



**Inkoopplan  
Wet langdurige zorg 2017  
sector Verpleging en Verzorging**

ZORG  
KANTOOR



**voor goede zorg zorg je samen**

# Inhoud

Voorwoord	3
<b>1 Zorgplicht</b>	<b>4</b>
1.1 Algemene ontwikkeling van de Wlz zorgvraag	5
1.2 Toekomstige zorgvraag	6
1.3 Keuze in leveringsvormen	6
1.4 Wlz-behandeling	8
1.5 Toegankelijkheid op basis van wachtlijsten en wachttijden	9
<b>2 Kwalitatieve verbeteringen in de regio</b>	<b>13</b>
2.1 Specifieke zorgvragen:	14
2.2. Zorgregelingen in de Wlz	16
2.3 Aanbod voor specifieke doelgroepen	18
<b>3 Regionale speerpunten</b>	<b>23</b>
Lijst met afkortingen	27

# Voorwoord

Voor u ligt het inkoopplan van de Zorgkantoren Coöperatie VGZ voor de Wet langdurige zorg (Wlz), sector Verpleging & Verzorging (V&V).

De Zorgkantoren van Coöperatie VGZ zijn regionaal georganiseerd en voeren met 3 teams de zorginkoop Wlz uit voor zeven zorgkantoorregio's:

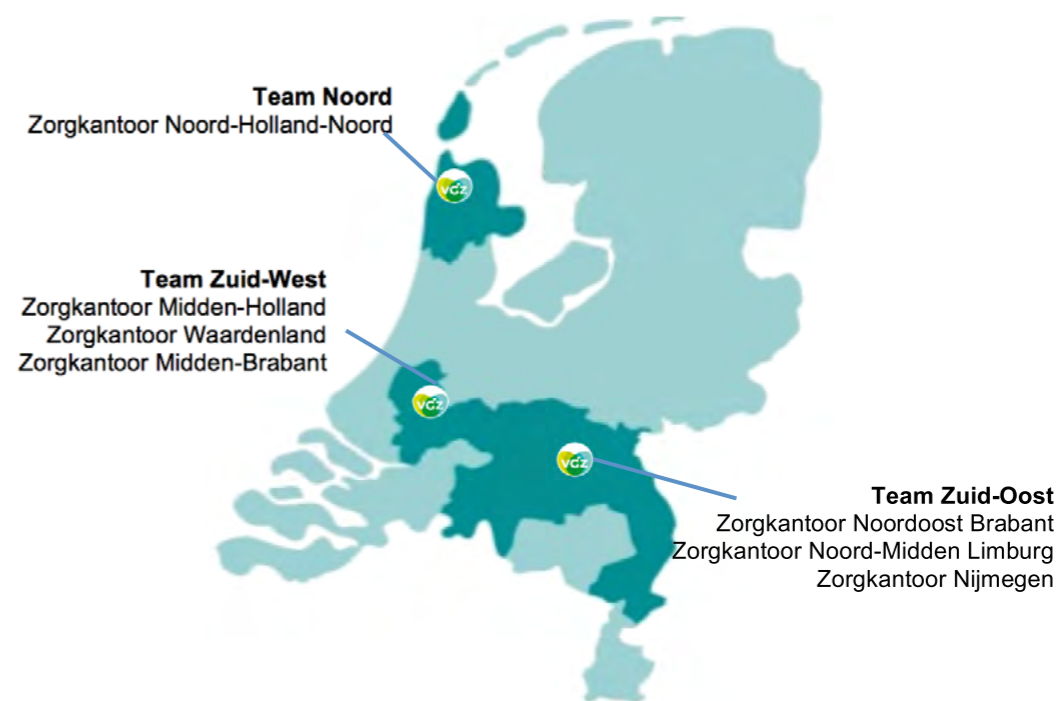
Vanuit het ministerie van VWS hebben wij bij zorginkoop de taak ervoor te zorgen dat cliënten de geïndiceerde Wlz-zorg kunnen krijgen waarop zij aangewezen zijn. Onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen.

In dit document analyseren we de Verpleging & Verzorging in de langdurige zorg voor de zeven zorgkantoorregio's van de Coöperatie VGZ, trekken daaruit enkele conclusies en stellen waar mogelijk inkoopdoelen op. Dit vormt de basis voor de inkoopgesprekken met de zorgaanbieders in onze zorgkantoorregio's.

Samenhang tussen inkoopdocumenten Wet langdurige zorg

Het volledige Coöperatie VGZ Inkoopbeleid Langdurige Zorg 2017 bestaat uit:

- Landelijke Inkoopkader Langdurige Zorg 2017 vanuit Zorgverzekeraars Nederland voor de sector V&V



- VGZ Inkoopprocedure 2017 en
- VGZ inkoopplan sector Verpleging & Verzorging.

Wij verzoeken u kennis te nemen van de inhoud van deze documenten. U vindt deze inkoopdocumenten op: [www.vgz-zorgkantoren.nl](http://www.vgz-zorgkantoren.nl)

## Disclaimer

De documenten, opgesteld door het zorgkantoor ten behoeve van de inkoop langdurige zorg 2017, zijn onder voorbehoud van wijzigend beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa). Het Zorgkantoor behoudt zich het recht voor een correctie in de inkoopdocumenten, de procedure en wijziging of aanpassing van de voorschriften van de inkoopprocedure toe te passen indien, na bekendmaking van deze documenten, maatregelen door de overheid worden getroffen die van invloed zijn op de inkoop van zorg.

# 1 Zorgplicht

Het zorgkantoor heeft voor alle inwoners met een geldige Wlz indicatie in haar zorgkantoorregio's zorgplicht. Dit betekent dat wij met onze zorginkoop proberen te bereiken dat:

- Er voldoende zorg in elke regio beschikbaar is, passend bij de vraag van de cliënt
- De ingekochte en geleverde zorg voldoet aan de in Nederland gestelde eisen
- De cliënt bij voorkeur kan kiezen tussen meerdere zorgaanbieders
- De cliënt kan kiezen tussen de verschillende vormen zoals de Wlz die kent; te weten MPT, VPT, ZZP en PGB.

Dit houdt in dat wij al hetgeen doen om het recht op zorg dat een cliënt toekomt op grond van de Wlz, te effectueren.

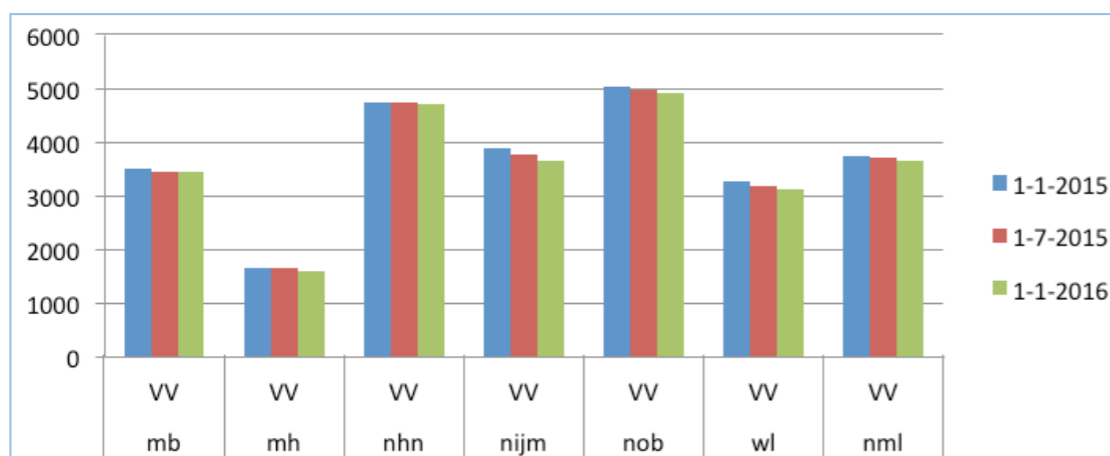
In dit hoofdstuk kijken we naar de ontwikkeling van zorgvraag en aanbod om conclusies te trekken over de mate waarin het zorgkantoor aan haar plicht voldoet.

Het zorgkantoor moet zorgen dat cliënten de zorg krijgen waar ze recht op hebben!



## 1.1 Algemene ontwikkeling van de Wlz zorgvraag

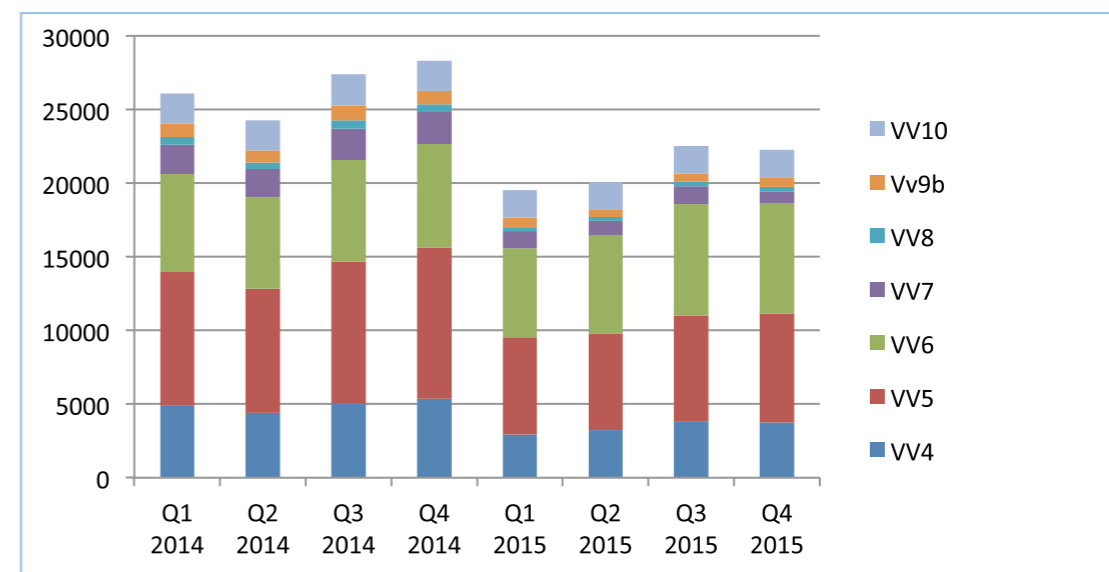
De onderstaande grafiek laat het totaal aantal intramurale cliënten in zorg zien voor de sector V&V op 3 peildatums (01-01-2015 / 01-07-2015 en 01-01-2016, bron iWlz).



We zien dat in alle regio's het totaal aantal intramurale cliënten in 2015 is afgenomen, in sommige regio's zien we een grotere afname dan in andere regio's.

zorgkantoor	1-1-2015	1-7-2015 t.o.v. 01-01-2015	1-1-2016 t.o.v. 01-01-2015
Midden Brabant	100%	99%	98%
Midden Holland	100%	99%	96%
Noord Holland Noord	100%	100%	99%
Nijmegen	100%	97%	94%
Noord en Midden Limburg	100%	99%	97%
Noordoost Brabant	100%	97%	96%
Waardenland	100%	99%	98%

Waar de voorgaande grafiek de ontwikkeling van het totaal aantal V&V cliënten liet zien, geeft onderstaande grafiek de nieuw afgegeven indicaties in 2014 en 2015 weer. De afgelopen jaren zijn er geen indicaties voor lage (1 t/m3) ZZP's meer afgegeven. Het absoluut aantal afgegeven indicatiebesluiten is in 2015 duidelijk lager dan in 2014, wel zien we dat in de loop van 2015 het aantal afgegeven indicaties oploopt.



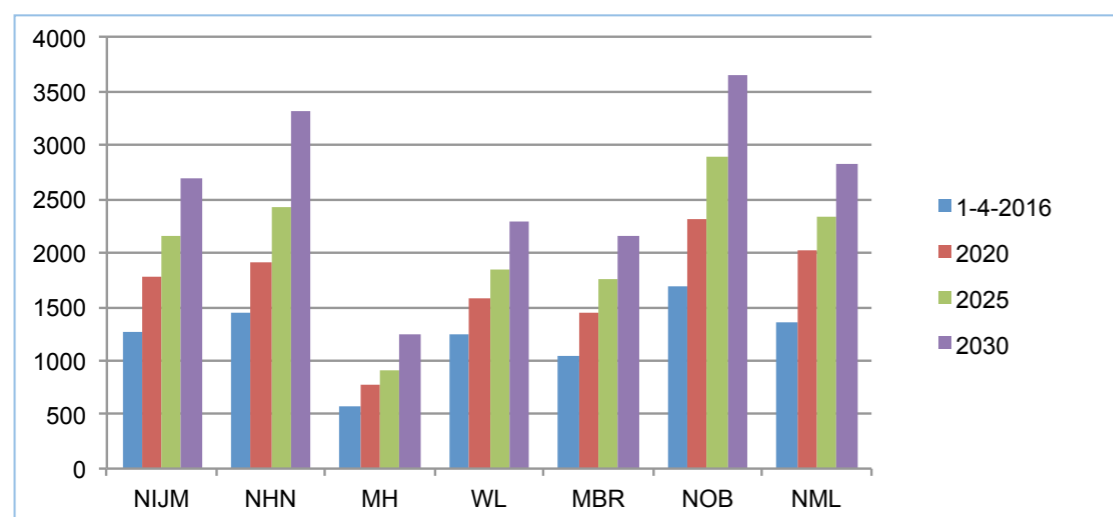
(Bron CIZ, lage ZZP's zijn niet meegenomen).

Door uitstroom van cliënten met een lage ZZZP, en het waar mogelijk extramuraliseren van deze doelgroep, is er (vastgoed)capaciteit vrijgekomen. Deze zal waar wenselijk, benodigd en mogelijk de komende jaren ingezet kunnen worden voor cliënten met een hoger zorgzwaarteprofiel.

## 1.2 Toekomstige zorgvraag

Verreweg de grootste groep cliënten die aanspraak maken op de Wlz zijn cliënten met een zorgzwaarteprofiel conform ZZP 5 (bron CIZ). Om inzicht te krijgen hoe de ontwikkeling van deze doelgroep er in de komende jaren uit kan zien, is dit voor de VGZ Zorgkantoren inzichtelijk gemaakt.

Grafiek: aantal te verwachten cliënten met een ZZP 5 profiel in de jaren 2020, 2025 en 2030



In tabelvorm:

Zorgkantoor	1-4-2016	2020	2025	2030	2020 tov 2016	2025 tov 2016	2030 tov 2016
NIJM	1260	1768	2151	2698	140%	171%	214%
NHN	1455	1911	2434	3312	131%	167%	228%
MH	581	784	920	1245	135%	158%	214%
WL	1239	1574	1848	2282	127%	149%	184%
MBR	1042	1437	1766	2156	138%	169%	207%
NOB	1686	2309	2901	3657	137%	172%	217%
NML	1354	2027	2340	2831	150%	173%	209%
VGZ totaal	8617	11810	14360	18181	137%	167%	211%

(bronnen CIZ, iWlz en CBS).

Bij ongewijzigd beleid en/of ongewijzigde gezondheid zal dit aantal de komende jaren in bijna elke regio verdubbelen.

Het moge duidelijk zijn dat de intramurale capaciteit op geen enkele wijze aansluiting kan vinden bij deze behoefte en dat er maximaal ingezet moet worden op leveringsvormen zoals VPT en MPT.

Zorgkantoren en zorgaanbieders zullen zich maximaal in moeten spannen om deze vormen verder te ontwikkelen.

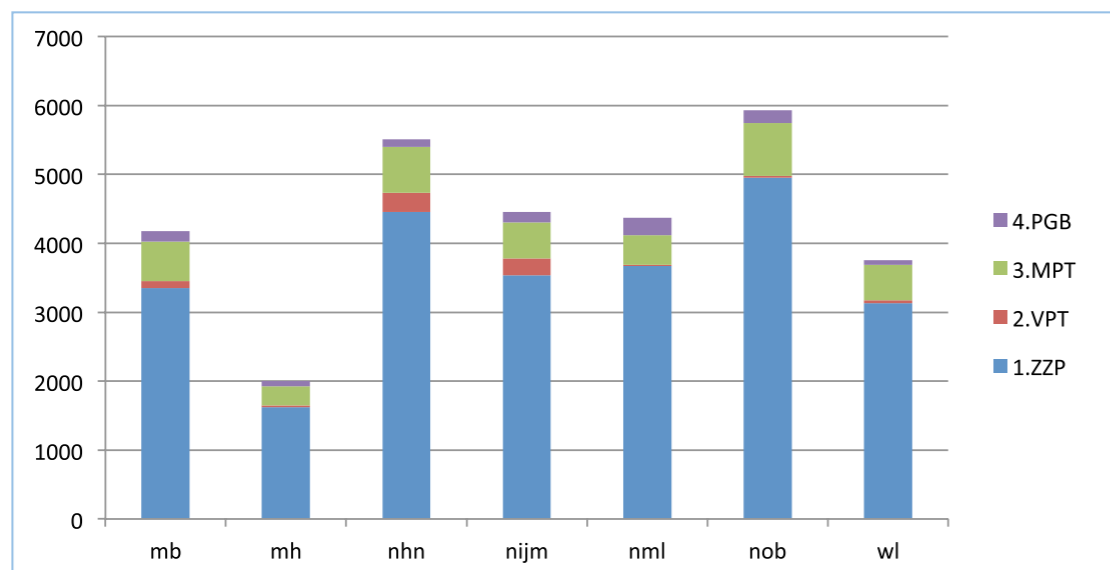
## 1.3 Keuze in leveringsvormen

Zorgkantoren zien dat de woon- en zorgwensen van cliënten veranderen. Cliënten en hun netwerk willen vaker zorg in de thuissituatie ontvangen en willen meer eigen regie over hun leven voeren. De Wlz maakt dit mogelijk. De cliënt kan en mag zelf kiezen van welke leveringsvorm men gebruik wil maken en onderscheid daarin de volgende leveringsvormen:

- MPT (modulair pakket thuis)
- VPT (volledig pakket thuis)
- ZZP (zorg zwaarte pakket)
- PGB (persoonsgebonden budget)

De inkoop van 2017 staat nog meer dan voorheen in het teken van de wens van de cliënt. Het zorgkantoor wil in haar afspraken met zorgaanbieders voldoende zorg inkopen om aan haar zorgplicht te voldoen. Zij legt in de afspraken vast waar de cliënt de zorg graag wil ontvangen en welke verbeteringen de cliënt graag ziet op het gebied van kwaliteit voor de bestaande zorg.

In onderstaande grafiek is de verhouding weergegeven tussen het aantal cliënten dat de indicatie verzilvert middels een ZZP (intramuraal), een VPT, MPT of PGB.



(Bron= iWlz, peildatum 01-01-2016)

In percentages ziet bovenstaand overzicht er als volgt uit:

zorgkantoor	1.ZZP	2.VPT	3.MPT*	4.PGB
Midden Brabant	80%	2%	14%	4%
Midden Holland	81%	1%	14%	4%
Noord Holland Noord	81%	5%	12%	2%
Nijmegen	79%	5%	12%	3%
Noord en Midden Limburg	84%	0%	10%	6%
Noordoost Brabant	84%	0%	13%	3%
Waardenland	83%	1%	14%	2%

\* Er is in deze tabel en grafiek geen onderscheid gemaakt tussen zogenaamde overbruggingszorg in de vorm van MPT en de MPT als structurele leveringsvorm

### Algemene conclusie

Het zorgkantoor heeft als doelstelling dat elke cliënt in elke regio uit een goed en gedifferentieerd aanbod kan kiezen in de leveringsvorm die hij/zij wenst. Het aandeel van Wlz-zorg dat 'thuis' geleverd wordt via VPT en MPT is relatief laag, terwijl het ook bij een zwaardere zorgvraag mogelijk moet zijn dat deze zorg (al dan niet in een geclusterde woonvorm) thuis ontvangen wordt. Op dit moment is het aantal VPT's klein, maximaal 5% per regio, en zijn er zelfs regio's waar dit 0% is. Ook het MPT wordt relatief weinig gebruikt.

### Inkoopdoelstelling:

Onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen. Daarnaast hebben we op basis van de bovenstaande analyse de volgende aanvullende doelstellingen:

1. Cliënten geven steeds vaker aan gebruik te willen maken van een MPT en VPT. Mensen met een Wlz indicatie die zelfstandig kunnen en willen wonen, moeten hiertoe de mogelijkheid krijgen binnen de Wlz. Het zorgkantoor stimuleert daarom instellingen om aanbod te creëren voor cliënten die vormen van Wlz zorg in de thuissituatie en/of geclusterde woonvormen willen ontvangen. Het zorgkantoor voorziet hierbij in een groei van MPT en VPT voor de zwaardere doelgroep als toevoeging op de keuzes voor cliënten in plaats van de reguliere intramurale setting. Hierbij kan het ook gaan om (nieuwe) geclusterde woonvormen. In de inkoopgesprekken zal hier aandacht aan besteed worden.
2. Zorgaanbieders worden nadrukkelijk verzocht cliënten objectief en goed voor te lichten over de mogelijkheden van de leveringsvormen MPT en VPT.

- Ook nieuwe aanbieders met een MPT of VPT aanbod in ZIN nodigen wij nadrukkelijk uit om in te schrijven voor een overeenkomst met de VGZ Zorgkantoren.

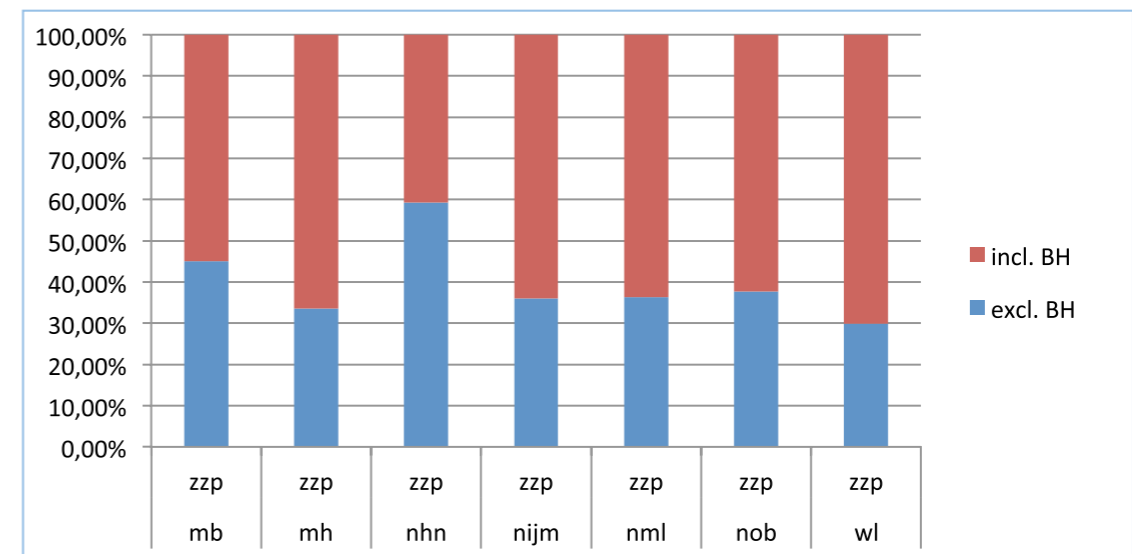
Eén van de doelstellingen van het PGB is om zorg in te kopen welke door instellingen moeilijk is te realiseren, veelal in de thuissituatie. In de Wlz zien we veel instellingen welke een min of meer regulier woon/zorgpakket leveren, wat ook mogelijk zou moeten zijn in ZIN. PGB aanbieders nodigen wij dan ook uit om in te schrijven om een zorgaanbod in ZIN te doen.

- Inzicht in capaciteit in de regio. Het zorgkantoor wil inzicht hebben in de capaciteit (ontwikkelingen) in de regio om ervan verzekerd te zijn dat er voldoende aanbod is, passend bij de vraag. Tijdens de inkoopgesprekken zal daarom aandacht gevraagd worden naar de huidige en toekomstige capaciteit van de diverse leveringsvormen MPT, VPT en ZZP.

## 1.4 Wlz-behandeling

In de Wlz hebben alle cliënten die vanaf 1-1-2015 een indicatie hebben ontvangen, ook een indicatie voor behandeling. In de Wlz is opgenomen dat elke Wlz cliënt recht heeft de benodigde Wlz behandeling.

In onderstaande grafiek is weergegeven voor welk percentage van de cliënten behandeling in het kader van de Wlz wordt gedeclareerd ten opzichte van cliënten zonder behandeling.



Bron: iWlz (peildatum 01-04-2016)

### Algemene conclusie:

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat er verschillen zijn tussen de diverse regio's. In de regio Noord Holland Noord maakt 41% gebruik van behandeling in het kader van de Wlz, terwijl dit in de andere regio's 10 tot 30% hoger is. Met name in de regio Waardenland heeft een bijzonder groot gedeelte van de cliënten behandeling in het pakket, maar ook Midden Holland, Nijmegen, Noord-en Midden Limburg en Noord Oost Brabant geven een veel hoger percentage dan Noord Holland Noord.

### **Inkoopdoelstelling:**

Onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen.

Daarnaast hebben we op basis van de bovenstaande analyse de volgende aanvullende doelstellingen:

#### *Passende inzet en bekostiging van Wlz-behandeling*

Het aanbod van behandeling moet ten allen tijde aansluiten bij de vraag van de cliënt. Het uitgangspunt voor het zorgkantoor is niet de indicatie of de 'beschikbare plaatsen' inclusief of exclusief behandeling, maar de zorgvraag van de cliënt.

Er zijn drie vormen van behandeling inzetbaar:

- incidentele behandeling door bijvoorbeeld de SOG
- kortdurend intensieve behandeling
- continue structurele behandeling.

Per cliënt kan de vraag naar Wlz-behandeling verschillend zijn. Het zorgkantoor zal met zorgaanbieders het gesprek voeren over de noodzaak en doelmatigheid van de inzet van Wlz-behandeling zodat cliënten niet méér, maar ook niet mínder zorg krijgen dan ze nodig hebben. Zie voor een verdere beschrijving van zorg met behandeling hoofdstuk 2 kwalitatieve analyse.

## **1.5 Toegankelijkheid op basis van wachtlijsten en wachttijden**

Elke cliënt met een Wlz indicatie heeft recht op zorg. Zorgkantoren zijn ervoor verantwoordelijk dat alle Wlz-cliënten in de regio de zorg krijgen waarop zij recht hebben, door de zorgvraag en het zorgaanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Zorgaanbieders hebben de taak om ervoor te zorgen dat deze zorg ook daadwerkelijk geleverd kan worden. Om te analyseren of zorgkantoor en zorgaanbieder aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voldoen is inzicht in wachtlijsten van essentieel belang.

#### *Definitie van wachtlijsten*

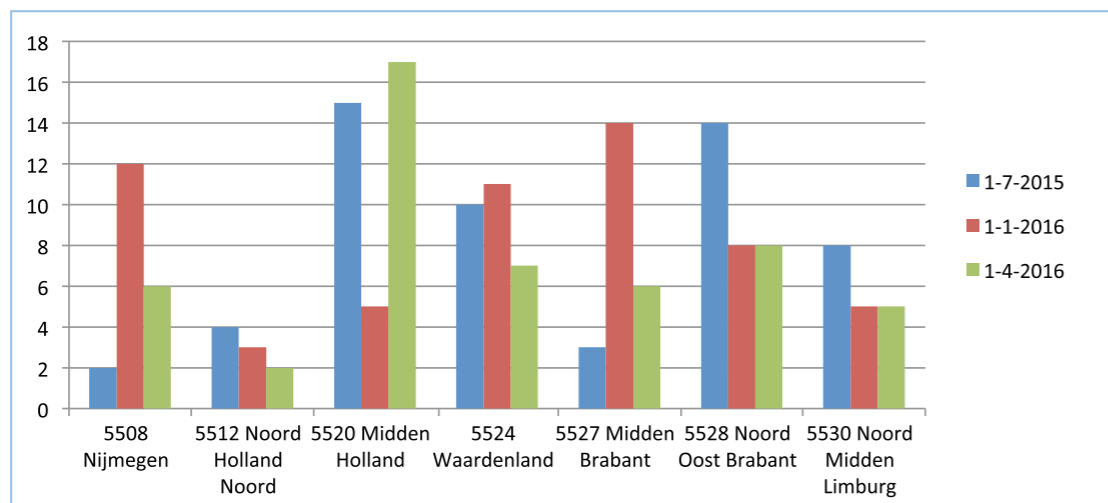
Wachtlijsten in de langdurige zorg zijn er altijd geweest en zullen er wellicht ook altijd blijven. Toch moeten zorgkantoren en zorgaanbieders er gezamenlijk naar streven om wachtlijsten én wachttijden te minimaliseren. Zorgkantoren kennen in principe 3 groepen wachtenden:

1. Actief wachtenden (AW): deze cliënten willen zo spoedig mogelijk opgenomen worden en laten dat prevaleren boven hun plek van voorkeur.
2. Wens wachtenden (WW): deze cliënten willen opgenomen worden, maar hebben een bewuste keuze voor een locatie of soms zelfs appartement. Totdat die locatie beschikbaar komt kiezen deze cliënten voor een alternatieve zorgvorm.
3. Slaapwachtenden (SW): deze cliënten hebben een Wlz indicatie en willen op de wachtlijst blijven staan, maar kiezen ervoor om nog niet opgenomen te worden.

### Actief wachtenden

Onderstaande grafiek geeft inzicht in het aantal cliënten welke actief wachtend zijn op 3 verschillende peildatums. Dit aantal fluctueert wat, maar is in geen enkele VGZ regio groot.

Figuur: aantal actief wachtenden in de VGZ Zorgkantorregio's

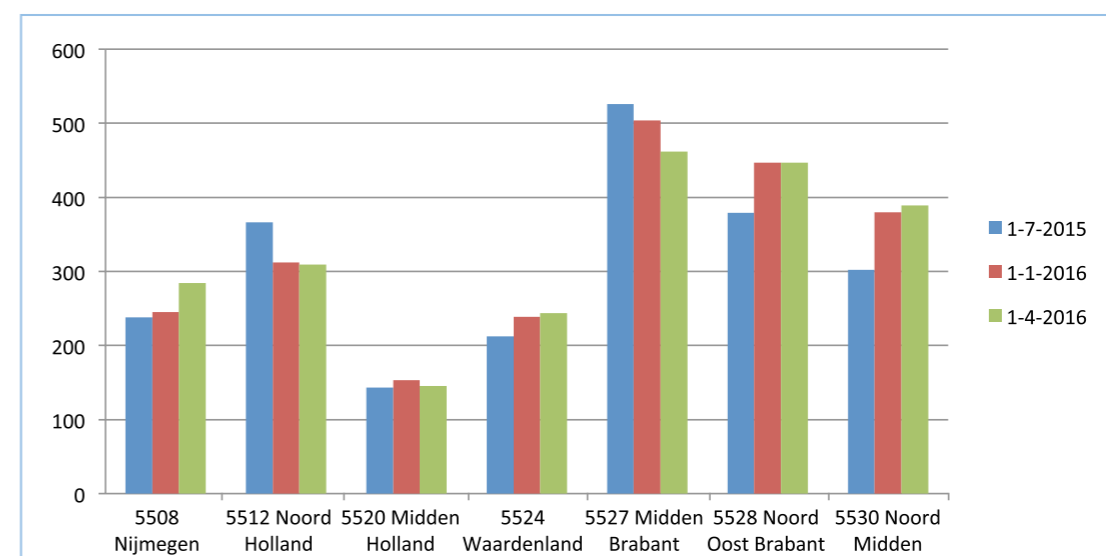


(bron iWlz).

### Wens wachtenden

Het aantal wenswachtenden geeft een heel ander beeld. In totaal zijn er binnen de VGZ zorgkantoren op peildatum 1 april 2016: 2.280 wenswachtenden. Onderstaande grafiek geeft inzicht in het aantal WW + AW voor de totale VV in de 7 zorgkantorregio's op 3 verschillende peildatums. Deze cliënten geven aan dat zij hun indicatie niet intramuraal kunnen verzilveren op de plek van voorkeur, terwijl ze dat wel graag willen.

Figuur: totaal aantal wachtenden (AW+WW) in de VGZ Zorgkantorregio's

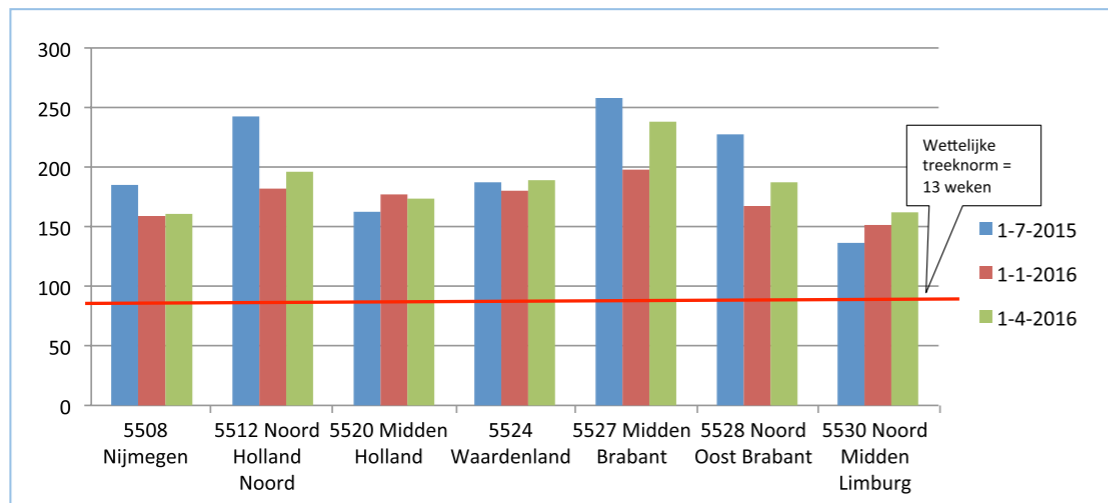


(bron iWlz).

### Wachttijden

Niet alleen het aantal wachtenden is relevant, ook de wachttijd die een cliënt gemiddeld moet wachten om op de plek van voorkeur zorg te ontvangen is belangrijk. Onder andere de verhouding tussen het aantal wachtenden en het aantal beschikbare plekken in een regio bepaalt de wachttijd. Onderstaande grafiek geeft inzicht in het gemiddelde aantal kalenderdagen dat AW en WW (totaal) in de VV sector wachten op een voor hen geschikte plaats. Doordat de peildatums in tijd oplopen, loopt ook de gemiddelde wachttijd op.

Figuur: gemiddeld aantal dagen op de wachtlijst in de VGZ Zorgkantoorregio's



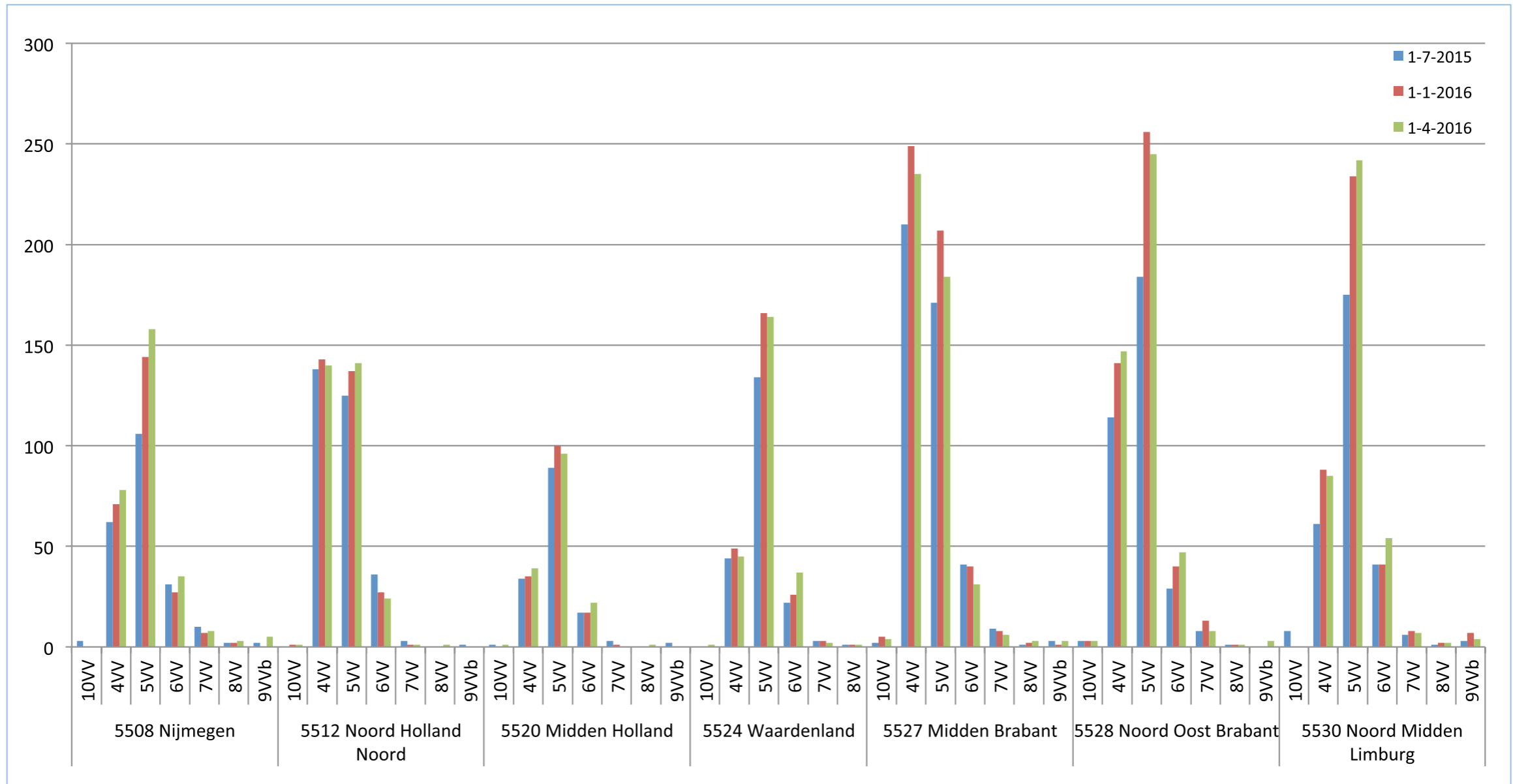
(bron iWlz)

In elke zorgkantoorregio moet de cliënt gemiddeld meer dan 150 dagen wachten op een geschikte plaats, in de regio Midden Brabant is dat bijna 240 dagen. De cliënten die wachten betreffen (bijna) uitsluitend wenswachtenden. Deze wachttijden zijn fors langer dan de wettelijke treetnorm van 13 weken. Met name voor deze groep WW zullen de komende periode goede en structurele oplossingen geboden moeten worden bij bestaande maar ook bij nieuwe aanbieders.

In de periode mei/juni 2016 wordt er op verzoek van het ministerie van VWS door onderzoeksbureau HHM onderzoek gedaan naar de status van de zogenaamde WensWachtenden.

Om inzicht te krijgen in het aantal wachtenden (AW+WW) per ZZP is in onderstaande grafiek dit per zorgkantoorregio weergegeven.

Figuur: Aantal wachtenden per ZZP in de zeven zorgkantoorregio's



(bron iWlz).

## 2 Kwalitatieve verbeteringen in de regio

In het vorige hoofdstuk hebben we een kwantitatieve analyse gemaakt van de V&V sector in de zeven VGZ zorgkantoorregio's. In dit hoofdstuk bespreken we enkele doelgroepen uit de V&V en geven daarbij aan wat vanuit het oogpunt van Cliënt, Kwaliteit en Kosten de doelstellingen van het zorgkantoor zijn. Tijdens de inkoopgesprekken kunnen over deze onderwerpen specifieke afspraken gemaakt worden.



In gesprek over kwaliteitsverbeteringen voor de cliënt

## 2.1 Specifieke zorgvragen:

In de onderstaande paragrafen hebben we enkele specifieke zorgvragen in de V&V-sector gedefinieerd. Afhankelijk van de regionale situatie kunnen er afspraken met zorgaanbieders gemaakt worden voor deze cliëntgroepen.

### 2.1.1 De ouder wordende GGZ cliënt.

Bij ouder wordende GGZ cliënten treedt regelmatig het beeld op dat de psychiatrische problematiek afneemt, terwijl problemen ten gevolge van het ouder worden juist toenemen. Hierdoor is het aanbod zoals dat in een GGZ instelling wordt geboden niet meer passend.

**Cliënt:** ouder wordende GGZ cliënten passen regelmatig niet langer in een GGZ instelling. De expertise ontbreekt en de woonvorm blijkt niet altijd geschikt om de juiste zorg te leveren. Deze cliënten passen soms beter in een V&V instelling met “oog” voor de psychiatrische cliënt.

**Kwaliteit:** wij verwachten dat GGZ en V&V instellingen samen een passend aanbod in de regio realiseren waarbij samenwerking nodig lijkt.

**Kosten:** wanneer de zorg voor deze cliënten al vanuit de Wlz worden bekostigd zal het budget met de cliënt mee “verhuizen” gezien het beleid van cliëntvolgend budget

### 2.1.2 Cliënten met ernstige gedragsproblemen in de sector V&V.

Ten gevolge van het ouder worden kan de cliënt meer lichamelijke problematiek ervaren. Daarnaast heeft de cliënt een grotere kans op verlieservaringen en/of veranderingen in maatschappelijke en sociale positie. Ook gedragsverandering ten gevolge van dementie, CVA of andere aandoeningen kan tot grote gedragsproblemen leiden. Ten gevolge hiervan kan gedrag dat voorheen adequaat was niet meer passen, of komt een persoonlijkheidsstoornis meer op de voorgrond. In de sector V&V is niet altijd vol-

doende expertise aanwezig om een goed zorgaanbod voor deze doelgroep te bieden.

**Cliënt:** we zijn van mening dat er een specifiek aanbod moet komen voor deze doelgroep waarbij we tijdens de inkoopgesprekken ingaan op good practices.

**Kwaliteit:** het doel is dat cliënten niet als crisis opgenomen hoeven te worden in de GGZ, maar tijdelijk een interventie krijgen om het gedrag te stabiliseren en waar mogelijk terug te plaatsen naar eigen omgeving

**Kosten:** we streven er samen met aanbieders naar om de zorg voor deze cliënten kostendekkend te maken

### 2.1.3 Palliatief terminale cliënt.

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de inkoop van ZZP 10 (in welke leveringsvorm dan ook), wij hanteren hier de normen zoals landelijk zijn opgesteld.

**Cliënt:** de cliënt heeft recht om op een waardige manier te sterven. Cliënten die hun zorg in MPT of VPT ontvangen en waarvoor dit thuis niet meer verantwoord te organiseren is kunnen in aanmerking komen voor geclusterde zorgvormen. Het kan hierbij onder andere gaan om zogenaamde “bijna thuis huizen” en “high-care hospices” (intra of extramuraal). Cliënten die al in een instelling wonen hebben in principe het recht in deze instelling waardig te sterven, mits de zorg georganiseerd kan worden.

**Kwaliteit:** instellingen moeten zich inspannen om cliënten in de eigen vertrouwde omgeving te laten sterven.

**Kosten:** wij zien geen argumenten om op het kostenaspect aanvullende afspraken te maken.

#### **2.1.4 Jong dementerenden.**

Elke regio kent de doelgroep Jong dementerenden. Er is echter onvoldoende bekend hoe groot deze groep is en of het aanbod in de regio's voldoende is en of dit voldoende aansluit bij de zorgvraag. Samen met aanbieders zullen deze vragen de komende periode beantwoordt moeten worden.

**Cliënt:** de cliënt moet de keuze kunnen maken tussen reguliere instellingen, met vermenging van leeftijden, of een instelling waar alleen jong dementerenden verblijven. Op dit moment hebben de zorgkantoren onvoldoende inzicht of het huidige aanbod passend is bij de vraag.

**Kwaliteit:** de zorg voor jong dementerenden vraagt een op de doelgroep gericht aanbod in zorg en welzijnsactiviteiten. Dat vraagt andere expertise van medewerkers en wellicht andere woonvormen. Indien een aanbieder een geclusterde woonvorm, al dan niet (boven)regionaal wil bieden verwachten wij dat ze aan deze eisen invulling geven.

**Kosten:** wij zien geen argumenten om op het kostenaspect aanvullende afspraken te maken.

#### **2.1.5 Parkinson**

Cliënten met de ziekte van Parkinson ondervinden ten gevolge van hun ziekte veel beperkingen in het uitvoeren van de dagelijkse handelingen. Door de specifieke zorgvragen koopt het zorgkantoor de zorg voor deze doelgroep bij voorkeur geclusterd in. Instellingen met een bewezen goed aanbod worden nadrukkelijk uitgenodigd dit aanbod toe te lichten zodat het ook voor andere regio's en aanbieders beschikbaar komt.

**Cliënt:** de cliënt moet de keuze kunnen maken tussen een reguliere instelling, met vermenging van leeftijden, of een instelling waar alleen cliënten met Parkinson verblijven.

**Kwaliteit:** de zorg voor cliënten met Parkinson vraagt een ander aanbod in zorg en welzijnsactiviteiten. Dat vraagt ook andere expertise van medewerkers en wellicht andere woonvormen. Indien een aanbieder een geclusterde woonvorm wil bieden verwachten wij dat ze aan deze eisen invulling geven.

**Kosten:** wij zien geen argumenten om op het kostenaspect aanvullende afspraken te maken.

#### **2.1.6 Korsakov:**

Het syndroom van Korsakov houdt een permanente hersenbeschadiging in, waardoor de patiënt geen inzicht heeft in zijn ziekte. Voordat een patiënt met Korsakov wordt opgenomen, is er bovendien vaak geen contact meer met familie. Om ervoor te zorgen dat patiënten met Korsakov toch de beste zorg krijgen, is samenwerken tussen zorgorganisaties belangrijk. Het Zorgkantoor heeft geen voorkeur in welke sector dit gebeurt, GGZ of VV, als het aanbod maar past bij de doelgroep. Het zorgkantoor koopt dit primair geclusterd in en daarbij verwijzen we naar reeds bewezen good practices.

**Cliënt:** de cliënt moet de keuze kunnen maken tussen een reguliere instelling of een instelling waar alleen cliënten met Korsakov verblijven. Primair gaat onze voorkeur uit naar een geclusterde woonvorm gezien de specifieke begeleidingsvraag.

**Kwaliteit:** de zorg voor cliënten met Korsakov vraagt een ander aanbod in zorg en welzijnsactiviteiten. Dat vraagt ook andere expertise van medewerkers en wellicht andere woonvormen. Indien een aanbieder een geclusterde woonvorm wil bieden verwachten wij dat ze aan deze eisen invulling geven.

**Kosten:** wij zien geen argumenten om op het kostenaspect aanvullende afspraken te maken.

### **2.1.7 Obesicare:**

Het aantal cliënten met ernstig overgewicht neemt toe. Ernstig overgewicht (morbide obesitas/BMI 40+) vraagt specifieke zorg en voorzieningen. U kunt hierbij denken aan gebruik van speciale til- en andere hulpmiddelen, specifieke kennis over voeding en bewegen bij overgewicht en aandacht voor acceptatie van (de gevolgen van) overgewicht. Er zijn een beperkt aantal instellingen in Nederland waar gerichte aandacht is voor deze doelgroep en verwijzen daarbij graag naar deze good practices zoals ook vermeld op de site van Waardigheid en Trots.

## **2.2. Zorgregelingen in de Wlz**

In deze paragraaf bespreken we het beleid dat de zorgkantoren voeren bij enkele regelingen in de Wlz.

### **2.2.1 Welzijnsactiviteiten.**

De zorgkantoren van VGZ vinden welzijn van essentieel belang voor de doelgroep in de V&V. We verwijzen daarom graag naar alle stukken en projecten die door VWS worden ondersteund in het kader van Waardigheid en Trots. Belangrijk hierbij vinden wij dat welzijnsactiviteiten aansluiten bij de vraag van de cliënt en dat financiering, ook over de domeinen heen, geen reden mag zijn om cliënten uit te sluiten. Ook voor cliënten die hun indicatie verzilveren in een MPT, VPT of PGB is het belangrijk dat ze de activiteiten daar kunnen ontvangen waar ze willen.

### **2.2.2 Crisiszorg**

Voor de Crisisregeling WLZ sluiten de Zorgkantoren van VGZ aan bij het landelijke beleidsstuk opgesteld in ZN verband: "Bijlage 6 Crisiszorg in de WLZ". De crisiszorg in de WLZ is van toepassing in de volgende situaties:

1. De cliënt heeft een Wlz-indicatie of de aanvrager van de crisisopname verwacht dat de cliënt deze binnen twee weken met terugwerkende kracht per de opnamedatum krijgt.
2. Er is sprake van een acute en naar verwachting permanente verandering.
3. Gevaarscriterium 4 is duidelijk aanwezig.
4. Binnen 24 uur is intramurale zorg noodzakelijk.

Voor deze situaties wil het zorgkantoor te allen tijde voldoende beschikbare capaciteit hebben voor haar cliënten. Het zorgkantoor koopt in 2017 voor de Wlz crisissen geen volledige crisisbedden in, maar de daadwerkelijke gerealiseerde crisisdagen inclusief een opslag om de beschikbaarheid te kunnen financieren. De aanbieder kan maximaal twee weken crisiszorg declareren, mits het bed ook daadwerkelijk bezet is. Na twee weken wordt de reguliere CIZ indicatie gedeclareerd

De werkwijze vastgelegd in de Regionale Crisisregeling is leidend voor de regio. Zodra er meer duidelijkheid is over de toekomst van ELV onder de Zvw, zal het zorgkantoor zich inspannen voor een sluitende crisisregeling over de domeinen heen.

### **2.2.3 Meerzorg**

Met de invoering van de Wlz op 1 januari 2015 staat het recht op meerzorg beschreven in artikel 3.1.1 van het Besluit Langdurige zorg. Vanaf 1 januari 2016 zijn hieraan tevens de sectoren Verpleging en Verzorging (zorgprofielen VV 7 en 8) en GGZ (zorgprofielen GGZ-6b en GGZ-7b) toegevoegd. De zorgkantoren hebben als gevolg van deze wijzigingen het protocol aanvraag meerzorg, dat is afgestemd met alle veldpartijen, opgesteld en gepubliceerd.

Wij vragen u dan ook nadrukkelijk om dit protocol goed door te nemen en eventueel afstemming te zoeken met het Centrum voor Consultatie en

Expertise (CCE) om op consultatiebasis met u de problematiek te bespreken, alvorens u aanvragen meerzorg bij het zorgkantoor indient.

Meerzorg is bedoeld voor cliënten waarbij hun behoefte aan zorg (al dan niet tijdelijk) niet aansluit bij de financiering die samenhangt met de Wlz-indicatie die zij hebben. Aanbieders vragen de meerzorg ten behoeve van en namens de cliënt aan bij het zorgkantoor.

### *Proeftuinen*

Meerzorg 2.0 is het initiatief van CCE, VGN en ZN om meerzorg in de GZ verder te ontwikkelen. Meerzorg levert een belangrijke bijdrage aan goede zorg voor cliënten met ernstig probleemgedrag voor wie de reguliere bekostiging onvoldoende is. Samen willen we tot een nieuwe aanpak komen waarin de focus ligt op verbeteren van de kwaliteit van zorg voor deze cliënten. Deze aanpak komt tot stand via proeftuinen waarin zorgaanbieders, zorgkantoren, cliëntvertegenwoordigers en het CCE nauw met elkaar samenwerken.

In de proeftuinen maken we ruimte voor ontwikkeling van perspectief en kwaliteit van de zorg. Daarvoor moeten we elkaar blijvend uitdagen, bevragen en prikkelen. Essentieel is de dialoog tussen professionals onderling, maar ook mét familie of andere vertegenwoordigers van de cliënt. Cliënten in hun context zijn het uitgangspunt

Het is de intentie van de zorgkantoren om ook in de V&V een beperkt aantal proeftuinen op te zetten.

### **2.2.4 Wlz-behandeling in de V&V**

We onderscheiden hierbij 4 doelgroepen.

- 1: cliënten die geen behandeling (meer) nodig hebben in het kader van de Wlz
- 2: cliënten die incidenteel behandeling nodig hebben
- 3: cliënten die kortdurend intensief behandeling nodig hebben
- 4: cliënten die langdurig behandeling intensieve behandeling nodig hebben

De Wlz omschrijft onderstaande vormen van behandeling:

- Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag; omvat een programmatische aanpak en er is specifieke deskundigheid voor nodig. Het kan ook gaan om het aanleren van vaardigheden of gedrag van de mantelzorger of verzorger
- Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire (CSLM-)zorg; omvat behandeling bij complexe (multi-)problematiek waarvoor specifieke kennis en deskundigheid van bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper of arts verstandelijk gehandicapten nodig is. Het behandeldoel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen en complicaties of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex dat langdurige coördinatie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk is. Er is voortdurend afstemming nodig over wat de verschillende disciplines doen.
- Medebehandeling; Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft, kan de Wlz-behandelaar de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling overnemen. Dat is medebehandeling en maakt onderdeel uit van de Wlz. De huisarts (Zvw) blijft medisch eindverantwoordelijk.
- Aanvullende functionele diagnostiek; Het stellen van een medische diagnose (klinische basisdiagnostiek) is Zvw-zorg. Aanvullende functionele diagnostiek is Wlz-zorg. Het gaat hierbij om onderzoek naar het fei-

telijke beperkingenniveau van de verzekerde en de mogelijkheden om te behandelen. Aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het verbeteren van het functioneren, het voorkomen van verergering en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid.

- Consultatie; Een huisarts of een medisch specialist kan een Wlz-behandelaar raadplegen voor bijvoorbeeld advies over zijn behandeling of om een zorgplan op te stellen. Dat consult is Wlz-behandeling en gaat om een beperkt aantal contacten. De huisarts of medisch-specialist blijft medisch verantwoordelijk.

**Cliënt:** het aanbod moet ten allen tijde aansluiten bij de vraag van de cliënt. Uitgangspunt daarbij is niet de indicatie maar de zorgvraag van de cliënt.

**Kwaliteit:** de aanbieder die behandeling kan en wil leveren moet voldoen aan de eisen die gesteld worden.

**Kosten:** gedifferentieerd naar cliënten te kijken en niet méér behandeling in te zetten en te declareren dan wenselijk/noodzakelijk in kader van zinnige en zuinige zorg

#### **Subsidieregelingen.**

De subsidieregeling Eerste Lijnsverblijf (ELV) gaat definitief met ingang van 01-01-2017 over naar de Zvw. De subsidieregeling BEH blijft vooralsnog uitgevoerd worden door de Zorgkantoren.

## **2.3 Aanbod voor specifieke doelgroepen**

Het zorgkantoor heeft de wettelijke taak er zorg voor te dragen dat in het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders er redelijkerwijs rekening wordt gehouden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele gerichtheid van de cliënten. Dit staat op deze manier ook in de wet verankerd.

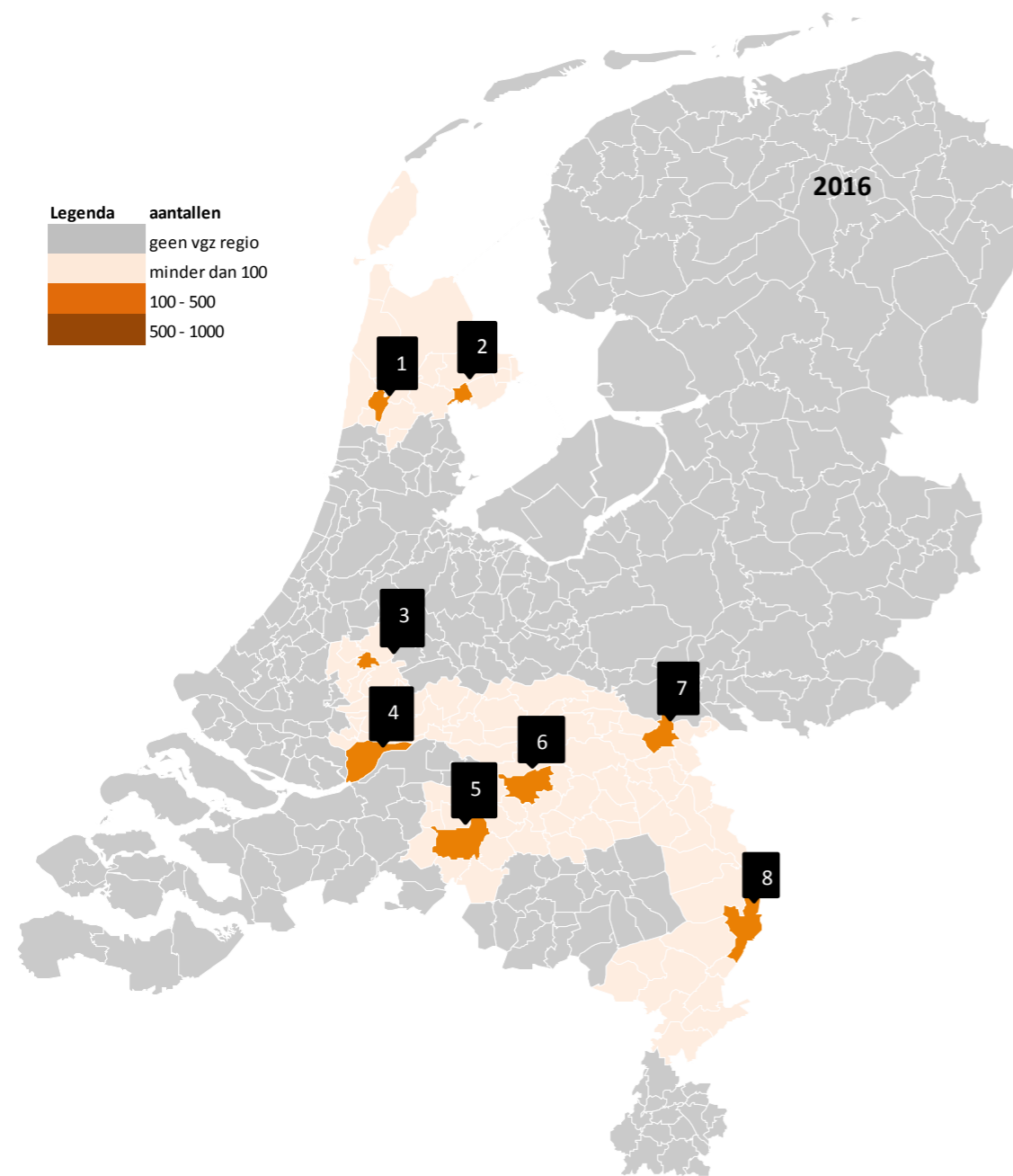
Het zorgkantoor zal in de inkoopgesprekken bekijken of voor deze doelgroepen voldoende aanbod is. Om dit gesprek op een goede manier te voeren hebben we in de onderstaande paragrafen een analyse gemaakt naar de ontwikkeling op het gebied van niet westerse allochtonen, gezindte en seksualiteit.

### **2.3.1 Culturele achtergrond**

Nederland kent een multiculturele samenleving. Het aantal westerse allochtonen neemt toe door toename van het aantal arbeidsmigranten. Deze doelgroep maakt nauwelijks gebruik van de Wlz.

Het aantal niet-westerse allochtonen neemt ook toe. We zien hier door de arbeidsmigranten uit de 70-erjaren een grote groep met name Turkse, Surinaamse en Marokkaanse Nederlanders. De laatste jaren neemt het aantal migranten uit andere landen toe, zoals o.a. uit Syrië en Eritrea.

De verwachting is dat de niet-westerse allochtoon nu en in de toekomst vaker gebruik zal maken van de Wlz, omdat terugkeer naar het geboorteland niet wenselijk of mogelijk is. Het aanbod voor deze doelgroep neemt, met name in de verstedelijkte gebieden, toe en gezien de geringe wachtlijsten lijkt er voldoende aanbod in de diverse regio's.



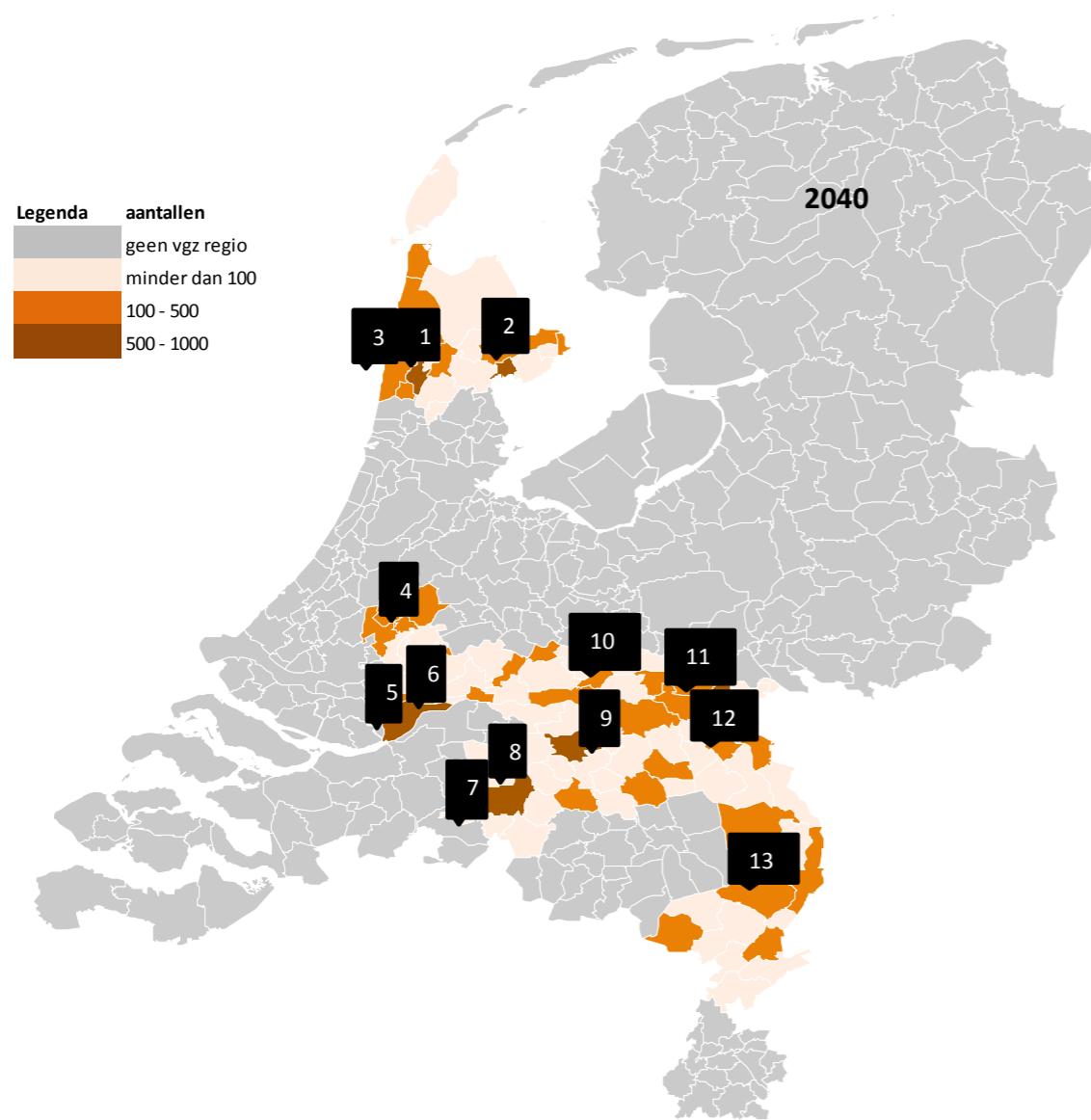
In de grafiek hiernaast de VGZ-zorgkantorregio's met daarin het aantal niet westerse allochtonen in de leeftijdscategorie tussen de 80-90 jaar (peiljaar 2016), met specifiek de gemeenten met het absoluut grootste aantal migranten.

Op de volgende pagina de grafiek met de verwachte toename in het jaar 2040. Indien deze prognose uitkomt, mogen we een groeiende vraag voor deze specifieke doelgroep in de toekomst verwachten.

*Figuur: Culturele achtergrond in de VGZ zorgkantorregio's in 2016 in leeftijdsgroep 80 tot 90 jaar*



Bron: CBS - Regionale prognose bevolkingsopbouw; 2011-2040



Figuur: Culturele achtergrond in de VGZ zorgkantoorregio's in 2040 in leeftijdsgroep 80 tot 90 jaar

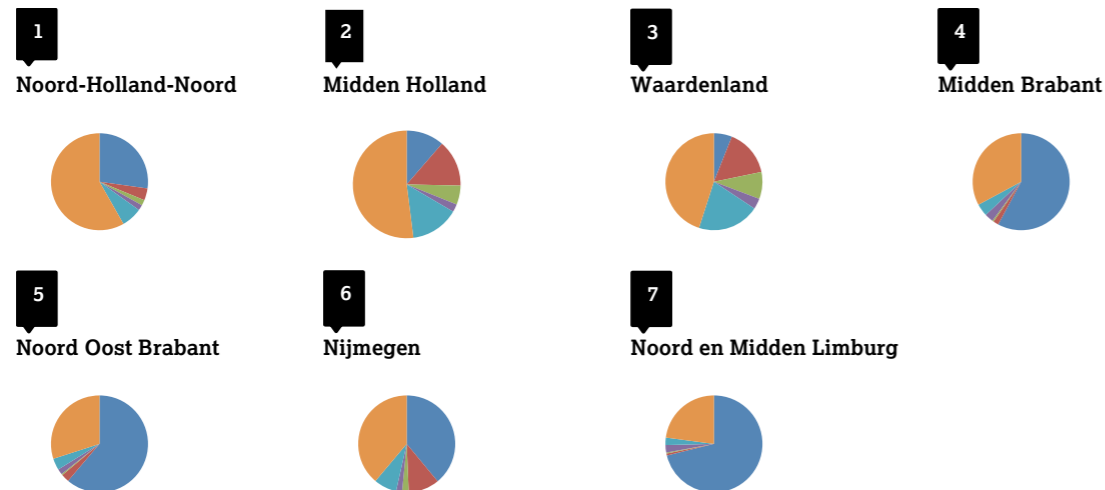


Bron: CBS - Regionale prognose bevolkingsopbouw; 2011-2040

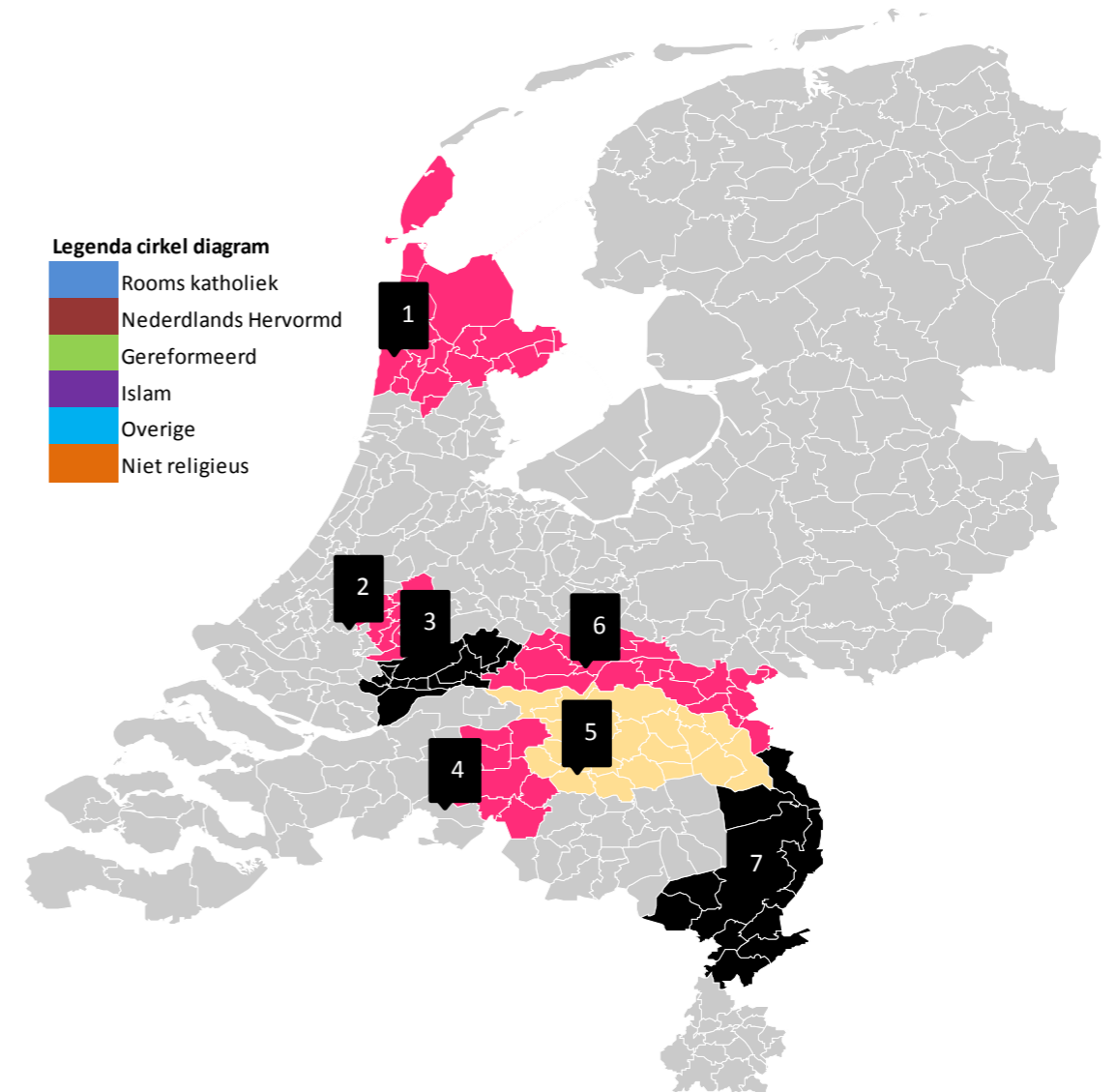
### 2.3.2 Godsdienstige gezindheid

Volgens steekproeven van het Centraal Bureau van de Statistiek gaf in 2014 49% van de volwassen bevolking aan niet-godsdienstig te zijn. Dit is een stijging van 3 procent ten opzichte van 2010.

De VGZ Zorgkantoren proberen zo veel als mogelijk rekening te houden met een passend zorgaanbod, waarbij ook de gezindte een rol speelt. Hiervoor is het voor zorgkantoren en zorgaanbieders belangrijk inzicht te hebben hoe de spreiding over de regio's is. Dit is weergegeven in onderstaande kaart. Wij constateren dat gezien het specifieke aanbod in de diverse regio's er voldoende passend aanbod in de regio's is, rekening houdend met de geloofsvoorkeur van cliënten. Ook uit gesprekken met cliëntenraden komen geen signalen dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met geloofs-overtuiging bij zorgaanbieders.



Figuur: Godsdienstige gezindheid in de VGZ Zorgkantoorregio's



Bron: CBS - Kerkelijke gezindte en kerkbezoek in 408 gemeenten, 2010-2013 (18 jaar en ouder)

### 2.3.3 Seksuele gerichtheid

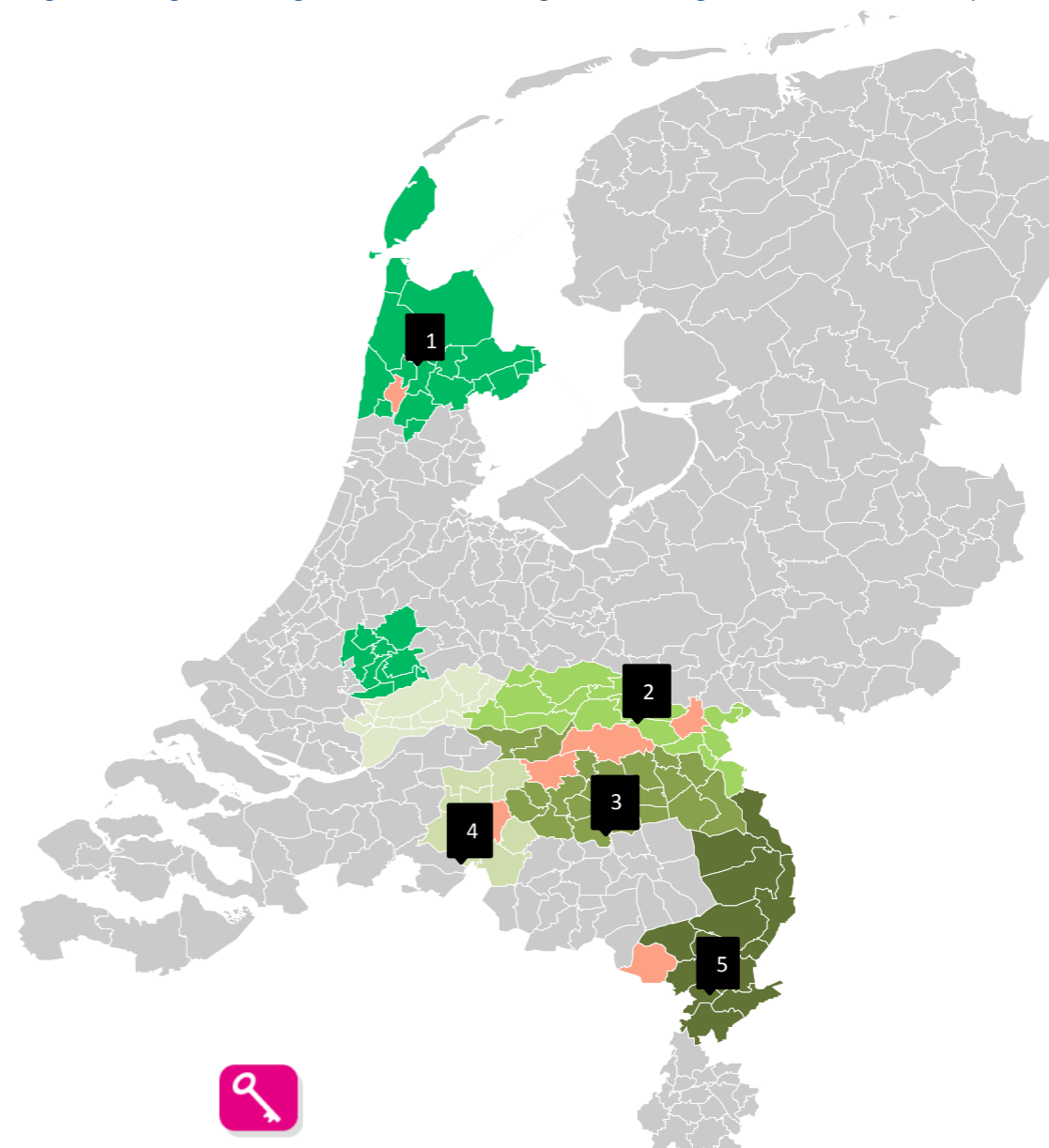
Binnen de ouderenzorg en welzijnssector is weinig aandacht voor homofile 50-plussers. De doelgroep is nauwelijks zichtbaar en onder professionals en management van sommige instellingen leeft het idee dat ouderen niet homo, lesbisch of transgender zouden zijn. Bewoners die wel open zijn over hun geaardheid krijgen soms te maken met discriminatie.

In de gezondheidszorg is de Roze Loper Tolerantiescan ontwikkeld in samenwerking met KIWA en mede mogelijk gemaakt dankzij het Ministerie van VWS. Woonzorginstellingen die meedoen aan de tolerantiescan willen vooroordelen tegengaan en komen tot een organisatie waar iedereen wil verblijven en werken.

In onderstaande overzicht zijn de instellingen binnen de VGZ regio's opgenomen die een Roze Loper ontvangen hebben, zodat cliënten ook daar een bewuste keuze in kunnen maken. Daarnaast zijn er ook instellingen die op dit moment aan de slag zijn met de tolerantiescan en aspirant-leden. Deze instellingen zijn niet opgenomen in onderstaand kaartje.

<p><b>2</b></p> <p><b>Nijmegen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stichting Dienstencentrum oud burgeren Gasthuis - Nijmegen</li> <li>2. Thuisverpleging Rijk van Nijmegen - Nijmegen</li> <li>3. Wooncentrum Nieuw doddendaal - Nijmegen</li> <li>4. WZC De Honinghoeve - Nijmegen</li> <li>5. WZC Nijvelt - Nijmegen</li> <li>6. WZC Sonnehaert - Nijmegen</li> <li>7. WZC de Buitenhof - Nijmegen</li> <li>8. WZC de Doekenburg - Nijmegen</li> <li>9. WZC de Orangerie - Nijmegen</li> </ol>	<p><b>1</b></p> <p><b>Noord Holland Noord</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Woon en zorgcentrum De Nieuwpoort - Alkmaar</li> </ol>	<p><b>5</b></p> <p><b>Noord Midden Limburg</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zorgcentrum St. Martinus - Weert</li> </ol>
<p><b>3</b></p> <p><b>Noord Oost Brabant</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De Ruwaard - Oss</li> <li>2. De Wellen - Oss</li> <li>3. Loovelt - Oss</li> <li>4. Nieuwehagen - Den Bosch</li> <li>5. Noordekroon - Den Bosch</li> <li>6. Serviceflat Sterrebos - Oss</li> </ol>	<p><b>4</b></p> <p><b>Midden Brabant</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De Bijsterstede - Tilburg</li> <li>2. De Heikant - Tilburg</li> <li>3. Thebe Thuiszorg Midden-Brabant - Tilburg</li> <li>4. WZC De Kievietshorst - Tilburg</li> <li>5. Zorgcentrum Den Herdgang - Tilburg</li> <li>6. Zorgcentrum Padua - Tilburg</li> </ol>	

Figuur: Zorginstellingen in de VGZ Zorgkantoor regio's met een roze loper



bron: <http://www.rozezorg.nl>

### 3 Regionale speerpunten

In voorgaande hoofdstukken is inzicht gegeven in de kwantitatieve en kwalitatieve zorg en behoeften binnen de VGZ zorgkantoren. Daarbij hebben we aangegeven dat onze primaire inkoopdoelstellingen zijn om keuzemogelijkheden voor cliënten te scheppen en cliëntvolgende bekostiging toe te passen. Dit geldt voor alle regio's. Maar regio's verschillen ook van elkaar. Rekening houdend met de regionale historie en deze verschillen hebben we in dit hoofdstuk de regionale speerpunten beschreven.



.....  
**Oog voor  
de regionale  
situatie**  
.....

### **Midden-Brabant:**

- Zoals in 2016 geconcludeerd, is er een verschil tussen de verhouding aanbod en de vraag naar intramurale capaciteit per gemeente (Dongen en Tilburg relatief hoog, Gilze Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk en Waalwijk relatief laag). Het aantal wachtenden in de regio is hoog. We zien een groot aantal wens wachtenden met ZZP 4 of 5. VPT blijft als leveringsvorm achter ten opzichte van enkele andere VGZ-regio's en wordt onvoldoende als leveringsvorm ingezet. Wij gaan graag met zorgaanbieders in gesprek om dit aanbod (breder) in te zetten als extra keuzemogelijkheid voor opname en het terugdringen van de wachtlijsten.
- Voor cliënten met ernstige gedragsproblemen verwacht het zorgkantoor afgestemd beleid tussen zorgaanbieders. Onnodig overplaatsen van cliënten is niet wenselijk, expertise kan op verschillende manieren verworven en/of ingehuurd worden.
- Het zorgkantoor ontvangt signalen over een toenemend aantal cliënten met onder andere de ziekte van Korsakov, Parkinson, Obesitas en allochtone ouder worden cliënten. Zorgaanbieders geven te kennen dit als een kans te zien om zich te specialiseren en/of te onderscheiden. Wij gaan hier graag over in gesprek met aanbieders.

### **Waardenland:**

- De wachtlijst in Waardenland behoeft de aandacht om het zorgaanbod op een toekomstbestendige wijze aan te laten sluiten op de zorgvraag. In 2016 is reeds geconcludeerd dat iedere gemeente een verschillend beeld geeft van de verhouding tussen aanbod en vraag naar intramurale capaciteit. Duidelijk werd dat de gemeenten Dordrecht, Zwijndrecht en Hendrik Ido Ambacht een relatief hoger aantal wachtenden (AW+WW) hadden per beschikbare capaciteit. De doorstroom (van o.a. crisiszorg) naar de PG plaatsen is een specifiek aandachtspunt, ook gezien de gezamenlijke bezetting van Eerstelijnsverblijfszorg en WLZ plaatsen binnen de beschikbare capaciteit. We zien een groot aantal wens wachtenden met ZZP4 of ZZP5. De wachtlijst voor ZZP6 is relatief hoog in verhouding tot andere regio's. VPT en MPT blijven als leveringsvorm achter ten opzichte van enkele andere VGZ-regio's en wordt onvoldoende als leveringsvorm ingezet.

tenden met ZZP4 of ZZP5. De wachtlijst voor ZZP6 is relatief hoog in verhouding tot andere regio's. VPT en MPT blijven als leveringsvorm achter ten opzichte van enkele andere VGZ-regio's en wordt onvoldoende als leveringsvorm ingezet.

- Verschillende doelgroepen op het grensvlak van GGZ en VV vragen om een aanbod waarbinnen de disciplines met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn reeds samenwerkingsverbanden opgezet tussen zorgaanbieders uit de sector VV en GGZ, deze dienen doorontwikkeld te worden om aan de toekomstige vraag in de regio te kunnen blijven voldoen. Binnen het reguliere aanbod vraagt het zorgkantoor van Waardenland verder specifieke aandacht in het aanbod voor palliatieve cliënten, cliënten met de ziekte van Korsakov, cliënten met Parkinson, cliënten met Obesitas en de allochtone ouder wordende cliënt. Het zorgkantoor gaat graag in gesprek met zorgaanbieders die zich in dit regionale aanbod (willen) onderscheiden.

### **Midden Holland:**

- Het zorgkantoor wil het mogelijk maken dat cliënten uit alle leveringsvormen kunnen kiezen. Het aandeel VPT blijft in de regio Midden Holland achter ten opzichte van enkele andere regio's en wordt maar door een zeer beperkt aantal zorgaanbieders geleverd. Wij gaan graag met zorgaanbieders in gesprek om dit aanbod (breder) in te zetten als extra keuzemogelijkheid voor opname.
- Het aantal wenswachtenden is in absolute zin laag, maar in vergelijking met andere zorgkantoorregio's relatief hoog. Gezien het feit dat Midden Holland een relatief kleine regio is, is dit een onderwerp van gesprek.
- De regio Midden-Holland zet relatief veel behandeling in. De verhouding is met 66% ZZP inclusief behandeling de op 1 na hoogste (regio Waardenland is met 70% de koploper). Het zorgkantoor zal met de ervaringen uit andere regio's met zorgaanbieders uit de regio Midden Holland het gesprek voeren over de noodzaak en doelmatigheid van de inzet van Wlz-behandeling.

### **Noord Holland Noord:**

- Vanuit de historie kent NHN minder capaciteit plaatsen met behandeling. We zien een verschuiving naar zwaardere zorg. Tezamen met zorgaanbieders dienen we te bezien hoe we de functie behandeling breder inzetbaar kunnen maken.
- VPT wordt steeds vaker ingezet als leveringsvorm. MPT blijft licht achter. Het lijkt door de ruimere keuzemogelijkheden dat het aantal PGB houders relatief laag is.  
Zorgaanbieders zijn bezig om gebouwen (meer) geschikt te maken om zwaardere zorg verantwoord te kunnen leveren. Gebouwen die niet geschikt zijn te maken krijgen een andere bestemming. Samen met zorgaanbieders zal het zorgkantoor de gewenste capaciteit monitoren.
- Het zorgkantoor ontvangt signalen over een toenemend aantal cliënten met onder andere de ziekte van Korsakov, Parkinson, Obesitas en allochtone ouder worden cliënten. Zorgaanbieders geven te kennen dit als een kans te zien om zich te specialiseren en/of te onderscheiden. Wij gaan hier graag over in gesprek met aanbieders.

### **Nijmegen**

- VPT wordt vaker als leveringsvorm ingezet, echter slechts bij een beperkt aantal aanbieders. Dit geldt ook voor het MPT. Deze andere leveringsvormen voor intramurale zorg zullen meer moeten worden ingezet. Wij dagen (nieuwe) aanbieders uit om hier initiatieven voor te ontwikkelen. De keuzevrijheid in leveringsvorm lijkt in de regio voldoende. De inzet van PGB zit op het gemiddelde van de VGZ regio's.
- De wachtlijst laat in verhouding tot de andere zorgkantorregio's, een laag aantal wens wachtenden zien. Het zwaartepunt ligt daarbij duidelijk op de ZZP 4 en 5. Het actief inzetten van leveringsvormen als MPT en VPT kan bijdragen aan het terugbrengen van deze wachtlijst.
- De doorstroom (van o.a. crisiszorg) naar bestaande PG plaatsen is een specifiek aandachtspunt. Ook gezien de druk van het EersteLijns Verblijf

op de Wlz plaatsen binnen de beschikbare capaciteit. Omdat het ELV vanaf 2017 naar de Zvw overgaat, verwachten we dat de druk op de intramurale Wlz plaatsen zal toenemen. Wij gaan hierover graag met aanbieders in gesprek.

- Verschillende doelgroepen op het grensvlak van GGZ en VV vragen om een aanbod waarbinnen de disciplines met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn reeds samenwerkingsverbanden opgezet tussen zorgaanbieders uit de sector VV en GGZ, deze dienen doorontwikkeld te worden om aan de toekomstige vraag in de regio te kunnen blijven voldoen. Het zorgkantoor gaat graag met (nieuwe) aanbieders in gesprek die zich hierin willen onderscheiden.

### **Noord Oost Brabant:**

- In vergelijking met de andere zorgkantorregio's wordt in Noord Oost Brabant met name de ZZP geleverd. Het VPT wordt niet als leveringsvorm ingezet en MPT beperkt. Deze andere leveringsvormen voor intramurale zorg moeten veelvuldiger worden ingezet. Wij dagen (nieuwe) aanbieders uit meer initiatieven te ontwikkelen voor MPT en VPT.
- De wachtlijst laat in verhouding tot de andere zorgkantorregio's, een hoog aantal wens wachtenden zien voor de ZZP's 4 en 5. Het actief inzetten van leveringsvormen als MPT en VPT kan bijdragen aan het terugbrengen van deze wachtlijst.
- De analyse laat zien dat er een groei te verwachten is met betrekking tot de oudere niet westerse allochtonen in 's-Hertogenbosch, Cuijk, Boxtel, Oss en Uden. Op dit moment is er slechts een beperkt aanbod voor deze doelgroep. Het zorgkantoor gaat hierover graag in gesprek met aanbieders.
- De doorstroom (van o.a. crisiszorg) naar bestaande PG plaatsen is een specifiek aandachtspunt. Ook gezien de druk van het EersteLijns Verblijf op de Wlz plaatsen binnen de beschikbare capaciteit. Omdat het ELV vanaf 2017 naar de Zvw overgaat, verwachten we dat de druk op de

intramurale Wlz plaatsen zal toenemen. Wij gaan hierover graag met aanbieders in gesprek.

- Verschillende doelgroepen op het grensvlak van GGZ en VV vragen om een aanbod waarbinnen de disciplines met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn reeds samenwerkingsverbanden opgezet tussen zorgaanbieders uit de sector VV en GGZ, deze dienen doorontwikkeld te worden om aan de toekomstige vraag in de regio te kunnen blijven voldoen. Het zorgkantoor gaat graag met (nieuwe) aanbieders in gesprek die zich hierin verder willen onderscheiden.

#### **Noord- en Midden Limburg:**

- In vergelijking met de andere zorgkantorregio's wordt in Noord-en Midden Limburg met name de ZZP geleverd. Het VPT wordt niet/nauwelijks als leveringsvorm ingezet, bij enkele aanbieders zien we dat dit in 2016 wel wordt aangeboden aan cliënten. Het MPT wordt alleen als overbruggingszorg ingezet. Deze andere leveringsvormen voor intramurale zorg moeten veelvuldiger worden ingezet. Wij dagen (nieuwe) aanbieders uit meer initiatieven te ontwikkelen voor MPT en VPT.

- De wachtlijst laat in verhouding tot de andere zorgkantorregio's, een hoog aantal wens wachtenden zien voor de ZZP's 4 en 5. Het actief inzetten van leveringsvormen als MPT en VPT zal moeten bijdragen aan het terugbrengen van deze wachtlijst.
- De doorstroom (van o.a. crisiszorg) naar bestaande PG plaatsen is een specifiek aandachtspunt. Ook gezien de druk van het EersteLijns Verblijf op de Wlz plaatsen binnen de beschikbare capaciteit. Omdat het ELV vanaf 2017 naar de Zvw overgaat, verwachten we dat de druk op de intramurale Wlz plaatsen zal toenemen. Wij gaan hierover graag met aanbieders in gesprek.
- Verschillende doelgroepen op het grensvlak van GGZ en VV vragen om een aanbod waarbinnen de disciplines met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn reeds samenwerkingsverbanden opgezet tussen zorgaanbieders uit de sector VV en GGZ, deze dienen doorontwikkeld te worden om aan de toekomstige vraag in de regio te kunnen blijven voldoen.

## Lijst met afkortingen

Afkorting	Voluit
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GZ	Gehandicaptenzorg
iWLZ	informatiesysteem Wet langdurige zorg (voorheen AZR)
MPT	Modulair Pakket Thuis
PGB	Persoonsgebonden budget
V&V	Verpleging en Verzorging
VPT	Volledig pakket thuis
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIN	Zorg in Natura
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZK	Zorgkantoor
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket