

Vergaderjaar 2019–2020

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 453

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 oktober 2019

Tijdens het debat met uw Kamer van 25 september 2019 over het *Actieprogramma Langer Thuis* is de ontwikkeling van de capaciteit in de verpleeghuiszorg prominent (Handelingen II 2019/20, nr. 5, item 7) aan de orde geweest. Voorafgaand aan dit debat heb ik u met mijn brief van 23 september 2019¹ geïnformeerd over de ontwikkeling van de vraag, de capaciteit en de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg.

Uitgangspunt is dat ouderen de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Voor een grote groep ouderen betekent dat zorg (dichtbij) thuis en is het zeer belangrijk dat mensen een passende woning in een geschikte leefomgeving hebben dan wel kunnen vinden. Zoals ook toegezegd tijdens het debat ontvangt u hierover een aparte brief met mijn aanpak. Een andere groep ouderen is aangewezen op een plek in het verpleeghuis. Daar zien we dat de groei van de zorgvraag de groei van het aanbod overtreft en de wachtlijsten het afgelopen jaar zijn toegenomen. In deze brief – die ik heb toegezegd naar aanleiding van vragen van onder andere de leden Bergkamp en Ellemeet – beschrijf ik mijn korte termijn aanpak van de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg.

De belangrijkste aanvullende acties zijn:

- De NZa heeft vanwege de extra groei van de uitgaven in de Wlz een addendum uitgebracht op het augustusadvies over het Wlz-kader. Via de definitieve kaderbrief Wlz 2020 heb ik voor 2019 € 250 miljoen extra beschikbaar gesteld, waarvan 190 miljoen structureel en € 60 miljoen incidenteel. De structurele verhoging met € 190 miljoen is gebaseerd op het NZa-advies. Daar bovenop heb ik incidenteel voor 2019 nog € 60 miljoen extra beschikbaar gesteld. Voldoende ruimte in het systeem zorgt ervoor dat zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven leveren en bekostigen.

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 437

Dit vind ik van cruciaal belang in een tijd waarin we voor een belangrijke opgave staan ten aanzien van het tegengaan van wachtlijsten. Voor 2020 heb ik voorts van de gereserveerde herverdelingsmiddelen à € 200 miljoen bij aanvang al direct € 130 miljoen beschikbaar gesteld om onzekerheid over het budget 2020 te beperken. Ik heb zorgkantoren met klem verzocht om dit extra budget te gebruiken om de wachtlijsten aan te pakken.

- Met de NZa en de zorgkantoren verken ik hoe de totstandkoming van het financiële kader voor de Wlz en de manier waarop het budget via zorgkantoren aan aanbieders beschikbaar wordt gesteld, moet worden aangepast om meer financiële zekerheid te bieden. Voldoende zekerheid is nodig om meer ouderen in zorg te nemen, strategisch personeelsbeleid te voeren en/of noodzakelijke uitbreidingsinvesteringen te doen. Ook zal ik laten onderzoeken wat de oorzaken zijn van de groeiende vraag naar verpleeghuiszorg in het afgelopen jaar en welke maatregelen kunnen worden genomen.
- Ik wil meer inzicht in de groep niet-actief wachtenden. Zorgkantoren brengen zelf – in overleg met cliënten – al een onderscheid aan binnen deze categorie. Met de zorgkantoren heb ik afgesproken dat zij een voorstel doen hoe zij een nog scherper beeld kunnen krijgen van de groep niet-actief wachtenden en wat hun beweegredenen zijn. Dit moet zowel een regionaal als landelijk beeld geven van de aard en omvang van het wachtlijstvraagstuk.
- De NZa versterkt haar toezicht op de zorgkantoren waar het gaat om het nakomen van hun zorgplicht en de aanpak van de wachtlijsten.
- Ik zet mijn inspanningen gericht op werving, opleiding en behoud van personeel voor de zorg voort. In november van dit jaar zal in de voortgangsrapportage «Thuis in het Verpleeghuis» meer uitgebreid op de personele uitdagingen worden ingegaan.
- Ik bespreek met zorgkantoren hoe meer bekendheid te geven aan de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt) en modulair pakket thuis (mpt) en welke partijen daarbij te betrekken². Hiermee geef ik invulling aan de motie van het lid Bergkamp³.

Wat is de kern van de analyse?

In de jaren 2015–2018 is het aantal cliënten met een uitstaande indicatie voor de zorgprofielen VV 4 t/m VV 10 met ongeveer 4% per jaar gegroeid. Deze groei was groter dan op basis van demografische gegevens verwacht werd. Het aantal 80-plussers is in dezelfde periode bijvoorbeeld met ruim 2% per jaar gegroeid. De groei van het aanbod van verpleeghuiszorg is in deze periode lager geweest dan de groei van het aantal indicaties. Met name het afgelopen jaar zijn ook de wachtlijsten toegenomen.

De regie op voldoende verpleeghuiszorgcapaciteit ligt eerst en vooral in de regio. Zorgkantoren en zorgaanbieders moeten er in samenwerking met gemeenten (in verband met mogelijke aanpassing van bestemmingsplannen) voor zorgen dat er genoeg capaciteit beschikbaar is. Zorgkantoren hebben op basis van de Wlz zorgplicht. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgkantoren. Om deze zorgplicht uit te voeren sluiten zorgkantoren contracten met de zorgaanbieders in de regio. In deze contracten worden ook afspraken gemaakt over de omvang van de zorg. Zowel zorgaanbieders als zorgkantoren kijken vooruit. Op basis van ervaringen uit het verleden en inschattingen van de ontwikkeling van de vraag schatten zij de benodigde capaciteit in.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Kamerstuk 31 765, nr. 440

De verantwoordelijkheidsverdeling zoals hiervoor omschreven heeft de afgelopen jaren tot voldoende capaciteit en beheerste wachtlijsten geleid. Dat de wachtlijsten het afgelopen jaar toenemen is voor mij geen reden om deze rolverdeling los te laten, maar wel om uit te zoeken waar knelpunten ontstaan die we op kunnen lossen en hoe we de bestaande werkwijze kunnen versterken.

Ontwikkeling van de wachtlijsten

In mijn brief van 23 september jl. heb ik een overzicht gegeven van de wachtlijstcijfers per 1 april van de jaren 2017 t/m 2019 om daarmee de ontwikkeling te schetsen. In onderstaande tabel is dit beeld geactualiseerd met wachtlijstcijfers per 1 september 2019.

Het aantal wachtenden dat langer dan de Treeknorm wacht is toegenomen. Ook het aantal actief wachtenden dat korter dan de Treeknorm wacht is toegenomen. Om een en ander ook in perspectief te plaatsen: het totaal aantal actief wachtenden (zowel korter als langer dan de Treeknorm) vormt ongeveer 1% van het aantal cliënten met een indicatie voor verpleeghuiszorg.

De toename van het aantal actief wachtenden dat korter wacht dan de Treeknorm geeft aan dat er een toenemend beroep wordt gedaan op actieve bemiddeling door zorgkantoren om een passende plek te vinden. Ook het aantal niet-actief wachtenden is gegroeid. Weliswaar is de groep niet-actief wachtenden divers, ook in de mate van urgentie, maar zij kunnen wel van de ene op de andere dag urgent worden (bijvoorbeeld als een mantelzorger uitvalt) en dan moet er ook een plek gevonden kunnen worden. Zowel de actief als de niet-actief wachtenden zonder zorg vanuit de Wlz ontvangen wel zorg, maar veelal nog vanuit andere domeinen (Zvw en Wmo) en/of mantelzorg.

Peildatum (sector V&V)	1-4-17	1-4-18	1-4-19	1-9-19
Actief wachtend > Treeknorm	41	73	179	247
Waarvan zonder zorg uit Wlz	25	38	31	56
Waarvan met zorg uit Wlz	16	35	148	191
Actief wachtend < Treeknorm	421	880	1.144	1.464
Niet actief wachtend	8.683	10.583	14.398	16.156
Waarvan zonder zorg uit Wlz	1.446	1.483	990	1.150
Waarvan met zorg uit Wlz	7.237	9.100	13.408	15.006
Totaal aantal wachtenden	9.145	11.536	15.721	17.867

Oorzaken van de groei van de wachtlijsten

Aan de groei van de wachtlijsten kan een complex aan factoren ten grondslag liggen, waarin ook weer regionaal verschillen kunnen zijn. Zo kan de vraag naar Wlz-zorg worden beïnvloed door:

- wat thuis nog mogelijk is met mantelzorg, ondersteuning op grond van de Wmo en wijkverpleging;
- de gemiddelde verblijfsduur binnen een instelling en binnen de Wlz;
- de (positieve) ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg als gevolg van het implementeren van het kwaliteitskader;
- aanpassing van werkprocessen bij het CIZ waardoor mensen sneller een indicatie kunnen krijgen wat een (tijdelijk) grotere instroom van cliënten in de Wlz tot gevolg kan hebben;
- onderliggend kunnen ook maatschappelijke tendensen een bijdrage leveren aan de groeiende wachtlijsten, bijvoorbeeld de lage werkloos-

heid waardoor het mantelzorgpotentieel kleiner is of de voorkeur van mensen om zorg vanuit Zvw/Wmo of vanuit de Wlz te ontvangen.

De groei van het aantal indicaties die het afgelopen jaar hoger bleek dan op grond van demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden is voor mij aanleiding om onderzoek te starten naar de oorzaken van deze groei. Wat ook ten grondslag ligt aan de groei van het aantal indicaties, dit zijn allen mensen van wie het CIZ onafhankelijk heeft vastgesteld dat ze in aanmerking komen voor verpleeghuiszorg.

Het aanbod van verpleeghuiszorg groeide minder snel dan het aantal indicaties. Ook hier zie ik – mede op basis van de gesprekken die ik voer en de signalen die ik krijg – een complex aan relevante factoren:

- Onzekerheid over de vergoeding van de geleverde zorg (onzekerheid over de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen);
- Een tekort aan personeel om zorg te kunnen verlenen;
- Een tekort aan fysieke plaatsen (vastgoed) waar zorg kan worden verleend. Daarbij kan het gaan om reguliere intramurale capaciteit en alternatieven op basis van het «scheiden van wonen en zorg» via vpt, mpt en pgb.

Een door de vergrijzing toenemende vraag naar verpleeghuiszorg, krapte op de arbeidsmarkt (in de zorg, maar ook daarbuiten) en spanning op de (woning)bouwmarkt, maken dat we in Nederland ook voor de (middel-)lange termijn voor een forse opdracht staan. In december van dit jaar kom ik met een brief waarin – op basis van onderzoek van TNO, RIVM, CBS rekening houdend met demografische factoren – de bouwopgave voor de komende 5 tot 20 jaar zowel landelijk als regionaal in kaart wordt gebracht. In deze brief zal ik ook schetsen welke aanpak voor de komende jaren mij voor ogen staat. Ten slotte raakt deze thematiek ook aan het bredere vraagstuk van een goede organiseerbaarheid van de zorg op de langere termijn, met de juiste prikkels, sturing en toezicht. In de beleidsagenda van de ontwerpbegroting is aangegeven dat u hierover voor de zomer van 2020 een contourennota ontvangt.

Wat ga ik op korte termijn extra doen om de wachtlijsten aan te pakken?

1. Financieel

Het is mijn verantwoordelijkheid om voldoende middelen beschikbaar te stellen om de toegankelijkheid van de zorg voor burgers te borgen. Ik geef ik hier invulling aan door voorafgaand aan het betreffende jaar de omvang van het budgettair Wlz-kader kenbaar te maken in de definitieve kaderbrief Wlz. Van dit budgettair kader reserveer ik bij aanvang van het jaar circa 1% als herverdelingsmiddelen. De NZa adviseert mij in mei en augustus over de inzet van deze herverdelingsmiddelen en de toereikendheid van het Wlz-kader.

De NZa heeft mij in haar mei-advies over het Wlz-kader 2019 geadviseerd de volledige herverdelingsmiddelen à € 200 miljoen in te zetten. Daarnaast stelde zij dat er € 210 miljoen extra nodig is om de verwachte zorguitgaven te kunnen bekostigen en € 60 miljoen om het contracteerproces soepel te laten verlopen (de manoeuvreerruimte). In de voorlopige kaderbrief Wlz 2020⁴, heb ik kenbaar gemaakt het Wlz-kader 2019 per direct met € 410 miljoen te verhogen en een bedrag van € 60 miljoen te reserveren als manoeuvreerruimte op landelijk niveau. Ik heb de NZa daarbij gevraagd mij via het augustusadvies te adviseren over de inzet

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 253

van deze manoeuvreerruimte, teneinde deze middelen gericht te kunnen inzetten bij de definitieve kaderbrief Wlz 2020. Inmiddels heeft de NZa haar augustus-advies gepubliceerd en aangevuld met een addendum d.d. 4 oktober. De reden voor het addendum was dat de NZa signaleerde dat de declaratiecijfers sinds het augustus-advies een extra stijging lieten zien. Op grond van het augustusadvies en het bijbehorende addendum heb ik de gereserveerde manoeuvreerruimte van € 60 miljoen structureel beschikbaar gesteld en het budgettaire kader voor 2019 met structureel € 130 miljoen verhoogd. Het beschikbare Wlz-kader is daarmee vanaf 2019 met structureel € 190 miljoen verhoogd. Daarnaast heb ik het Wlz-kader voor 2019 met een extra incidenteel bedrag van € 60 miljoen verhoogd. Met dit extra bedrag wil ik ervoor zorgen dat er voldoende ruimte in het systeem beschikbaar is en dat zorgkantoren en zorgaanbieders het vertrouwen voelen de benodigde zorg te blijven leveren en bekostigen. Dit vind ik van cruciaal belang in een tijd waarin we voor een belangrijke opgave staan ten aanzien van het tegengaan van wachtlijsten. In de definitieve kaderbrief Wlz 2020, die ik recent naar uw Kamer heb gestuurd, is het Wlz-kader voor 2019 dus in totaal met € 250 miljoen verhoogd (€ 190 miljoen structureel + € 60 miljoen incidenteel). In totaal heb ik gedurende het jaar dus € 660 miljoen toegevoegd aan het beschikbare Wlz-kader 2019 (€ 410 miljoen bij de voorlopige kaderbrief en € 250 miljoen bij de definitieve kaderbrief), waarvan € 600 miljoen structureel en € 60 miljoen incidenteel.

Voor 2020 heb ik besloten om ook voorafgaand aan het jaar reeds meer zekerheid te bieden over de beschikbare middelen. Ik heb daartoe van de gereserveerde herverdelingsmiddelen à € 200 miljoen bij aanvang reeds € 130 miljoen beschikbaar gesteld. Ik verwacht dat de mogelijke terughoudendheid van zorgkantoren om volume- afspraken uit te breiden hiermee van de baan is. Zo kunnen deze extra middelen en de vroeg geboden zekerheid over de inzet van de herverdelingsmiddelen in 2020 een belangrijke bijdrage leveren aan de aanpak van de wachtlijsten.

Onderstaande tabel geeft de groeiruimte weer die ik voorafgaand aan de jaren 2018 en 2019 beschikbaar heb gesteld (regel 1). Vervolgens zijn er jaarlijks extra middelen toegevoegd op grond van de adviezen van de NZa. Naast de inzet van de gereserveerde herverdelingsmiddelen betreft dit ook de inzet van extra middelen (gedekt binnen het Uitgavenplafond Zorg). De totale toegekende groeiruimte komt daarmee in 2018 uit op € 350 miljoen en in 2019 op € 950 miljoen. Dat komt overeen met 1,7% respectievelijk 4,6% van het Wlz-kader. Het gemiddelde hiervan ligt in lijn met de verwachte volumegroei uit de middellangetermijnraming van het CPB.

bedragen in miljoenen euro		2018	2019
1	Bij aanvang beschikbare groeiruimte in definitieve kaderbrief Wlz	210	290
2	Inzet extra middelen o.b.v. mei-advies NZa	130	410
3	Inzet extra middelen o.b.v. augustusadvies en addendum	0	250
4	Verhoging kader 2018 met terugwerkende kracht	10	
5	Totaal groeiruimte	350	950
6	Groeiruimte in % Wlz-kader t-1	1,7%	4,6%

Het proces waarmee het kader gaandeweg het jaar tot stand komt (en wordt opgehoogd) brengt onzekerheid in het veld met zich mee over de vergoeding van de geleverde zorg. Het beschikbaar kader aan het eind van het jaar is steeds toereikend om de geleverde productie te betalen, maar gedurende het jaar is hierover veel onduidelijkheid. Dit is onwen-

selijk in een tijd waarin we voor een belangrijke opgave staan ten aanzien van de beschikbaarheid van voldoende personeel en vastgoed en het tegengaan van wachtlijsten. Om die reden verken ik met de NZa en de zorgkantoren met welke aanpassingen in het proces deze onzekerheid verminderd kan worden. Doel is dat de betrokken partijen voldoende vertrouwen voelen om te investeren in het juiste aantal plekken.

Als belangrijke oorzaak van de stijging van de uitgaven in de Wlz noemt de NZa de relatief grote stijging van het aantal Wlz-indicaties, en dan met name in de V&V. Dit betekent dat aanbieders in deze sector voor twee opgaven staan.

- Enerzijds moeten zij extra zorgpersoneel aannemen voor hun huidige cliënten om te kunnen toegroeien naar het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
- Anderzijds moeten zij extra personeel (en capaciteit) aantrekken om de instroom van extra Wlz-cliënten op te kunnen vangen.

Het is belangrijk dat voor beide opgaven voldoende middelen beschikbaar zijn. Zoals ik heb aangegeven in tweede voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis⁵ verhoog ik het kwaliteitsbudget in 2020 van € 600 miljoen naar € 1.100 miljoen. Daarmee kunnen de zorgaanbieders belangrijke vervolgstappen zetten met de verdere implementatie van het kwaliteitskader. Daarnaast heb ik € 200 miljoen uit de gereserveerde middelen voor de aanzuigende werking van het Kwaliteitskader aan de contracteerruimte toegevoegd. Deze middelen kunnen de aanbieders inzetten voor de zorgverlening aan de extra instroom van Wlz-cliënten. Ook in de komende periode zal ik deze afweging blijven maken. Daarvoor zal ik ook nadere informatie verzamelen over de oorzaken van de stijging van de indicaties en de uitgaven.

2. Wachtlijsten

Ik ben in gesprek met de zorgkantoren en de NZa over de acties die op korte termijn nodig zijn om de wachtlijsten te verkleinen. Zorgkantoren nemen hun zorgplicht serieus en willen zo goed als mogelijk invulling geven aan de behoeften van wachtenden.

De zorgbemiddeling in de praktijk

Zorgkantoren nemen met alle cliënten die voor het eerst een Wlz-indicatie hebben gekregen contact op. De bemiddelingstaak van zorgkantoren is voor niet-actief wachtenden anders dan voor actief wachtenden. Een deel van de cliënten geeft aan dat actieve bemiddeling nodig is; zorgkantoren gaan dan actief op zoek naar een geschikte plek. Maar een groot aantal mensen heeft geen behoefte aan actieve bemiddeling. Zij hebben wel een aanbod ontvangen, maar maken daar (nog) geen gebruik van.

Om proactief te kunnen acteren zijn zorgkantoren afhankelijk van andere partijen in het zorgproces, die dagelijks contact hebben met de cliënt: de huisarts, de wijkverpleegkundige, de transferverpleegkundige, de Wmo-consulent, regionale coördinatiefuncties, of andere verwijzers. Zij hebben een signaleringsfunctie en kunnen aan het zorgkantoor doorgeven dat bemiddeling nodig is. Het gaat erom dat partijen uit het zorgnetwerk rondom de cliënt elkaar goed weten te vinden, goed communiceren en relevante informatie met elkaar delen. Dat bevordert mijns inziens de doorstroom van de cliënt naar een geschikte plaats, waardoor wachttijden worden gereduceerd. Ook zal het dan minder vaak voorkomen dat mensen op de verkeerde plaats zorg krijgen.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 411

Navolgend een beeld van wat de zorgkantoren doen voor de niet-actief wachtenden:

Wat zorgkantoren doen bij niet-actief wachtenden

Zorgkantoren nemen periodiek contact op met de niet-actief wachtenden en spreken af wie het initiatief neemt voor het volgende contact. Meestal belt het zorgkantoor terug en soms ligt het initiatief bij de cliënt. Meestal komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Afspraken over wie initiatief neemt om contact op te nemen;
- Toelichting rol van het Zorgkantoor en de Zorgaanbieder met betrekking tot rechten en plichten;
- Uitvraag situatie van de cliënt: is de huidige zorg passend, verantwoord en naar wens? Hoe ziet de sociale context eruit? Hoe gaat het met de mantelzorger, wat zijn redenen om te wachten? Is voor de cliënt helder wat niet-actief wachtend inhoudt? Hoe is het contact met de zorgaanbieder? Hoe is de zelfredzaamheid van de klant? Waar kunnen we ondersteunen en wat is de urgentie?
- Vervolgacties en afspraken om bij een verandering van de situatie de klant goed in beeld te houden.

In gemiddeld 30% van de gesprekken met klanten is een follow up ingezet om de situatie van de klant en/of mantelzorger te verbeteren, voorbeelden zijn:

- Versnelde opname in gang zetten;
- Extra thuiszorg regelen;
- Indicatie volledig benutten (wijzen op mogelijkheden);
- Adviseren om dagbesteding in te zetten om meer vrije tijd te creëren voor de mantelzorger;
- Op verantwoordelijkheden wijzen dossierhouders (voorbeeld logeeropvang);
- Afspraak maken met onafhankelijke cliëntenondersteuning;
- Verwijzen naar mantelzorgwegwijzer online;
- Actief bemiddelen in verschillende regio's.

Niet alleen de cliënt, maar ook de omgeving van de cliënt kan bij het zorgkantoor aangeven dat er veranderingen zijn opgetreden in de zorgbehoefte en wensen van de cliënt.

Daarnaast informeren zorgkantoren de zorgaanbieders d.m.v. regiobijeenkomsten over gezamenlijke verantwoordelijkheden m.b.t de wachtenden.

Er kunnen uiteenlopende redenen zijn waarom cliënten geen actieve bemiddeling wensen, bijvoorbeeld: de aangeboden plaats voldoet niet aan de (specifieke) voorkeur van de cliënt, de cliënt heeft nog geen wens om te verhuizen naar een instelling of er is (nog) geen sprake van een urgente situatie. Sommige cliënten hebben heel specifieke behoeften, waardoor het vinden van een geschikte plaats moeilijk wordt. Kortom: binnen de categorie niet-actief wachtenden zit een grote mate van variëteit. Gezien de uiteenlopende redenen is het van belang dat zorgkantoren maatwerk kunnen bieden voor deze doelgroep.

Meer inzicht in de doelgroep

Gezien de toename van de wachtlijsten en de uiteenlopende redenen om niet te kiezen voor actieve bemiddeling vind ik het belangrijk om meer inzicht te verkrijgen in de doelgroep niet-actief wachtenden. Ik heb de zorgkantoren daarom gevraagd een nader onderscheid aan te brengen in

de doelgroep niet-actief wachtenden zodat meer inzicht kan worden verkregen in de redenen waarom zij als niet-actief wachtend geregistreerd staan. Gezien de grote variëteit in deze doelgroep en de subjectiviteit van de informatie zal het lastig zijn om dit in één sluitende registratie te realiseren. Daarom overleg ik met de zorgkantoren over de manier waarop dit inzicht (zowel landelijk als regionaal) het beste kan worden vormgegeven.

3. Gericht toezicht door de NZa

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige besteding van de middelen die gebruikt worden in de langdurige zorg. De zorgkantoren hebben de taak toegang tot die zorg te realiseren. Zij zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop en de cliëntondersteuning en moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg. Dit betekent dat zij binnen de kaders van wet- en regelgeving moeten blijven en de doelmatigheid van de zorg moeten borgen (zorg in een optimale balans van kosten en resultaat). Uit het NZa-rapport Doelmatige zorg in de Wlz (november 2016) blijkt dat zorgkantoren op veel verschillende manieren doelmatige zorg proberen te bevorderen.

De NZa herkent het beeld dat ik heb geschetst in mijn brief van 23 september jl. en onderkent daarbij dat de zorgkantoren voor een complexe opgave staan. De NZa zal de zorgkantoren vragen initiatieven te ontplooiën om, bij geborgde kwaliteit, meer cliënten te bemiddelen met het beschikbare regiobudget o.a. door het stimuleren van alternatieve leveringsvormen (vpt en mpt) en het stimuleren van samenwerking met gemeenten.

Voor wat betreft de uitvoering van de zorgplicht jegens de cliënten hanteert de NZa in haar toezicht het normenkader dat het zorgkantoor met alle wachtenden (actief- en niet-actief wachtenden) in contact staan, van de cliënt weet wat zijn noden en wensen zijn, weet of de situatie waarin de cliënt verkeert, verantwoord is en zich voldoende inspant om de cliënt naar de meest passende plek te bemiddelen. De NZa heeft het afgelopen jaar een positief beeld gekregen wat betreft de contacten van het zorgkantoor met cliënten, inclusief de categorie niet-actief wachtenden, maar ziet ook nog verbeterpunten.

In het Samenvattend rapport 2018/2019 over het toezicht op de Wlz-uitvoerders bij de uitvoering van de Wlz zal de NZa dieper in gaan op haar bevindingen omtrent de inzet van de zorgkantoren en op de aanvullende stappen die de zorgkantoren kunnen nemen zowel wat betreft het contact met cliënten als het sturen op doelmatige zorginkoop.

4. Personeel

De noodzakelijke investeringen om zorgaanbieders in staat te stellen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te voldoen, hebben tot gevolg dat er in de periode 2018–2021 70.000 extra mensen (43.000 fte) bij moeten komen. Een deel daarvan (10.000 mensen, 6.000 fte) is bedoeld om de aanzuigende werking (extra volume) van de kwaliteitsimpuls op te vangen. Dit komt bovenop de geraamde volumegroei van 2,5% per jaar, in vier jaar derhalve 26.000 extra personeel (16.000 fte). De investeringen in kwaliteit én volume vragen dus om een jaarlijkse groei van 22.500 werkenden (14.000 fte). Nu de volumegroei op dit moment nog hoger blijkt te zijn, wordt de personele opgave alleen maar forser.

Op vele manieren gaan de verpleeghuizen deze uitdaging voor extra personeel aan. Vanuit VWS worden ze daarbij op verschillende manieren ondersteund. De basis voor het arbeidsmarktbeleid is het actieprogramma «Werken in de Zorg». Met dit zorgbrede programma wordt ingezet op

meer instroom in de zorg, beter opleiden en anders werken. Daartoe wordt in iedere regio het Regionale Actieplan Aanpak Tekorten ondersteund, wordt met de «Ik Zorg»-campagne een goed beeld van het werken in de zorg voor het voetlicht gebracht en worden met Sectorplan Plus, het stagefonds Zorg en de beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgopleidingen de instroom van deskundige zorgverleners gestimuleerd.

Naast dit zorgbrede actieprogramma wordt met «Waardigheid en Trots in de Regio» specifiek voor de verpleeghuissector – juist vanwege de grote personele uitdaging aldaar – ingezet op aanvullende trajecten. Dit vindt plaats in nauw overleg tussen de zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarbij gaat het onder andere om bevordering van het praktijkleren, het beperken van de uitstroom, terugdringing van het ziekteverzuim en de inzet van technologie die de zorgverleners ondersteunt bij het primaire proces.

De inspanningen die de verpleeghuizen plegen om de personele uitdaging aan te gaan zijn groot. De toename van het personeel is navenant groot. In de tweede voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis is aangegeven dat in 2017–2018 het aantal werknemers in de verpleeghuiszorg is gestegen met 18.000 (10.000 fte). Met hun kwaliteitsplannen voor 2019 zetten de zorgaanbieders in op aanvullend 16.000 extra werkenden (10.000 fte) voor een betere kwaliteit, naast het accommoderen van de volumegroei. De eerste resultaten voor 2019 geven aan dat de zorgaanbieders, ondanks de krapte op de arbeidsmarkt, flinke progressie maken bij het aantrekken van extra personeel. In de derde voortgangsrapportage van het programma «Thuis in het Verpleeghuis», die in november aan uw Kamer wordt gezonden, zal meer uitgebreid worden ingegaan op het realiseren van de personele uitdaging. Gerealiseerd moet worden dat het geen eenvoudige opgave is, ook vanwege de huidige krappe arbeidsmarkt. Het is niet vandaag of morgen allemaal gerealiseerd.

5. Beschikbaarheid van vastgoed

Sinds het loslaten van de landelijke aanbodsturing in 2009 is er geen systematische registratie van de intramurale capaciteit van verpleeghuizen. Het is daarom niet bekend wat (de ontwikkeling van) het aantal beschikbare plekken is. In mijn brief van 23 september jl. heb ik wel een benadering opgenomen van het aantal instellingsplekken dat het gehele jaar bezet is. In december zal ik meer inzicht kunnen bieden in de benodigde capaciteitsontwikkeling voor de komende 5 tot 20 jaar op regionaal, gemeentelijk en zelfs op wijkniveau. Door prospectieve regiobeelden beschikbaar te stellen kan het zorgkantoor worden geholpen de juiste acties te ondernemen. In de brief over *langer thuis wonen* informeer ik u over een bredere openstelling van de Stimuleringsregeling wonen en zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie.

Stimuleren van de leveringsvormen vpt en mpt

De groei van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie is in de afgelopen jaren vooral opgevangen buiten de reguliere instellingen. Een groeiend deel van de cliënten ontvangt zorg op basis van het scheiden van wonen en zorg via een vpt, mpt en pgb. De afgelopen jaren hebben deze leveringsvormen een forse groei doorgemaakt. Het vpt is bijna verdubbeld tussen 2015 en 2018 (van 3.862 naar 7.523 cliënten). Het pgb is in dezelfde periode gegroeid met 59% (van 5.800 naar 9.200 cliënten). In de periode 1-1-2017 t/m 1-1-2019 is het aantal cliënten met 24% gestegen (van 6.169 naar 7.644 cliënten).

Voor de toekomst verwacht ik dat we een verdere groei van deze leveringsvormen nodig hebben om de zorgvraag bij te kunnen benen. Om invulling te geven aan de motie Bergkamp⁶ heb ik overlegd met de zorgkantoren hoe de bekendheid van deze leveringsvormen verder vergroot kan worden en welke partijen daarbij een rol kunnen spelen. Daarbij is mij gebleken dat zorgkantoren al veel doen om de bekendheid van deze leveringsvormen te vergroten. Zorgkantoren brengen aanbieders met elkaar in contact rondom goede voorbeelden van het vpt (zoals bijvoorbeeld Meander). Zorgkantoren scholen/informereren huisartsen en wijkverpleegkundigen over de leveringsvormen in de Wlz. Daarnaast informeren de zorgkantoren gemeenten, cliëntenraden, Wmo-raden, patiënten belangenorganisaties over de verschillende leveringsvormen binnen de WLZ.

Zorgkantoren informeren Wlz-clienten over de mogelijkheden van mpt/vpt, bijvoorbeeld door een bezoek aan Alzheimercafés en het geven van presentaties. Zorgkantoren geven daarnaast informatie via folders, website en spreekuren. Een voorbeeld van de digitale informatie over de leveringsvoorwaarden is als bijlage bij deze brief gevoegd. Meer informatie is bijvoorbeeld te vinden op <https://www.vgz-zorgkantoren.nl/consumenten/formulieren-en-brochures>. Ook het Zorginstituut Nederland geeft informatie over de leveringsvormen binnen de Wlz op <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg//leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz/documenten/brochure/2019/03/21/hoe-wilt-u-uw-zorg-in-2019-geleverd-hebben-in-de-wet-langdurige-zorg>. Op de website van het ClZ wordt verwezen naar de informatie van het Zorginstituut.

Op <https://www.informatielangdurigezorg.nl/soorten-zorg/> geef ik ook informatie over de leveringsvormen binnen de Wlz. Gelet op de activiteiten die zorgkantoren al ontplooiën en de groei van het gebruik van deze leveringsvormen verwacht ik dat reeds invulling wordt gegeven aan de hiervoor genoemde motie van mevrouw Bergkamp.

6. Overige punten

Regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf

Op verzoek van mijn ambtsvoorganger hebben zorgverzekeraars de regio genomen om, in overleg met zorgaanbieders, te komen tot een landelijk netwerk van regionale coördinatiefuncties. Het doel is huisartsen en ziekenhuizen te ondersteunen in het vinden van een geschikte plek tijdelijke verblijfplek voor mensen die op dat moment nog niet of even niet thuis kunnen zijn. Sinds april 2018 is het netwerk landelijk dekkend met 43 regionale coördinatiefuncties in 31 zorgkantorregio's. Het gaat met name om eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg, steeds vaker ook Wlz-crisiszorg en in sommige gevallen inmiddels ook Wmo-spoedzorg. De coördinatiefuncties zijn ondersteunend aan zorgprofessionals en zorgaanbieders, ze leveren geen directe zorg aan mensen en hebben zelf geen bedden beschikbaar. Een deel van de mensen (ruim een kwart) gaat via een tijdelijk verblijfplek naar een reguliere Wlz-plek. Het tempo waarmee mensen vanuit een tijdelijk verblijfplek kunnen verhuizen naar een reguliere Wlz-plek is een maatstaf voor de beschikbaarheid van voldoende reguliere Wlz-capaciteit.

Regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf hebben geen zicht op de beschikbare reguliere Wlz-capaciteit in de Wlz-instellingen en coördineren die capaciteit ook niet. Dat doen de zorgkantoren. Coördinatiefuncties moeten kennis van en inzicht vergroten in beschikbare capaciteit van de zorgvormen tijdelijk verblijf. Coördinatiefuncties kunnen mogelijk op basis

⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 440

van hun inzicht in de beschikbaarheid van tijdelijk verblijf en de tijd die het kost om een juiste (vervolg zorg)plek te vinden wel signaleren of doorstroom naar de reguliere Wlz goed verloopt en hiermee of er voldoende capaciteit in de Wlz is.

Structureel overleg tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en regionale coördinatiefuncties kan helpen om het inzicht in de benodigde Wlz-capaciteit en het tempo waarop mensen op de juiste plek terecht komen te vergroten. Ik zal de zorgkantoren vragen hierover in overleg te gaan met de regionale coördinatiefuncties. Hoewel de bekostiging op basis van de Zvw op dit moment is geregeld, is het op dit moment nog lastig voor zorgkantoren om een bijdrage te leveren aan de bekostiging van de regionale coördinatiefuncties. Ik wil daarom met de zorgkantoren verkennen welke belemmeringen er in de bekostiging zijn, parallel met andere niet-patiëntgebonden diensten in de zorg in zowel Zvw als Wmo.

Ongelabelde bedden voor tijdelijk verblijf

Tijdens het debat van 25 september heb ik toegezegd om te kijken wat mogelijkheden zijn om «ongelabelde bedden voor tijdelijk verblijf» te realiseren. Soms is de situatie zo dat het wel duidelijk is dat een cliënt opgenomen moet worden, maar is het niet gelijk duidelijk onder welk zorgstelsel de zorg valt. Het goede nieuws is dat er nu al initiatieven zijn die dit doen. Eind september⁷ heb ik uw Kamer, in reactie op de motie van de leden Renkema en Ellemeet⁸, een inventarisatie gestuurd met 31 initiatieven die al werken met één ingang voor ongepland (tijdelijk) verblijf. Belangrijk daarbij is wel dat er een goede doorstroom is vanuit dit soort plekken naar vervolgzorg om te voorkomen dat deze «ongelabelde bedden» te lang bezet worden gehouden. Ik ga op basis van deze inventarisatie in gesprek met de relevante partijen (zowel zorgaanbieders als zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten) om te kijken wat gewenste oplossingsrichtingen zijn om zowel op korte als op langere termijn een soepele overgang naar ongepland (tijdelijk) verblijf goed te organiseren. Ook ga ik kijken of deze verschillende regelingen onderling beter kunnen worden gestroomlijnd. Zo heb ik de NZa reeds gevraagd om de bekostiging van de Wlz-crisis zorg en die van

het eerstelijnsverblijf op elkaar aan te laten sluiten vanaf 2021. Tot slot wil ik ervoor zorgen dat deze initiatieven en andere zorgorganisaties en financiers die hiermee willen beginnen van elkaar kunnen leren.

Aanbod van ZZP VV 4

Tijdens het debat van 25 september jl. heb ik toegezegd in te gaan op het signaal dat cliënten met ZZP VV4 geen toegang meer krijgen in een instelling. Het aantal cliënten dat met VV4 in een instelling verblijft, is tamelijk stabiel (ongeveer 24.000) tussen 2015 en 2018. Wel is het zo dat er (in relatie tot het aantal mensen in een instelling) relatief veel mensen met VV4 op de wachtlijst staan. Van het aantal niet-actief wachtenden heeft ongeveer 33 tot 35% een indicatie voor VV4, terwijl het aandeel van VV4 in het aantal cliënten binnen een instelling ongeveer 20% is. Een deel van de verklaring kan liggen in het feit dat VV4 een diverse doelgroep is. Voor een deel van deze cliënten met een indicatie voor ZZP VV4 is het verpleeghuis geen aantrekkelijk alternatief omdat zij zich daarvoor eigenlijk «net te goed» voelen. Zij zijn langer dan andere cliëntengroepen in staat om met zorg en ondersteuning nog thuis te blijven en te wachten op een plek van hun voorkeur. Door een nader onderscheid te maken in

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 436

⁸ Kamerstuk 34 948, nr. 5

de wachtlijsten krijgen zorgkantoren meer inzicht in de onderliggende oorzaken dat mensen met een VV4 indicatie op de wachtlijst staan en of deze oorzaken gelegen zijn in het gebrek aan aanbod of een bewuste keuze van de mensen zelf.

Tot slot

Deze brief beschrijft de complexiteit van het wachtlijstvraagstuk, het nut daar beter inzicht in te krijgen en de noodzaak daarin samen met andere partijen – ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid – op te trekken. Ik blijf me de komende periode inzetten om de groei van de wachtlijsten aan te pakken, op basis van een combinatie van beter inzicht en gerichte actie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge