cliëntengroepen ervoor zorgen dat er in bepaalde regio's meer gebruik wordt gemaakt van onafhankelijke cliëntondersteuning.

3.2 Inkoop door zorgkantoren

3.2.1 Keuzegrondslagen bij inkoop

Per regio komen maximaal vier aanbieders in aanmerking voor een overeenkomst. Het aantal aanbieders per regio is beperkt, omdat zorgkantoren willen voorkomen dat het aanbod en de expertise over onafhankelijke cliëntondersteuning te veel versnipperd is. Met maximaal vier aanbieders borgen de zorgkantoren dat er keuzevrijheid is voor de cliënten. Tijdens het inkoopproces worden offertes door de aanbieders op regionaal niveau ingediend. De bestaande⁵ aanbieders krijgen van zorgkantoren een meerjarige overeenkomst aangeboden voor de periode van 2018-2020. Nieuwe aanbieders krijgen een overeenkomst aangeboden voor de duur van één jaar met de mogelijkheid voor een verlenging. Nieuwe aanbieders moeten wel duidelijk iets toevoegen aan het bestaande aanbod onafhankelijke cliëntondersteuning. Bijvoorbeeld expertise met specifieke doelgroepen, bekendheid in een regio of innovatieve organisatievormen.

Onafhankelijke cliëntondersteuning kan in verschillende diensten worden onderverdeeld. Er is een scheiding merkbaar tussen de vg-sector en de pg-sector. Deze groepen komen met verschillende vragen. De aanbieders leveren dezelfde diensten, maar hebben zich ieder op een andere sector gespecialiseerd. MEE-organisaties zijn gespecialiseerd in ondersteuning van verstandelijk gehandicapten; Zorgbelangorganisaties in ondersteuning van ouderen.

MEE-organisaties en Zorgbelangorganisaties zijn veruit de grootste aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning. Zowel MEE als Zorgbelang bestaan uit diverse regionale organisaties die zich bij zorgkantoren inschrijven. MEE NL bestaat uit 20 regionale organisaties⁶ en Adviespunt Zorgbelang bestaat uit 10 regionale organisaties⁷. In sommige regio's schrijven meerdere organisaties van MEE zich bij het zorgkantoor in. Daarnaast bestaan er een aantal kleinere organisaties zoals Wlz cliëntondersteuning, Kernkracht of bijvoorbeeld Stichting Cliëntondersteuning Twente, Stichting Partisipaasje en Dichtbij die onafhankelijke cliëntondersteuning aanbieden in één regio.

De verdeling van budgetten in de periode 2015-2017

De verdeling tussen Zorgbelang en MEE is door de zorgkantoren in 2015 respectievelijk op 30% en 60% gesteld op basis van het indertijd verwachte marktaandeel. Door zorgkantoren werd 10% achtergehouden voor "maatwerk" contractering in de regio. Te denken valt aan het contracteren van aanbod voor specifieke doelgroepen of van regionale spelers. Inmiddels is de verdeling van 30% voor Zorgbelang en 60% voor MEE losgelaten. Toch is de oorspronkelijke verdeling nog wel enigszins herkenbaar in de huidige overeenkomsten⁸.

⁵ D.w.z. de aanbieders die voor het gehele jaar 2017 een overeenkomst voor onafhankelijke cliëntondersteuning met het zorgkantoor gesloten hebben voor de regio waarvoor de aanbieder voor 2018-2020 ook een overeenkomst wil aanvragen.

⁶ Dit zijn: MEE Amstel en Zaan, MEE Drenthe, MEE Friesland, MEE Gelderse Poort, MEE Groningen, MEE IJsseloevers, MEE Veluwe, MEE Noord en Midden Limburg, MEE Noordoost Brabant, MEE & de Wiering, MEE Oost, MEE Plus, MEE regio den Bosch, MEE regio Tilburg, MEE Rotterdam Rijnmond, MEE Utrecht, Gooi en Vecht, MEE West-Brabant, MEE Zuid-Holland Noord, MEE Zuid-Limburg, MEE Zuid-Oost Brabant.

⁷ Dit zijn: CLBA, ZBGU, ZBDR, CMOFL, ZBZH, ZBOV, ZBBZ, ZBL, ZBFR, ZBGR.

⁸ Voorlopige prognoses ramen het deel van Zorgbelang op ongeveer 20% en het deel van MEE op ongeveer 60%. Zorgbelang verleent jaarlijks cliëntondersteuning aan circa 1.500 cliënten en MEE aan circa 6.000 cliënten.

Doorverwijzing door zorgkantoren

Zorgkantoren brengen onafhankelijke cliëntondersteuning op verschillende manieren onder de aandacht bij cliënten. Zorgkantoren doen dat bijvoorbeeld *direct* door rechtstreeks advies⁹ aan cliënten die zich bij het zorgkantoor inschrijven¹⁰ of die contact opnemen met vragen, informatiebrieven, spreekuren, belacties en via de website. *Indirect* doen zorgkantoren dat via de zorgaanbieders. In de overeenkomst met de zorgaanbieders is opgenomen dat zij cliënten moeten wijzen op hun recht op onafhankelijke cliëntondersteuning. In de overleggen met zorgaanbieders en hun cliëntenraden herinneren zorgkantoren hieraan.

Aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning merken op dat zij de indruk hebben dat er verschillen bestaan in de mate waarin cliënten door zorgkantoren worden doorverwezen. Dit wordt volgens aanbieders veroorzaakt door de eigen rolopvatting van het zorgkantoor; de zorgkantoren bieden immers zelf ook cliëntondersteuning. ZN merkt op dat zorgkantoren handelen via het landelijk beleid. Dat is het uitgangspunt wat onderling is afgesproken. Op regionaal niveau kunnen er echter onderling (kleine) verschillen bestaan in de uitvoering.

3.2.2 Spreiding aanbieders

In de onderstaande figuur is schematisch aangegeven welke aanbieders in welke zorgregio voor 2018 gecontracteerd zijn voor het uitvoeren van cliëntondersteuning.



Figuur 2. Overzicht spreiding aanbieders onafhankelijke cliëntondersteuning per zorgregio in 2018

⁹ Tijdens telefoongesprekken met mensen met een Wlz indicatie benoemt het zorgkantoor bijvoorbeeld dat er mogelijkheden voor cliëntondersteuning bestaan.

¹⁰ Voor bestaande cliënten in de zorg is onafhankelijke cliëntondersteuning vaak nog een relatief onbekend fenomeen. Dus bij deze groep proberen zorgkantoren de bekendheid van onafhankelijke cliëntondersteuning te vergroten.

3.3 Beschikbaarheidsmiddelen

3.3.1 De voor en nadelen van beschikbaarheidsmiddelen

Tot en met 2017 ontvingen alle gecontracteerde aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning een beschikbaarheidsvergoeding van € 20.000 per regio. Dit bedrag werd in eerste instantie toegezegd in de beginfase en had tot doel om de structuur van onafhankelijke cliëntondersteuning op te zetten. Inmiddels wordt onafhankelijke cliëntondersteuning al een aantal jaar aangeboden en gaan zorgkantoren er vanuit dat de structuur inmiddels staat. Zorgkantoren zien bijvoorbeeld dat het bedrag ook voor andere activiteiten wordt ingezet, bijvoorbeeld voor kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering. In totaal wordt de beschikbaarheidsvergoeding ongeveer 60 keer verstrekt. Dat betekent dat ongeveer € 1.200.000 van het totale budget voor onafhankelijke cliëntondersteuning aan beschikbaarheidsvergoedingen wordt besteed. Omgerekend op basis van een uurtarief van € 69 gaat het dan om ongeveer 17.391 uur aan onafhankelijke cliëntondersteuning.

De zorgkantoren hebben besloten om in 2018 de beschikbaarheidsvergoeding te laten vervallen. Hier komt een vast landelijk tarief van € 69 per uur dienstverlening voor in de plaats. Dit tarief is afgeleid uit het rapport "Cliëntvertrouwenspersoon"¹¹ en is vergelijkbaar met het tarief waartegen Stichting PVP haar dienstverlening aanbiedt. Het is de bedoeling dat van dit uurtarief ook de kosten voor kwaliteitsverbetering, kennisontwikkeling of korte telefoongesprekken worden betaald. Het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding betekent, vooral in regio's met kleine budgetten, dat er ook met andere aanbieders dan alleen MEE- en Zorgbelangorganisaties kan worden gewerkt¹². Door het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding en de komst van het uurtarief ontstaat er meer proportionaliteit tussen de grote- en de kleine regio's. De maatregel kan daarom rekenen op breed draagvlak bij de zorgkantoren.

Aanbieders hebben begrip voor het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding. Zij merken wel op dat het vaste uurtarief krap is voor hbo'ers en dat er weinig geld overblijft voor kwaliteitsverbetering. Daarnaast voorzien zij de volgende praktische nadelen aan het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding. Onafhankelijke cliëntondersteuners krijgen vaak korte vragen van cliënten tussendoor. Deze vragen zijn niet altijd te registreren. Ook zit een cliëntondersteuner soms een half uur met een cliënt aan de telefoon en pas dan blijkt de cliënt geen Wlz-indicatie te hebben¹³. In dat geval is registratie ook lastig. Het wegvallen van de beschikbaarheidsvergoeding maakt het lastig om met deze grens-gevallen om te gaan. Al met al vrezen sommige aanbieders dat de financiering krappere wordt, zeker in combinatie met de vereiste telefonische beschikbaarheid tijdens werkdagen¹⁴.

Dit is echter geen unaniem standpunt van aanbieders. De meningen lopen uiteen. Dat komt omdat aanbieders verschillend zijn georganiseerd. Niet iedere aanbieder heeft een

¹¹ Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/20/clientvertrouwenspersoon>.

¹² Wanneer een zorgkantoor met een beperkt budget drie of vier partijen zou contracteren dan zou er vanwege de beschikbaarheidsvergoeding geen geld meer overblijven voor het verlenen van onafhankelijke cliëntondersteuning. In dat geval zou er bijvoorbeeld € 60.000 of € 80.000 aan beschikbaarheidsvergoedingen moeten worden betaald uit een totaalbudget van circa € 78.000.

¹³ ZN onderstreept dat een cliëntondersteuner soms door een cliënt kan worden gebeld die uiteindelijk geen Wlz indicatie blijkt te hebben. Officieel mag deze tijd niet gedeclareerd worden bij de Wlz. In deze situatie is het lastig dat de beschikbaarheidsvergoeding verdwijnt. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat aanbieders deze tijd alsnog bij de gemeenten kunnen declareren op grond van de Wmo. Daarnaast kan onderzocht worden of het wenselijk is om cliënten bij wie een Wlz indicatie in het vooruitzicht ligt tijdens het indicatieproces aanspraak te laten maken op de Wlz.

¹⁴ Voor vragen wordt een cliënt op de site van MEE NL naar de juiste regio verwezen. Per MEE organisatie wisselt de organisatie van de backoffice. Soms is het een specifieke Wlz helpdesk, maar in de meeste gevallen is het een algemeen nummer van de MEE-organisatie, waar ook de Wmo vragen binnenkomen. De Wlz cliënt of zijn mantelzorger wordt dan naar de cliëntondersteuner toe geleid.

beschikbaarheidsvergoeding nodig. Nieuwe aanbieders stellen de beschikbaarheidsvergoeding wel op prijs (nieuwe aanbieders krijgen doorgaans weinig uren gecontracteerd), maar zijn zich ervan bewust dat juist deze vergoeding het voor zorgkantoren moeilijk maakt om hen te contracteren. Door het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding ontstaat ruimte voor innovatieve organisatievormen¹⁵. Door het afschaffen van de beschikbaarheidsvergoeding ontstaat de mogelijkheid om meerdere aanbieders te contracteren voor het leveren van cliëntondersteuning¹⁶. De beschikbaarheidsvergoeding had hierop voorheen een remmende werking. Dit is bevorderlijk voor de diversiteit van het aanbod.

Kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering

De beschikbaarheidsmiddelen werden voor diverse doeleinden ingezet. Om de telefonische bereikbaarheid te garanderen bijvoorbeeld, maar ook voor kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering. Zo biedt MEE NL scholing aan aan de onafhankelijke cliëntondersteuners van MEE-organisaties. Hiervoor worden experts op bepaalde gebieden ingehuurd en wordt kennis overgedragen over specifieke problematiek en hoe om te gaan met moeilijke situaties. Iedere cliëntondersteuner krijgt landelijk twee scholingsdagen en een of twee themadagen per jaar aangeboden. Daarnaast bieden de regionale MEE-organisaties ook scholing aan de cliëntondersteuners. Ook Zorgbelang onderneemt activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering. De (relatief) nieuwe aanbieder Wlz-cliëntondersteuning merkt echter op dat deskundigheidsbevordering de verantwoordelijkheid is van de cliëntondersteuner zelf. De Wlz cliëntondersteuners zijn daarom allemaal lid van de beroepsvereniging van cliëntondersteuners (BCMB) en geregistreerd als cliëntondersteuner bij het Registerplein. Het is een andere manier van organiseren, die de verantwoordelijkheid voor deskundigheidsbevordering weghaalt bij de organisatie en nadrukkelijk bij de professional neerlegt.

3.3.2 Nieuwe situatie 2018

Kort samenvattend. Zorgkantoren zijn positief over het afschaffen van de beschikbaarheidsvergoeding en de komst van een vast uurtarief. De zorgkantoren willen dat het bedrag dat voorheen aan beschikbaarheidsvergoedingen werd uitgegeven voortaan aan uren onafhankelijke cliëntondersteuning wordt besteed.

Het tarief per uur cliëntondersteuning bedraagt € 69 inclusief beschikbaarheid. Dit uurtarief is gelijk aan de tarieven die gehanteerd worden voor vergelijkbare professionals zoals de cliëntenvertrouwenspersoon (vg- en pg-sector) en de patiëntenvertrouwenspersoon (ggz-sector). Het tarief is gelijk voor alle aanbieders. Op verzoek van aanbieders kan een lager uurtarief afgesproken worden¹⁷.

Door het verdwijnen van de beschikbaarheidsvergoeding en de komst van het vast uurtarief ontstaat er meer proportionaliteit tussen de grote en de kleine regio's. In kleine regio's kunnen voortaan naar verhouding meer uren onafhankelijke cliëntondersteuning worden aangeboden.

¹⁵ Zo komt de aanbieder Wlz-cliëntondersteuning (in tegenstelling tot MEE en Zorgbelang) toe met een platte organisatie die nauwelijks overhead heeft. De medewerkers van Wlz-cliëntondersteuning zijn allen bezig met het ondersteunen van cliënten. De aanbieder huurt een externe dienst in om de telefonische bereikbaarheid te garanderen.

¹⁶ Daarbij blijft expertise en kennis van de regio van doorslaggevend belang voor de uitvoering van onafhankelijke cliëntondersteuning. Met alle overhevelingen is het zorglandschap complex geworden. Het is belangrijk om de zorgkaart van de regio goed te kennen en te weten wanneer iemand ergens aanspraak op kan maken.

¹⁷ Vooralnog bestaan er echter nauwelijks verschillen tussen de tarieven. Een beperkt aantal aanbieders hebben lager geoffreerd, namelijk € 65 of € 68.

De nadelen die door de aanbieders worden benoemd worden ook door de zorgkantoren gezien. De nadelen zijn echter niet onoverkomelijk. In onderstaand tekstkader is een voorstel uitgewerkt hoe om te gaan met kwetsbare cliënten bij wie een Wlz-indicatie in het vooruitzicht ligt zodat zij tijdens het proces aanspraak kunnen maken op OCO Wlz.

Toegankelijkheid OCO Wlz

In de huidige situatie is OCO Wlz toegankelijk voor cliënten met een Wlz-indicatie. Dit waarborgt dat er een eenduidige juridische grondslag is op basis waarvan cliënten aanspraak kunnen maken op OCO Wlz. Dit is belangrijk voor zowel zorgkantoren als NZa met het oog op de rechtmatigheid van uitgaven. Het voorkomt ook dat er ongewenst doorschuifgedrag ontstaat bij gemeenten (d.w.z. het doorschuiven van de verantwoordelijkheid voor het bieden van onafhankelijke cliëntondersteuning van de Wmo naar de Wlz). Cliënten hebben immers recht op OCO vanuit de Wmo.

Het probleem is dat er een groep kwetsbare cliënten bestaat die erg gebaat zijn bij OCO Wlz maar die (nog) niet beschikken over een indicatie. Dit zijn kwetsbare cliënten bij wie een Wlz-indicatie wel in het vooruitzicht ligt maar die óf nog een aanvraag moeten indienen óf daarmee bezig. Het beschikbaar stellen van OCO Wlz aan deze cliënten draagt ertoe bij dat enerzijds het aanvragen van de indicatie soepeler verloopt en dat anderzijds tijdig de juiste keuzes worden gemaakt met betrekking tot de zorg die een cliënt nodig heeft. Tenslotte maakt dit het voor aanbieders mogelijk om de uren te declareren die zowieso worden besteedt aan het beantwoorden van vragen van deze groep cliënten (voorheen werd dit opgevangen uit de beschikbaarheidsmiddelen).

Voorgesteld wordt om het mogelijk te maken dat kwetsbare cliënten bij wie een Wlz indicatie in het vooruitzicht ligt tijdens het indicatieproces aanspraak kunnen maken op OCO Wlz. Van aanbieders wordt vanzelfsprekend gevraagd om alert te zijn bij intake gesprekken. Maar indien een cliënt (nog) niet over een Wlz-indicatie beschikt dan kan OCO Wlz óók geboden worden op basis van 1) een *schriftelijke ontvangsbevestiging aanvraag Wlz-zorg* van het CIZ, 2) een *statusbericht van een lopende aanvraag Wlz-zorg* op 'MijnOverheid', of 3) een *positief advies* (bijv. van huisartsen, transferverpleegkundigen, gemeenten of misschien zelfs webcheck Wlz: <https://ciz.nl/webcheck-wlz>).

Daarnaast bestaan er verschillende alternatieven om de telefonische bereikbaarheid te garanderen. Ook kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering kan op alternatieve manieren worden gewaarborgd. Denk bijv. aan een rol voor BCMB en Registerplein¹⁸.

Al met al kan het verdwijnen van de beschikbaarheidsmiddelen en de introductie van een vast uurtarief rekenen op draagvlak bij alle partijen, zowel zorgkantoren als aanbieders van cliëntondersteuning. Het heeft meer voor- dan nadelen.

¹⁸ Met een registratie bij Registerplein laten professionals aan cliënten, werkgevers en opdrachtgevers zien dat ze expert zijn in hun vak en dat ze blijven bijleren. Registerplein toetst onafhankelijk en volgens breed gedragen criteria of geregistreerde professionals zich aantoonbaar scholen, competenties onderhouden en continu bijblijven op hun vakgebied. Het Register Cliëntondersteuners van het Registerplein is vooral van toegevoegde waarde wanneer de professional zelf verantwoordelijk is voor kennisbevordering. Registratie bij Registerplein is een bewezen hulpmiddel om aantoonbaar te maken dat de professional over actuele deskundigheid beschikt. Bron: <https://www.registerplein.nl/>.

3.4 Financieringsstromen

3.4.1 Overproductie en wachtlijsten

Budgetoverschrijdingen, overproductie en wachtlijsten kunnen door uiteenlopende oorzaken ontstaan. Het is mogelijk dat aanbieders te veel tijd per cliënt besteden, maar het is ook mogelijk dat er sprake is van autonome groei in het aantal aanvragen voor OCO Wlz. Over het algemeen kan men stellen dat het aantal aanvragen in de loop der tijd is gestegen doordat OCO Wlz bekender en de zorg complexer is geworden.

In de afgelopen jaren hebben diverse zorgregio's te maken gehad met overproductie en wachtlijsten voor OCO Wlz. In dat geval bestaat de mogelijkheid om het budget tussen de verschillende aanbieders in één regio opnieuw te verdelen. Indien een concessiehouder zorgkantoortaken uitvoert in meerdere zorgregio's (zoals CZ, VGZ, Zilveren Kruis en Menzis) is het ook mogelijk om te komen tot een herverdeling van de budgetten tussen de verschillende zorgregio's. Voor concessiehouders die zorgkantoortaken uitvoeren in één of twee zorgregio's (zoals Eno, De Friesland, DSW en Zorg en Zekerheid) is deze mogelijkheid niet of nauwelijks aanwezig. Wanneer deze zorgkantoren een tekort hebben moeten de gesprekken over herverdeling van budgetten op landelijk niveau plaatsvinden.

Aan het begin van 2017 liet MEE NL weten (opnieuw) problemen te zien aankomen voor dit kalenderjaar. MEE NL benadrukt dat het beroep op cliëntondersteuning toeneemt, omdat het bestaan ervan bekender is geworden en steeds meer mensen weten dat ze er recht op hebben. Ook vorig jaar heeft MEE NL in het voorjaar aangegeven dat er te weinig budget was. Wanneer er geld over blijft in een regio is het voor MEE-organisaties onduidelijk en onzeker of het naar een andere regio wordt overgeheveld. MEE bestaat uit autonome organisaties. Er zijn MEE-organisaties die risico's nemen en een extra FTE aannemen wanneer de vraag hoog is. Andere MEE-organisaties durven dit risico niet te nemen. In dat geval ontstaan er wachtlijsten.

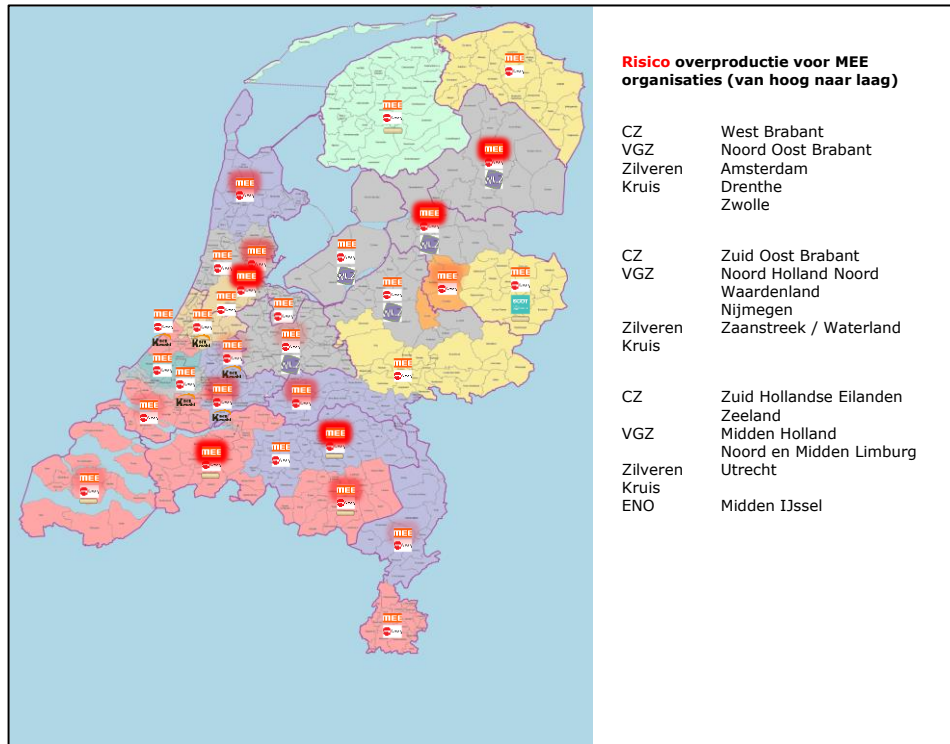
In 2017 is er 1.5 miljoen euro extra toegezegd. De zorgkantoren geven aan dat er dan geen tekorten meer zijn. MEE-organisaties zien op basis van hun eigen prognoses echter wel tekorten¹⁹. MEE-organisaties krijgen geen garanties ten aanzien van budgetten. Het duurt soms wel een half jaar voordat zij iets te horen krijgen en soms wordt er vier of vijf maanden gewerkt zonder te factureren. Wanneer aan het eind van het jaar pas wordt gecommuniceerd dat er toch geld is dan is het te laat om nog iemand aan te nemen en iets aan de wachtlijsten te doen. MEE-organisaties zouden daarom graag zien dat er meer transparantie komt over de (inzet van) budgetten en/of dat er tijdig garanties worden afgegeven over de vergoeding van overproductie.

Volgens MEE NL moet er gesproken worden over wat een reëel budget is voor cliëntondersteuning. MEE-organisaties hebben het gevoel dat ze telkens opnieuw moeten bewijzen dat er meer geld nodig is. Ook wordt de discussie over de middelen vermengd met de discussie over de inhoud van de functie. MEE NL stelt dat de discussie over de inhoud van de functie vervolgens te weinig concreet wordt, waardoor deze steeds opnieuw terugkeert en de 'bewijslast' bij MEE-organisaties ligt. MEE NL wijst erop dat slechts circa 7.500 cliënten onafhankelijke cliëntondersteuning ontvangen op een totale doelgroep van circa 300.000 cliënten. Dat komt omdat er te weinig middelen beschikbaar zijn waardoor ook weinig gecommuniceerd wordt over cliëntondersteuning.

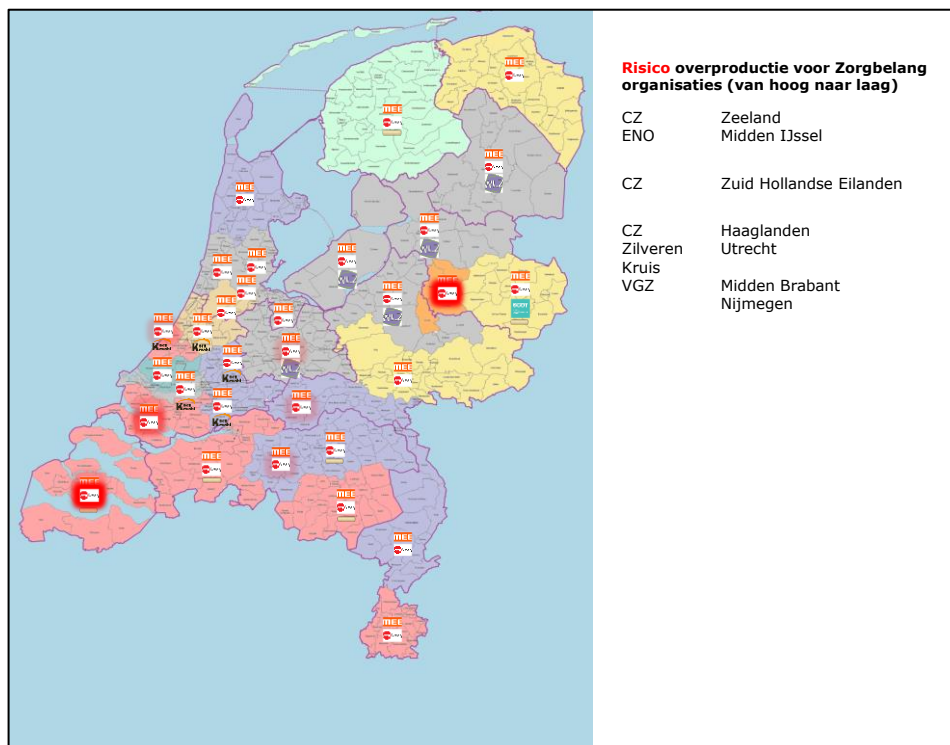
Kortom, aanbieders zoals MEE- en Zorgbelangorganisaties lopen een bedrijfsrisico op het moment dat er sprake is van overproductie. Het is voor hen onduidelijk of de gemaakte uren vergoed (zullen) worden. Wachtlijsten (kunnen) ontstaan als de vraag groot is maar de aanbieder vanwege het budgettaire kader weigert om extra FTE in te huren.

¹⁹ Zorgbelangorganisaties hebben ook met overproductie te maken, maar in minder mate. Eenzijds omdat Zorgbelang betere prognoses maakt, anderzijds gaat het om kleinere bedragen.

In de onderstaande figuren is aangegeven in welke zorgregio's MEE- en Zorgbelang-organisaties op basis van prognoses (2018) een verhoogd risico lopen op overproductie.



Figuur 3. Overzicht verhoogd risico overproductie MEE-organisaties per zorgregio (2018)



Figuur 4. Overzicht verhoogd risico overproductie Zorgbelang-organisaties per zorgregio (2018)

Aanwijzingen en kenmerken van overproductie

ZN merkt op dat er verschillen bestaan tussen de cijfers van MEE NL en de cijfers van ZN. Op basis van de cijfers van MEE NL is er een tekort in het budget en op basis van de cijfers van ZN is dat tekort niet zichtbaar. Het verschil in de cijfers zit in de omvang van de groep moeilijk plaatsbare cliënten en de omvang van de wachtlijsten. Volgens ZN zijn de extra toegekende middelen van € 1,5 miljoen bovenop het budget *voldoende* om de onafhankelijk cliëntondersteuning te financieren. Het budget van € 8,35 miljoen als eerste toewijzing is echter al een tijd te weinig dus ZN stelt voor om dit budget te *vergroten*. Wanneer de *eerste toewijzing* wordt vergroot brengt dit ook minder risico's met zich mee aan de kant van de aanbieders.

Zorgkantoren zelf geven aan dat ze verbaasd waren over het signaal dat MEE NL, zo vroeg in het jaar, heeft afgegeven richting het ministerie van VWS over wachtlijsten en budgetoverschrijding. Volgens de zorgkantoren waren er op dat moment nog voldoende budgetten om cliëntondersteuning te bieden. Het signaal betrof geen accuut probleem maar was het resultaat van extrapolatie. De zorgkantoren voeren elk voorjaar en najaar overleg met MEE- en Zorgbelangorganisaties over de voortgang van onafhankelijke cliëntondersteuning. Op het moment van het eerste overleg waren er nog te weinig cijfers bekend en daarom spraken de partijen met elkaar af om de cijfers van de volgende maanden af te wachten. Kort daarop gaf MEE NL toch het signaal af richting het ministerie van VWS dat er sprake zou zijn van wachtlijsten en overproductie. De zorgkantoren benadrukken dat er eerst nog andere stappen hadden kunnen worden gezet. De zorgkantoren hadden bijvoorbeeld de middelen tussen de verschillende aanbieders kunnen herverdelen en met de betreffende aanbieders in gesprek kunnen gaan om de oorzaken van overproductie te bespreken. MEE NL heeft het signaal te vroeg afgegeven. Volgens de zorgkantoren was het beter geweest om eerst samen tot een goed beeld te komen voordat er één partij naar het ministerie van VWS stapt.

Sommige zorgkantoren geven aan zelf niet of nauwelijks te maken te hebben met overproductie of wachtlijsten, andere zorgkantoren daarentegen geven aan wel degelijk te maken te hebben met overproductie en wachtlijsten. Zorgkantoren onderstrepen wel dat wachtlijsten door verschillende oorzaken kunnen ontstaan. Er kan inderdaad sprake zijn van een gebrek aan budget. Maar het kan ook zijn dat capaciteit bij de aanbieders ontbreekt (bijvoorbeeld door ziekte), dat lastige, tijdrovende casuïstiek leidt tot overproductie, of dat er taken worden uitgevoerd die eigenlijk thuis horen bij de rol van de zorgaanbieder. Zorgkantoren willen in ieder geval graag het gesprek aangaan met aanbieders over geleverde prestaties en het aantal uren per cliënt.

Voor concessiehouders die actief zijn in meerdere regio's is er enige flexibiliteit om - op het moment dat declaraties uit de hand lopen - budgetten te herverdelen. Voor concessiehouders die zorgkantoortaken uitvoeren in één regio is dat niet of nauwelijks mogelijk. Een van deze zorgkantoren begrijpt het signaal dat MEE NL wil afgeven en geeft daarbij de volgende toelichting. Het zorgkantoor heeft een MEE-organisatie en een Zorgbelangorganisatie als aanbieders gecontracteerd. Sinds 2016 zijn er in de regio wachtlijsten voor onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz bij MEE ontstaan. Zorgbelang heeft geen wachtlijsten maar heeft net als MEE in de regio met overproductie te maken. Het zorgkantoor heeft sinds 2016 ieder jaar problemen met de financiering van de onafhankelijke cliëntondersteuning. Het zorgkantoor heeft een budget van circa € 78.000 voor onafhankelijke cliëntondersteuning. Van dit bedrag werd in 2017 (conform landelijke afspraken) circa 47.000 (60 procent) aan beschikbaarheidsvergoedingen uitgekeerd. Het zorgkantoor benadrukt dat de offertes die werden ingediend door MEE en Zorgbelang redelijk waren. Maar het bedrag van de ingediende offertes was groter dan het zorgkantoor zou kunnen besteden. Tijdens de contracteeronde had het zorgkantoor al voldoende aanwijzingen dat ze niet binnen het budget konden blijven. Het zorgkantoor heeft hierover meerdere keren contact gehad met de aanbieders MEE en Zorgbelang om te bespreken hoe er bijvoorbeeld met wachtlijsten kan worden omgegaan. Het

zorgkantoor vindt het belangrijk om op goede voet te staan met de aanbieders. De bedrijfsonzekerheid kan het zorgkantoor niet altijd wegnemen, maar het is wel mogelijk om hier open over te communiceren zodat de aanbieders weten waar ze aan toe zijn. Het zorgkantoor onderhoudt - net als andere zorgkantoren - geen reserves. Het volledige budget wordt gecontracteerd. Wanneer het zorgkantoor ook nog eens 10 procent van het budget als reserve achter de hand zou houden dan zouden aanbieders bijna geen budget voor onafhankelijke cliëntondersteuning kunnen ontvangen. Dankzij de € 1,5 miljoen aan extra middelen voor onafhankelijke cliëntondersteuning is er voldoende lucht ontstaan om de cliëntondersteuning in de regio te financieren. Het zorgkantoor staat - net als de andere zorgkantoren - achter het voorstel van ZN om € 9,85 miljoen bij de eerste toekenning voor onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar te stellen²⁰.

3.4.2 Voorkomen van overproductie

Overproductie wordt niet altijd door zorgkantoren vergoed. Overproductie betekent voor aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning dan ook een bedrijfsrisico. Het kan voorkomen dat aanbieders maandenlang moeten wachten op duidelijkheid. Niet alle aanbieders zijn bereid om dit risico te lopen en daardoor ontstaan wachtlijsten. Dit probleem wordt verergerd door een ondoorzichtige procedure. Het is voor aanbieders onduidelijk of, en zo ja hoeveel, budget nog in andere regio's of bij andere aanbieders voor handen is en eventueel kan worden overgeheveld. Dit perspectief botst met dat van de zorgkantoren. De zorgkantoren beschikken over meer informatie en ervaren overproductie daardoor niet als een doorlopende crisis. Ook hebben de zorgkantoren meer beslissingsmacht, bijvoorbeeld ten aanzien van het herverdelen van budgetten.

Om deze perspectieven te verzoenen, om vertrouwen in het proces te herstellen en om overproductie in de toekomst te voorkomen zijn drie maatregelen wenselijk. In de eerste plaats moet gehoor worden gegeven aan het voorstel van ZN. In plaats van halverwege het jaar extra middelen toe te kennen, moet het budget van € 8,35 miljoen bij eerste toewijzing worden verhoogd met € 1,5 miljoen. Het vergroten van de eerste toewijzing neemt de bedrijfsrisico's aan de kant van de aanbieders (grotendeels) weg.

In de tweede plaats moeten zorgkantoren transparanter zijn over de beschikbaarheid van budgetten voor het bieden van onafhankelijke cliëntondersteuning. Het duurt te lang voordat aanbieders zoals MEE- en Zorgbelangorganisaties duidelijkheid krijgen over de beschikbaarheid van budgetten. Wanneer er enerzijds budget over is in een bepaalde regio (of bij een bepaalde aanbieder) en er anderzijds overproductie is in een andere regio of bij een andere aanbieder dan moet sneller duidelijk zijn of overproductie uit het budget van de andere regio (of andere aanbieder) kan worden bekostigd door overheveling. De procedure voor wanneer een budget niet toereikend is moet verder worden uitgewerkt. Uit gesprekken met de zorgkantoren blijkt dat zij zich goed kunnen voorstellen dat een overzicht voor aanbieders nuttig is. Wellicht is het mogelijk om elk kwartaal een overzicht (bijvoorbeeld een dashboard) te publiceren waarin wordt aangegeven hoeveel er nog van het budget voor onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is. De zorgkantoren kunnen dan kijken of verschillen in de vraag naar onafhankelijke cliëntondersteuning onderling op te vangen zijn. Vervolgens zou dit in het kader van transparantie sneller naar de aanbieders gecommuniceerd moeten worden.

In de derde plaats moet er gekeken worden naar de doelmatigheid van de geleverde productie. De oproep voor meer transparantie geldt namelijk niet alleen voor de zorgkantoren, maar nadrukkelijk ook voor de aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning. In de volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

²⁰ Bij voorkeur € 9,5 bij de eerste toekenning en € 0,3 als buffer voor calamiteiten.

3.5 Uitvoering in de praktijk

3.5.1 Doelmatigheid geleverde productie

Het is nodig om met elkaar te praten over de oorzaak van de verschillen in productie tussen regio's en tussen aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning. Verschillen worden voor een (groot) deel veroorzaakt door kenmerken van de cliëntenpopulatie. De informatie die hierover beschikbaar is moet met elkaar worden gedeeld, geanalyseerd en besproken. Verschillen kunnen echter ook worden veroorzaakt door bedrijfsfilosofie. Daarom moet naar de aanpak en de werkwijze van de verschillende aanbieders en de effectiviteit en noodzakelijkheid van de geleverde cliëntondersteuning worden gekeken.

In vergelijking tot andere aanbieders zoals Zorgbelang of Wlz cliëntondersteuning declareert MEE bijvoorbeeld (veel) meer uren. Daarbij moet worden meegewogen dat MEE-organisaties in vergelijking tot anderen aanbieders een specifieke populatie bedienen, namelijk (verstandelijk) gehandicapten²¹. Het is aannemelijk dat er meer uren per cliënt uit deze doelgroep moeten worden besteed dan aan cliënten uit andere doelgroepen vanwege de complexe aard van de casuïstiek. Het is echter niet uit te sluiten dat de cliëntondersteuners van MEE vanwege hun grote betrokkenheid soms een rol op zich nemen die eigenlijk bij de cliënt zelf, bij een zorgaanbieder (individuele begeleiding) of wellicht bij een gemeente hoort²². Dat is begrijpelijk want van oudsher zijn MEE-organisaties betrokken bij cliëntondersteuning en vanuit cliëntperspectief wil men cliënten graag goed en in de volle breedte ondersteunen en blijven monitoren.

Volgens MEE NL is het positief dat de partijen gezamenlijk de discussie voeren over wat onafhankelijke cliëntondersteuning precies inhoudt en hoe een onafhankelijke cliëntondersteuner zijn of haar taken effectief en doelmatig kan uitvoeren. In de tijd van de AWBZ hanteerde MEE NL normtijden per dienst. Deze zijn losgelaten maar de cliëntondersteuners zijn erg alert op de tijdsbesteding per cliënt. MEE bestaat echter uit verschillende regionale organisaties en de aanpak kan per regio verschillen. Feit is dat de tijd die een onafhankelijk cliëntondersteuner per cliënt besteedt erg afhankelijk is van de cliënt zelf en het netwerk rondom de cliënt.

Het gesprek over de oorzaken van verschillen in productie tussen regio's en tussen aanbieders en over de effectiviteit en noodzakelijkheid van de geleverde cliëntondersteuning kan worden uitgebreid met een discussie van knelpunten waar cliëntondersteuners met hun cliënten in de praktijk tegenaan lopen. Een voorbeeld van een knelpunt dat vaker genoemd wordt door zowel aanbieders als zorgkantoren betreft de aansluiting tussen de Wmo en de Wlz. Er bestaan grote verschillen tussen gemeenten. Daarom moet er een oplossing te komen voor hoe er met grensgevallen tussen de Wmo en de Wlz wordt omgegaan. MEE NL pleit ervoor om OCO Wlz naar voren te halen. Dus wanneer bij een cliënt een Wlz-indicatie redelijkerwijs in het vooruitzicht ligt dan moet de cliënt tijdens het aanvraagproces aanspraak kunnen maken op cliëntondersteuning vanuit de Wlz, zodat tijdig de juiste keuzes worden gemaakt met betrekking tot de zorg die de cliënt nodig heeft. Dit voorstel lost inderdaad een probleem op (aansluiting tussen Wmo en Wlz) maar introduceert tegelijkertijd twee nieuwe problemen. Ten eerste verdwijnt de eenduidige, juridische grondslag die het mogelijk maakt om aanspraak te maken op OCO Wlz, namelijk het beschikken over een Wlz-indicatie. Ten tweede betekent het voorstel dat er meer middelen voor OCO Wlz beschikbaar moeten worden gemaakt. Het is vanzelfsprekend dat de vraag zal toenemen als de potentiële doelgroep groter

²¹ Iedere cliëntendoelgroep kan zowel bij MEE als bij Zorgbelang of een andere gecontracteerde aanbieder terecht. In de praktijk gaan mensen met een verstandelijke beperking echter sneller naar MEE-organisaties en gaan ouderen sneller naar Zorgbelang-organisaties.

²² In dat geval is er eerder sprake van "overnemen" dan van "empowering".

wordt. Om het voorstel te realiseren zijn dus extra middelen nodig, zo niet dan wordt het probleem van overproductie en wachtlijsten alleen maar groter.

Kosteneffectiviteit

Een gesprek over de doelmatigheid van geleverde productie is niet compleet zonder een verkenning van potentiële maatregelen om de dienstverlening meer kosteneffectief in te richten. De aanbieders zijn wellicht teveel concurrenten van elkaar, maar samenwerking kan ook worden gerealiseerd binnen de beroepsvereniging. Zo kan een collectieve klachtenregeling worden ingericht. Er kan worden samengewerkt op het gebied van communicatie om zo tegen lagere kosten meer cliënten te bereiken over het bestaan van de functie onafhankelijke cliëntondersteuning. Er kan een openbare database worden aangelegd en bijgehouden met daarin de meest voorkomende vragen van cliënten en de daarbij passende antwoorden en oplossingen. Er kan een dialoog worden opgezet met aanpalende beroepsgroepen zoals de cliëntenvertrouwenspersoon, de patiëntenvertrouwenspersoon en de klachtenfunctionaris van zorgaanbieders.

Cliëntondersteuning is een belangrijke vorm van dienstverlening waar mensen behoefte aan hebben en recht op hebben. Voor onafhankelijke cliëntondersteuning moeten de juiste middelen beschikbaar zijn en de functie moet op een juiste manier worden uitgevoerd. Wanneer het traject van onafhankelijke cliëntondersteuning goed verloopt resulteert dit in passende zorg en is de zorg op termijn (waarschijnlijk) goedkoper. Er zijn echter onvoldoende data om dit concreet vast te stellen. Er zijn wel data beschikbaar over de cliëntentevredenheid en de uitkomst van onafhankelijke cliëntondersteuning. Maar het ontbreekt nog aan een onderbouwd inzicht en analyse van de kwalitatieve en kwantitatieve inverteernde effecten die onafhankelijke cliëntondersteuning leveren aan het verhogen van de kwaliteit van zorg en het verminderen van de kosten van zorg.

3.5.2 Afbakening taken, cliëntgroepen en normtijden

Het is lastig voor de zorgkantoren om te beoordelen of er doelmatig gehandeld wordt door de aanbieders. De beschikbare data zijn onvolledig en onvergelijkbaar. In het inkoopbeleid is weliswaar omschreven wat er wordt verstaan onder cliëntondersteuning maar er is weinig data beschikbaar om vast te stellen of dit in de praktijk ook zo wordt gedaan. Tijdens halfjaarlijks overleg met aanbieders bespreken de zorgkantoren de geleverde prestaties, en wanneer er meer tijd aan een cliënt wordt besteed wordt de oorzaak daarvan besproken. Toch geven de zorgkantoren aan dat tijdsbesteding per cliënt een onderwerp is waar zij onvoldoende grip op hebben. De zorgkantoren vragen aanbieders om hier transparanter over te zijn want het is een onderwerp waar de zorgkantoren zich, mede met het oog op overproductie en wachtlijsten, actief mee bezig willen houden. Het is tijd om te kijken naar wat de functie van onafhankelijke cliëntondersteuner precies inhoudt (en wat niet), welke cliëntgroepen er zijn, hoeveel tijd iedere cliëntgroep gemiddeld nodig heeft en hoe effectief de geleverde onafhankelijke cliëntondersteuning is. Duidelijkheid over deze onderwerpen is iets wat de zorgkantoren hebben gemist in het voortraject. En de voortdurende onduidelijkheid bemoeilijkt het proces om plannen te maken en budgetten doelmatig in te zetten.

Aanbieders en zorgkantoren moeten met elkaar afspraken maken over normtijden. Op deze manier ontstaat er meer inzicht in het gemiddeld aantal uren dat door een cliëntondersteuner wordt besteed aan een bepaalde groep of type problematiek en wordt het mogelijk om met elkaar in gesprek te gaan wanneer er meer tijd aan specifieke cliënten wordt besteed. Iedereen is zich ervan bewust dat het werk erg situatiegebonden is en dat daarbij aangesloten moet worden. Maar met behulp van normtijden wordt de zoektocht naar de oorzaken van aanzienlijke verschillen in de uren die aan cliëntondersteuning worden besteed vereenvoudigd. Uiteindelijk is iedereen gebaat bij meer transparantie.

3.6 Inrichting toezicht

3.6.1 Aandachtspunten NZa

Voor de NZa is het van belang dat onafhankelijke cliëntondersteuning *beschikbaar* is voor cliënten. En dat de cliënt *keuzevrijheid* heeft om cliëntondersteuning van een zorgkantoor te ontvangen of om cliëntondersteuning van een onafhankelijke cliëntondersteuner te ontvangen. Het moet voor cliënten voldoende duidelijk zijn dat ze deze keuze hebben, d.w.z. onafhankelijke cliëntondersteuning moet *toegankelijk* en goed te vinden zijn. De NZa houdt er toezicht op dat cliëntondersteuning beschikbaar door te kijken welke contracten zijn afgesloten en dat cliëntondersteuning toegankelijk is door te kijken naar de wijze waarop onafhankelijke cliëntondersteuning wordt aangeboden bijvoorbeeld door cliëntinformatie op de website van de zorgkantoren.

De NZa houdt zich niet bezig met de wijze waarop het budget wordt verdeeld. Wanneer de zorgkantoren aangeven dat er onvoldoende budget is voor onafhankelijke cliëntondersteuning dan geeft de NZa dat aan het ministerie van VWS door. Controles of *de totale uitgaven binnen de budgettaire kaders* blijven, worden in principe achteraf uitgevoerd tenzij er vroegtijdig grote problemen te zien zijn. De NZa houdt er toezicht op dat de middelen die zijn uitgegeven ook daadwerkelijk *rechtmatig* zijn uitgegeven.

De NZa stelt geen normen. De NZa ziet er op toe dat de wet goed wordt uitgevoerd. De NZa staat positief tegenover het voorstel om veldpartijen zelf normen te laten opstellen want dan kan de NZa deze veldnormen meenemen in de uitoefening van het toezicht.

3.6.2 Beleidsregel onafhankelijke cliëntondersteuning

Voor alle zorgvormen bestaat een beleidsregel maar dat is niet het geval voor onafhankelijke cliëntondersteuning²³. De positie waarin de zorgkantoren zich bevinden is enigszins uniek, aangezien de zorgkantoren zelf cliëntondersteuning leveren maar daarnaast ook onafhankelijke cliëntondersteuning inkopen en de budgetten daarvan in de gaten houden. Om dit op een voor iedereen acceptabele manier te doen stelt ZN voor om vanuit het ministerie van VWS en de NZa duidelijke regels en kaders op te stellen zodat de zorgkantoren niet zelf gaanderweg spelregels hoeven te bedenken.

Het is overigens belangrijk om te benadrukken dat niemand het als een fundamenteel probleem ziet dat zorgkantoren enerzijds zelf cliëntondersteuning aanbieden en anderzijds cliëntondersteuning inkopen. Deze constructie is werkbaar. En ook al zijn er uitvoeringsverschillen tussen de zorgkantoren, doorgaans zijn er geen problemen om cliënten naar MEE of Zorgbelang of naar andere aanbieders door te verwijzen.

Zorgkantoren handelen in principe via het landelijk beleid. Dat is het uitgangspunt wat onderling is afgesproken. Op dit moment is er niets over OCO Wlz in beleidsregels vastgelegd. Alle veldpartijen zouden er mee geholpen zijn wanneer er meer duidelijkheid bestaat over wat en hoe gedeclareerd mag worden (bijvoorbeeld op cliëntniveau). Dit hangt wel van het doel van de beleidsregel af. Enerzijds is het nuttig om transparant te maken wat de kaders van OCO Wlz zijn. Anderzijds moet door de komst van een beleidsregel de flexibiliteit niet verdwijnen. Het moet mogelijk blijven om als zorgkantoor en aanbieders goede en open gesprekken te voeren. Een beleidsregel mag (periodiek) overleg en maatwerk niet overbodig maken.

Een beleidsregel voor onafhankelijke cliëntondersteuning geeft helderheid, vooral als het niet lukt om transparantie op andere manieren te realiseren. Het is daarom mogelijk een oplossing als andere maatregelen onvoldoende effect hebben.

²³ Onafhankelijke cliëntondersteuning is uiteraard ook niet gedefinieerd als zorgverlening.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Conclusies ten aanzien van de uitvoering en bekostiging van OCO Wlz.

OCO Wlz wordt regionaal door de zorgkantoren ingekocht met inachtneming van het landelijke kader. De verdeelsleutel per regio is gebaseerd op die van de beheerskosten (inwoneraantallen per regio). De vraag naar OCO Wlz verschilt per regio. Dit is onder meer afhankelijk van de opbouw van de cliëntenpopulatie. De verdeelsleutel is in de afgelopen jaren echter niet meer herzien of aangepast.

Per regio komen maximaal vier aanbieders in aanmerking voor een overeenkomst. Het aantal aanbieders per regio is beperkt omdat zorgkantoren willen voorkomen dat het aanbod en de expertise over cliëntondersteuning te veel versnipperd is. Met maximaal vier aanbieders is keuzevrijheid voor de cliënten geborgd. Er worden meerjarige contracten afgesloten met bestaande aanbieders. Nieuwe aanbieders krijgen een overeenkomst voor de duur van één jaar met de mogelijkheid voor een verlenging.

MEE- en Zorgbelangorganisaties zijn veruit de grootste aanbieders van OCO Wlz. Zowel MEE NL als Adviespunt Zorgbelang bestaan uit regionale organisaties. Daarnaast zijn er nog een aantal kleinere aanbieders zoals Wlz cliëntondersteuning, Kernkracht, Stichting Cliëntondersteuning Twente, Stichting Participatie en Dichtbij actief.

Het aantal aanvragen OCO Wlz is in de loop der jaren gestegen doordat cliëntondersteuning bekender en de zorg complexer is geworden. Deze autonome toename van de vraag heeft overproductie tot gevolg maar is niet het belangrijkste knelpunt. De oorzaak waardoor regionale wachtlijsten ontstaan bij de aanbieders van OCO Wlz betreft het *bedrijfsrisico* waar aanbieders aan blootgesteld worden. De eerste toewijzing van budgetten is al enige jaren ontoereikend, en het duurt te lang voordat er duidelijkheid is over de toekenning van extra middelen om budgetoverschrijdingen op te vangen. Ook is de een procedure voor situaties waarin een budget niet toereikend is onvoldoende transparant. Deze onzekerheid leidt tot het ontstaan van wachtlijsten.

Overproductie wordt niet altijd door zorgkantoren vergoed. Overproductie betekent voor aanbieders een bedrijfsrisico. Het kan voorkomen dat aanbieders maandenlang moeten wachten op duidelijkheid. Soms kan vier of vijf maanden niet gefactureerd worden. Niet alle aanbieders zijn bereid om dit risico te lopen. Het probleem wordt verergerd door een ondoorzichtige procedure. Het is voor aanbieders onduidelijk of er budget in andere regio's of bij andere aanbieders voorhanden is dat eventueel overgeheveld kan worden.

Het perspectief van aanbieders botst met dat van de zorgkantoren. De zorgkantoren beschikken over meer budgetinformatie en ervaren overproductie daardoor niet als een doorlopende crisis. Ook hebben de zorgkantoren meer beslissingsmacht, bijvoorbeeld ten aanzien van het herverdelen van budgetten. Daar staat tegenover dat de zorgkantoren weinig grip hebben op de doelmatigheid van de geleverde productie.

De zorgkantoren laten in 2018 de beschikbaarheidsvergoeding vervallen. Hier komt een landelijk tarief van € 69 per uur dienstverlening voor in de plaats. Het is de bedoeling dat hiervan ook de kosten voor beschikbaarheid worden betaald. Door de komst van het uurtarief ontstaat er meer proportionaliteit tussen grote- en kleine regio's.

Al met al moet geconcludeerd worden dat alléén meer geld niet de oplossing is van de knelpunten waardoor er in de loop van het jaar regionale wachtlijsten ontstaan bij de aanbieders van OCO Wlz. De oplossing voor de knelpunten is te vinden in de inhoud, in de dialoog tussen zorgkantoren en aanbieders.

4.2 Aanbevelingen

Advies om voor het jaar 2018 en verder een effectieve en efficiënte wijze van uitvoering en bekostiging van OCO Wlz te realiseren binnen de huidige wettelijke kaders:

- Voer een brede beleidsevaluatie uit. Maak duidelijk wat de overheid wil bereiken met OCO Wlz, wie bereikt moet worden (afbakening cliënt-doelgroepen), wat daarvoor nodig is (aan budget en capaciteit) en hoe het effect van OCO Wlz wordt gemeten. Zoek met het oog op kosteneffectiviteit naar synergie tussen OCO Wlz en de functies cvp, pvp en klachtenfunctionaris.
- Reken de verdeelsleutel waarmee per regio een deel van het landelijk beschikbaar budget wordt toegekend opnieuw door. Inwonersaantallen per regio kunnen blijven dienen als vertrekpunt maar daarnaast moet de verdeling rekening houden met de opbouw van de cliëntenpopulatie en andere relevante factoren. Aanspraak op het beschikbare budget verschilt per regio. De verdeelsleutel moet rekening houden met de vraag naar ondersteuning en de verscheidenheid in de aard en intensiteit van ondersteuningsvragen door cliëntengroepen.

Door het herberekenen van de verdeelsleutel kan voorkomen worden dat regio's te maken krijgen met structurele over- of onderproductie. De herberekening moet in goed overleg tussen zorgkantoren en het ZIN worden uitgevoerd²⁴.

- Het afschaffen van de beschikbaarheidsvergoeding en de komst van een vast uurtarief van € 69,- is positief. Nadelen kunnen ondervangen worden door (als Rijksoverheid) duidelijk te maken waar de Wlz-aanvraag thuis hoort en door aanbieders uit te dagen om telefonische bereikbaarheid, kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering op innovatieve manieren te waarborgen.

Het bedrag dat voorheen aan beschikbaarheidsvergoedingen werd uitgegeven zal voortaan aan uren onafhankelijke cliëntondersteuning worden besteed. In kleine regio's kan naar verhouding meer OCO wlz worden aangeboden. De remmende werking op het toetreden van nieuwe aanbieders verdwijnt.

- Verhoog het beschikbare budget en verdeel dit bij eerste toewijzing. Houdt een kleine reserve aan om calamiteiten op te vangen. Verhoging van het budget bij eerste toewijzing neemt bedrijfsrisico's aan de kant van aanbieders (grotendeels) weg. Wegnemen van bedrijfsrisico's en onzekerheid heeft als gevolg dat aanbieders het vertrouwen hebben dat zij de benodigde capaciteit kunnen aannemen, waardoor wachtlijsten afnemen of zelfs verdwijnen.
- Zorgkantoren moeten transparant zijn over de beschikbaarheid van budgetten voor het bieden van OCO Wlz. Het duurt te lang voordat aanbieders duidelijkheid krijgen. Het landelijk inkoopkader van ZN zegt het volgende over de te doorlopen procedure: *"Mocht een dreigende overschrijding zich bij één of meerdere organisaties voordoen dan geldt de onderstaande procedure. a. De betreffende zorgkantoren gaan in dialoog met de betreffende organisatie naar maatwerkoplossingen zoeken om zodoende binnen de afgesproken ruimte te blijven. b. Overheveling van middelen: - tussen organisaties onafhankelijke cliëntondersteuning binnen de zorgkantoore regio; - binnen budgetten van dezelfde Wlz-uitvoerder; - binnen budgetten van verschillende Wlz-uitvoerders. c. Overleg initiëren met het Ministerie van VWS en de NZa over de inzet van extra middelen zodat deze gedurende het jaar extra toegekend kunnen worden. Jaarlijks beoordelen de zorgkantoren in juni en november of overheveling van middelen tussen Wlzuitvoerders noodzakelijk is."*

²⁴ Het Zorginstituut stelt voor ieder zorgkantoor een beheerskostenbudget vast ten laste van het Fonds langdurige zorg.

Geadviseerd wordt om tijdens procedurestap "b) Overheveling van middelen" meer en sneller informatie te delen met aanbieders (in het kader van transparantie). Het is zinvol om een overzicht te publiceren waarin wordt aangegeven hoeveel er nog van het budget voor OCO Wlz beschikbaar is. Dit overzicht helpt zorgkantoren om beslissingen over herverdeling tijdig naar aanbieders te communiceren.

- Er moet gesproken worden over de doelmatigheid van de geleverde productie. Het is nog te moeilijk voor de zorgkantoren om te beoordelen of er doelmatig gehandeld wordt door de aanbieders. De beschikbare data zijn onvolledig en onvergelijkbaar. Aanbieders moeten hier transparanter over zijn. Veldpartijen zouden met elkaar afspraken kunnen maken over normtijden. Op deze manier ontstaat er meer inzicht in het gemiddeld aantal uren dat door een cliëntondersteuner wordt besteed aan een bepaalde cliëntengroep of type problematiek en wordt het mogelijk om met elkaar in gesprek te gaan wanneer er toch meer tijd aan specifieke cliënten wordt besteed. De afspraken kunnen worden vastgelegd in een richtlijn of kwaliteitsstandaard.
- Maak een beleidskeuze waar de Wlz-aanvraag hoort: wordt onafhankelijke cliëntondersteuning voor kwetsbare cliënten die met een aanvraag Wlz-zorg bezig zijn gefinancierd op grond van de Wmo óf op grond van de Wlz²⁵. Om te voorkomen dat kwetsbare cliënten tussen wal en schip vallen wordt voorgesteld om het mogelijk te maken dat kwetsbare cliënten bij wie een Wlz indicatie in het vooruitzicht ligt aanspraak kunnen maken op OCO Wlz tijdens het indicatieproces²⁶.

Van aanbieders wordt gevraagd om alert te zijn bij intake gesprekken. Maar indien een cliënt (nog) niet over een Wlz-indicatie beschikt dan kan OCO Wlz óók geboden worden op basis van een schriftelijke ontvangsbevestiging aanvraag Wlz-zorg van het CIZ, een statusbericht van een lopende aanvraag Wlz-zorg op 'MijnOverheid', of een positief advies (bijv. van een zorgprofessional). Let wel, als OCO Wlz ook beschikbaar moet zijn voor mensen bij wie een Wlz indicatie in het vooruitzicht ligt dan moeten hiervoor (extra) middelen worden gereserveerd. Geadviseerd wordt om rekening te houden met ongeveer 2.439 extra cliënten OCO Wlz per jaar²⁷. Aangezien met het huidige budget ongeveer 7.500 cliënten geholpen worden dan betekent een toename van het aantal cliënten met ongeveer 25% (totaal 9.939) dat ook het beschikbare budget met ongeveer 25% zal moeten toenemen.

- Een beleidsregel voor OCO Wlz kan duidelijkheid geven en is mogelijk een oplossing als andere maatregelen onvoldoende effect hebben.

²⁵ Uit Cliëntondersteuning in de Wlz; Een rol van zorgkantoren, NZa 2017: "De zorgketen is zo ingericht dat het zorgkantoor pas na de indicatie de cliënten in beeld krijgt. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor cliëntondersteuning tot het moment dat de cliënt toegang heeft tot de Wlz. Dit houdt in dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor cliëntondersteuning bij de indicatiestelling. Burgers weten hierdoor soms pas na het verkrijgen van een indicatie wat een zorgkantoor voor ze kan betekenen en wat de mogelijkheden zijn voor zorg in de Wlz. De keuzes voor leveringsvorm en/of zorgaanbieder kunnen dan al zijn gemaakt. ... In de praktijk lopen bij individuele cliënten en hun naasten de bewustwording dat professionele zorg nodig is, het proces van de indicatiestelling en het kiezen van de leveringsvorm en zorgaanbieder door elkaar heen."

²⁶ Tegelijkertijd moeten gemeenten worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Kwetsbare cliënten hebben immers recht op OCO op basis van de Wmo. Dit is een gesprek dat de rijksoverheid, gemeenten en zorgkantoren met elkaar moeten hebben. Er kunnen afspraken gemaakt worden die er in voorzien dat de kosten voor OCO Wlz voor cliënten die na het doorlopen van het indicatieproces géén Wlz-indicatie ontvangen alsnog bij gemeenten in rekening gebracht worden. Het regresrecht Wmo biedt hiervoor aanknopingspunten. Het regresrecht stelt gemeenten in staat om kosten voor Wmo-voorzieningen te verhalen op een verzekeraar bij wettelijke aansprakelijkheid. Daarom hebben VNG en verzekeraars afgesproken om dit regresrecht landelijk af te kopen. Op vergelijkbare wijze kunnen gemeenten wellicht de kosten voor OCO Wlz tijdens het indicatieproces afkopen.

²⁷ Het gebruik van OCO Wlz in de huidige situatie bedraagt ca. 7.500 cliënten op een totaal van ca. 300.000 cliënten (ofwel 2,5%). Het CIZ geeft in haar "Kwartaalrapportage indicatiestelling Wlz Q3 2016 tm Q2 2017" aan dat er per maand ca. 8.129 afgeronde besluiten op aanvragen Wlz-zorg zijn (ofwel ca. 97.548 per jaar). Als het gebruik van OCO Wlz door cliënten met een Wlz-indicatie vergelijkbaar is met het gebruik door cliënten bij wie een Wlz indicatie in het vooruitzicht ligt, dan moet rekening gehouden worden met ca. 2.439 extra cliënten OCO Wlz per jaar (2,5% van 97.548).

4.3 Draagvlak

In het onderstaande overzicht is een voorzichtige indicatie gegeven in welke mate het advies kan rekenen op draagvlak bij de veldpartijen.

Veldpartijen	Beleidsvaluatie	Herberekenen verdeelsleutel	Vast uurtarief	Eerste toewijzing	Transparantie over beschikbaar budget	Transparantie doelmatigheid productie	Beleidskeuze Wlz-aanvraag	Beleidsregel Wlz
BBAanbieders								
MEE NL	+	+	+/-	+	+	+/-	+	+/-
Adviespunt Zorgbelang	+	+	+/-	+	+	+	+	+/-
Wlz-cliënt-ondersteuning	+	+	+/-	+	+	+	+	+/-
Wlz-uitvoerders Zorgkantoren								
ZN	+	+	+	+	+	+	+	+
CZ	+	+	+	+	+	+	+	+
Zilveren Kruis	+	+	+	+	+	+	+	+
DSW	+	+/-	+	+	+/-	+	+	+
VGZ	+	+/-	+	+	+/-	+	+	+
Eno	+	+	+	+	+	+	+	+/-
Menzis	+	+	+	+	+	+	+	-
De Friesland	+	+	+	+	+	+	+	+

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de voorgestelde maatregelen op breed draagvlak kunnen rekenen onder de veldpartijen.

Literatuurlijst bureauonderzoek

Nr.	Titel
1.	Handreiking onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2015, ZN 2015
2.	Evaluatie onafhankelijke cliëntondersteuning 2015, ZN 2015
3.	Aanwijzing besteedbare middelen beheerskosten Wlz, Staatscourant 2017
4.	Inkoopkader Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2017, ZN 2016
5.	Inkoopkader Onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2018-2020, ZN 2017
6.	Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners, Movisie & Vilans 2016
7.	Communicatieboodschap onafhankelijke cliëntondersteuning, VNG & ZN 2015
8.	Rapport Cliëntondersteuning in de Wlz; Een rol van zorgkantoren, NZa 2017
9.	Rapportage onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz 2017, Zorgbelang 2017
10.	Middelen onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz, brief MEE maart 2017
11.	Middelen onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz, brief MEE november 2017
12.	Overzicht Gecontracteerde Organisaties OCO Wlz 2018, ZN 2017
13.	Spiegelinformatie OCO Wlz, MENZIS, Zilveren Kruis, CZ, e.a. 2017
14.	Verdeling Budgettair Kader Wlz 2017, NZa 2016
15.	Regeerakkoord 2018-2021, Kabinet Rutte 2017
16.	Analyse klanttevredenheid OCO Wlz 2017, Zorgbelang 2017
17.	Jaarverslag OCLZ 2016, Zorgbelang 2017
18.	Offerte 2018-2020 OCO Wlz, Zorgbelang 2017
19.	Rapportage van de toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van Zorgbelang Nederland, Lloyd's Register Certiked 2017
20.	Onafhankelijke cliëntondersteuning, Movisie 2016
21.	Kwartaalrapportage indicatiestelling Wlz Q3 2016 tm Q2 2017, CIZ 2017
22.	Factsheet trends in de indicatiestelling, CIZ 2016.

Interviewlijst praktijkonderzoek

Organisatie	Respondent
MEE NL	Auke Blom, programmamanager Wlz bij MEE NL
Adviespunt Zorgbelang	Eric Verkaar, directeur ZBGU
Wlz-cliënt- ondersteuning	Caroline van der Hek, woordvoerder maatschap
CZ	José Franken, senior beleidsmedewerker langdurige zorg
Zilveren Kruis	Bregje Schouten, beleidsadviseur zorginkoop IZ
Zorgverzekeraars Nederland	Astrid Boode, beleidsadviseur langdurige zorg
Zorginstituut Nederland	Marga van den Burg, dossierhouder zorgplicht
Nederlandse Zorgautoriteit	Inge Schoenmakers, senior beleidsmedewerker
DSW	Hilke Nieuwsma, relatiebeheerder care en Nassira Bouda, zorgregistratie (regio Westland, Schieland en Delfland)
VGZ	Marieke Braks, directeur Langdurige Zorg
Eno	Wim Ankersmit, manager zorgkantoor Eno en Sylvia Korthagen, senior beleidsmedewerker (regio Midden IJssel)
Menzis	Nico Moorman, productexpert langdurige zorg (regio Arnhem, Groningen en Twente).
De Friesland	Anne-Marie de Vries, strategisch expert zorg en Taeke Kloosterman, accountmanager Wlz (regio Friesland)
MEE Samen	Onafhankelijke cliëntondersteuner