

Vergaderjaar 2016–2017

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 273

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2017

In het verlengde van mijn brief van 31 maart 2017 over de NZa impact-analyse¹ wil ik u nader informeren over de juridische en budgettaire consequenties van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg².

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend

Het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heeft vastgesteld en in het openbaar register heeft ingeschreven, is sinds 13 januari 2017 van kracht. De Kwaliteitsraad³ heeft op verzoek van het Zorginstituut het kwaliteitskader verpleeghuiszorg opgesteld⁴. Dit betekent dat het Zorginstituut gebruik heeft gemaakt van zijn doorzettingsmacht. Het laten opstellen van, het vaststellen en het inschrijven in het openbaar register van kwaliteitsstandaarden behoort tot de taken en bevoegdheden van het Zorginstituut. Het voldoen aan de toepasselijke kwaliteitsstandaarden kwaliteitskader verpleeghuiszorg maakt onderdeel uit van de verplichting voor een zorgaanbieder op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) om goede zorg te bieden⁵. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt hierop toezicht.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft door de inschrijving door het Zorginstituut in het openbaar register de status van kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee juridisch geborgd en bindend. Dit is conform

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 266.

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>.

³ De Kwaliteitsraad bestaat nu uit negen leden die op persoonlijke titel zijn benoemd vanuit de volle breedte van het zorgveld: langdurige zorg, ouderenzorg, ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleegkundige zorg.

⁴ Artikel 66c,, derde lid, en artikel 66e, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

⁵ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, artikel 2, eerste lid.

hetgeen ik eerder heb aangekondigd in mijn brieven van 16 november 2016 en 13 januari 2017⁶. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bevat normen voor goede zorg en een cliënt heeft recht op deze zorg (artikel 2, eerste lid, van de Wkkgz). Het kwaliteitskader bevat minimale normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Elke verpleeghuisorganisatie moet daarbij gebruik maken van onderstaande normen.

Box: Personeelsnormen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (bron: Zorginstituut Nederland)

Aandacht, aanwezigheid en toezicht

- Tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar.
- Tijdens de dag en avond is er permanent iemand in de huiskamer of gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden.
- In iedere dagdienst (ook in het weekend) is er per groep iemand aanwezig met de juiste kennis en competenties om separaat van de zorgtaken ook aandacht te besteden aan zingeving/zinnvolle daginvulling van cliënten.
- De zorgverleners die direct in contact zijn met de cliënten kennen hun naam en zijn op de hoogte van hun achtergrond en persoonlijke wensen.

Specifieke kennis, vaardigheden

- Er is altijd iemand aanwezig die met zijn of haar kennis en vaardigheden aansluit bij de (zorg)vragen en (zorg)behoeften van de cliënten en bevoegd en bekwaam is voor de vereiste zorgtaken.
- in iedere locatie voor cliënten 24/7 een BIG geregistreerde verpleegkundige binnen 30 minuten ter plaatse¹.
- Er is in iedere locatie 24/7 een arts bereikbaar en oproepbaar. Deze arts reageert direct en is uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse.
- Er zijn 24/7 aanvullende voorzieningen beschikbaar voor (on)geplande zorg, vragen of toenemende complexiteit zoals: opschalen van personeel (inzetten mobiel team).

Vaststelling van de tarieven door de NZa

De NZa heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) als wettelijke taak om tarieven vast te stellen die dekking bieden voor de redelijkerwijs te maken kosten voor de verlening van zorg op grond van de Wlz. De kosten in verband met het voldoen aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg behoren tot de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening. De tariefregulering van de NZa moet de uitvoering van de toepasselijke kwaliteitsstandaarden mogelijk maken. Dit betekent dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zoals dat nu voorligt – gegeven de huidige Wlz-aanspraken en zorgplicht – leidt tot extra kosten. De middelen zullen toereikend moeten zijn om zorginstellingen in staat te stellen het kwaliteitskader na te leven.

⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 251 en nr. 261.

Raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Impactanalyse NZa

Op 7 december 2016⁷ heb ik u toegezegd om begin 2017 een analyse op te leveren van de financiële impact die de leidraad verantwoorde personeelssamenstelling in de verpleging en verzorging kan hebben. De NZa heeft deze impactanalyse uitgevoerd. Over de uitkomsten hiervan heb ik u via mijn brief van 31 maart geïnformeerd⁸. De NZa heeft in haar impactanalyse van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg drie scenario's ontwikkeld, daarbij gebruik makend van bestaande cijfers, de kennis van experts en de huidige praktijk. Daarbij is uitgegaan van het huidige verzekerde pakket van de Wlz en de huidige wettelijke zorgplicht van Wlz-uitvoerders voor hun verzekerden.

Bij het opstellen van de scenario's heeft de NZa aannames gedaan om de normen uit het kwaliteitskader te vertalen om te komen tot een raming van de meerkosten. De NZa gaat bijvoorbeeld uit van een gemiddeld verpleeghuis met een psychogeriatrische setting, merendeels met een V&V5 indicatie en acht bewoners in een groep. Ook voor wat betreft inzet van personeel heeft de NZa in de scenario's landelijke aannames gedaan. Mede om deze reden plaatst de NZa bij de berekening de kanttekening dat de praktijk op aanbiedersniveau uiteraard gevarieerder is, omdat het effect van het kwaliteitskader afhankelijk is van de visie, de lokale omstandigheden en de bedrijfsvoering.

Zoals aangegeven in mijn brief van 31 maart (Kamerstuk 31 765, nr. 266) gaat scenario 1 uit van de huidige bedrijfsvoering, veronderstelt scenario 2 een hogere productiviteit per medewerker en worden bij scenario 3 de huidige best presterende zorgaanbieders de norm voor alle zorgaanbieders, zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de bedrijfsvoering, overhead en efficiency. In haar scenario 3 concludeert de NZa dat voor de huidige groep cliënten in verpleeghuizen een extra bedrag van € 1,3 miljard nodig is. In dit scenario is sprake van een efficiencyopdracht voor de sector: de minder goed presterende verpleeghuizen moeten hun prestaties verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen.

Aanvulling impactanalyse met methode CPB

De impactanalyse van de NZa beperkt zich tot de directe kosten van de personele inzet van de zorgmedewerkers. Daarbij is uitgegaan van circa 115 duizend verpleeghuiscliënten in 2015. In Keuzes in Kaart hanteert het CPB een integrale methodologie die in aanvulling hierop ook rekening houdt met de volgende drie factoren.

Duidelijk is dat door de verwachte stijging van het aantal verpleeghuiscliënten (door demografische ontwikkelingen) het kwaliteitskader de komende jaren op een grotere groep betrekking zal hebben. Dat leidt tot hogere kosten (€ 0,3 miljard) ten opzichte van de impactanalyse van de NZa. Het CPB voegt hier nog twee factoren aan toe, namelijk overhead en aanzuigende werking. Met de extra middelen kunnen er op termijn 40.000 extra fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Dit gaat volgens het CPB gepaard met een toename van indirecte uitgaven aan personeel. Ook gaat het CPB ervan uit dat de toegenomen kwaliteit in verpleeghuizen er toe zal leiden dat meer kwetsbare cliënten daadwerkelijk hun indicatie

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 258.

⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 266.

zullen verzilveren en de overstap zullen maken naar een verpleeghuis. Het CPB raamt deze twee effecten bij scenario 3 op € 0,5 miljard structureel. Dit brengt het totale bedrag op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders op circa € 2,1 miljard structureel. Het is niet evident dat de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking voor de volledige omvang van het bedrag gemaakt moeten worden. Het niet volledig meenemen van deze twee factoren kan leiden tot een andere doorrekening dan die van het CPB.

Extra middelen voor kwaliteit verpleeghuiszorg

Zorgaanbieders zijn verplicht zorg te leveren die voldoet aan de eisen die het kwaliteitskader daaraan stelt. De NZa heeft de wettelijke taak de tarieven zo vast te stellen dat aan die verplichtingen kan worden voldaan. Gegeven het kwaliteitskader en de hieruit voortvloeiende normen voor goede zorg in de Wkkgz en gegeven de wettelijke taak voor de NZa om op basis van de Wmg (artikel 50) en de jurisprudentie van het CBB, redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen, moeten er voldoende extra middelen voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschikbaar worden gesteld.

Er is sprake van een ingroeipad

Bij de inzet van de extra middelen is sprake van een ingroeipad. Dit ingroeipad is in hoofdzaak afhankelijk van de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de verpleeghuizen. Jaarlijks kunnen volgens het CPB maximaal 10 duizend extra fte aan gekwalificeerde medewerkers in de verpleeghuiszorg worden ingezet. In verband hiermee is op basis van de huidige inzichten volledige implementatie te voorzien in 2021. De IGZ en de Wlz-uitvoerders houden rekening met deze restricties bij het toezicht respectievelijk de zorginkoop.

In de impactanalyse van de NZa en de raming van het CPB is nog geen rekening gehouden met extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren en IGZ, kosten van additioneel arbeidsmarktbeleid en transitiekosten.

Factoren die van invloed zijn op de (geraamde) kosten

Er is een aantal factoren op grond waarvan de huidige geraamde kosten in de toekomst nog hoger of lager kunnen worden.

Kostprijsonderzoek NZa

De NZa zal eind van dit jaar een kostprijsonderzoek opleveren en kijkt hierbij breder dan alleen naar de personeelsnorm uit het kwaliteitskader. Dit onderzoek zal ik vervolgens naar uw Kamer sturen. De nieuwe tarieven worden naar verwachting in juli 2018 definitief vastgesteld en zullen van toepassing zijn op de zorginkoop van 2019. Gezien de omvang van de budgettaire consequenties acht het kabinet het van groot belang dat dit proces zorgvuldig verloopt en zowel het belang van kwalitatief goede zorg en tegelijkertijd doelmatige zorg borgt.

Het kostprijsonderzoek betreft alle kostencomponenten waaronder ICT en overhead. Hiermee krijgen we een completer beeld van de gehele verpleeghuissector. Ten opzichte van de impactanalyse worden in het kostenonderzoek alle verpleeghuizen betrokken. Daarmee worden ook de verschillen in organisatie en bedrijfsvoering en daarmee in doelmatigheid tussen verpleeghuizen inzichtelijk. Er zal een methode moeten worden gevonden die ervoor zorgt dat extra geld de zorg aan de cliënten maximaal ten goede komt, passend binnen het kwaliteitskader en de

Wmg. De voorwaarden waaronder deze extra middelen beschikbaar gesteld worden zijn daarom onderwerp van intensief overleg dat ik voer met betrokken partijen, waaronder de NZa en de Wlz-uitvoerders.

Contextgebonden normen

Om een snelle start te kunnen maken met de gewenste verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen heeft het Zorginstituut in haar kwaliteitskader de hiervoor genoemde landelijke normen voor voldoende en vakbekwaam personeel opgenomen.

Het Zorginstituut heeft daarbij de sector opdracht gegeven om landelijke contextgebonden normen te ontwikkelen die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en bij de aard van de doelgroep(en). De huidige landelijke normen worden daarmee dus verder gespecificeerd. Daarmee kan het zijn dat de personeelsnormen voor somatische cliënten lager uitvallen dan de normen voor psychogeriatrische cliënten, gegeven de doorgaans complexere zorgvraag van laatstgenoemde groep.

De contextgebonden normen moeten eind 2018 gereed zijn. Dit betekent dat zij naar verwachting op zijn vroegst vanaf 2020 geïmplementeerd kunnen worden. Ook deze normen zullen juridisch bindend zijn voor de sector en het Rijk.

Toekomst verpleeghuiszorg

Verder zal ook de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal) en de organisatie hiervan van belang zijn. De impactanalyse van de NZa is gebaseerd op de huidige verpleeghuiszorg. Onzeker is in hoeverre de toekomstige generatie gebruik wil maken van verpleeghuiszorg. Er is immers ook sprake van een trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Uiteindelijk zal het zorgaanbod zo goed mogelijk moeten aansluiten bij de wensen van de cliënt. Dat kan betekenen dat een deel van de extra middelen op termijn nodig zal zijn om juist de zorg thuis te verbeteren. Dit biedt mogelijkheden voor een meer doelmatige besteding van de middelen.

Tot slot

Het kabinet heeft eerder € 100 miljoen in 2017 beschikbaar gesteld voor de verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen en waar de basisveiligheid moet worden verbeterd⁹. Hier bovenop komt in 2017 een extra bedrag van structureel € 100 miljoen, als eerste stap waarmee alle verpleeghuizen hun kwaliteit kunnen verbeteren.

De door de NZa en het CPB berekende financiële consequenties van invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zullen in het kader van de begrotingsvoorbereiding 2018 en/of de formatie worden gezien.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 261.