

Vergaderjaar 2019–2020

31 765

Kwaliteit van zorg

34 104

Langdurige zorg

Nr. 494

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2020

Met deze brief wil ik u, mede ten behoeve van het notaoverleg met uw Kamer op 15 juni aanstaande, informeren over een aantal onderwerpen wat betreft de zorg aan ouderen in het verpleeghuis en thuis. Het gaat om de stand van zaken van het programma Langer Thuis, de aanpak van de capaciteits- en wachtlijstproblematiek in de verpleeghuiszorg, de voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis alsmede de IGJ publicatie «Verpleeghuiszorg in beeld». Daarnaast ga ik in op de financiële ondersteuning van zorgaanbieders in verband met COVID-19, op de implementatie van het abonnementstarief Wmo2015 en op een aantal moties en toezeggingen.

De hoofdpunten van deze brief zijn de volgende:

- De bestaande infrastructuur van Thuis in het Verpleeghuis en Langer Thuis is behulpzaam gebleken bij de enorme opgave waarvoor zorgaanbieders de afgelopen periode zijn gesteld als gevolg van de COVID-19 crisis. Via Waardigheid en trots op locatie (Wol) is kennis verzameld, verrijkt en verspreid onder zorgprofessionals en zorgorganisaties. Ook kunnen zorgaanbieders gebruik maken van de concrete ondersteuning die Wol biedt. De GGD'en konden voor onder meer het realiseren van voldoende capaciteit buiten het ziekenhuis (Coronunits en coronacentra) gebruikmaken van regionale samenwerkingsstructuren die de laatste jaren in veel regio's zijn ontstaan.
- De zorgaanbieders is in deze onzekere tijden vroegtijdig financiële zekerheid geboden, zodat ze zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke zorg en alle aanpassingen vanwege COVID-19. Zo zijn er compensatiemaatregelen getroffen in verband met de omzetsderving en de meerkosten als gevolg van COVID-19. Eerder is naar aanleiding van de Maartbrief van de NZa over de verwachte uitputting van het budgettair kader Wlz deze al met structureel € 480 miljoen verhoogd om voldoende capaciteit te realiseren en wachtlijsten aan te pakken.

- Er is een steeds beter inzicht in de aard van de wachtlijsten in de verpleeg(huis)zorg. Dat heeft ertoe geleid dat in overleg met het Zorginstituut en ZN nieuwe wachtlijstdefinities uitgewerkt zijn (urgent plaatsen, actief plaatsen en wachten op voorkeur) die beter aansluiten bij de wens en behoefte van de cliënt en op de activiteiten van zorgaanbieders en zorgkantoren. Op 1 januari 2021 kunnen de nieuwe definities worden verwerkt in de landelijke registratie van het Zorginstituut, met als doel een snellere doorstroom van cliënten naar verpleeghuizen te realiseren. De primaire aandacht van de zorgkantoren is gericht op deze cliënten. Bij deze cliënten zal het zorgkantoor acties ondernemen om over te kunnen gaan tot het actief plaatsen, in geval van urgentie uiterlijk binnen vier weken.
- De verpleeghuiszorg lag eind 2019 goed op schema wat betreft de implementatie van het kwaliteitskader. De toename van het personeel verloopt conform het beoogde groeipad van het kwaliteitsbudget, de tevredenheid van bewoners en medewerkers neemt toe, persoonsgerichte zorg krijgt beter vorm. Verbeterpunten zijn er ook nog. Ziekteverzuim en uitstroom zijn nog te hoog en het systematisch werken aan kwaliteit en veiligheid en de inzet van voldoende en deskundig personeel kan nog beter.

1. Zorg aan ouderen thuis en in het verpleeghuis tijdens COVID-19

Op 20 januari (Kamerstuk 35 227, nr. 8) en 12 februari (Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 492) heb ik intensief met uw Kamer gesproken over de capaciteit in de verpleeghuiszorg, de wachtlijsten, de voortgang bij de implementatie van het kwaliteitskader en het programma Langer Thuis. Sinds het laatste debat heeft de COVID-19 crisis de situatie ingrijpend veranderd. De gevolgen van het virus en de maatregelen die zijn genomen om het virus onder controle te krijgen zijn ingrijpend voor kwetsbare ouderen en hun naasten. Ik leef mee met de mensen die dierbaren zijn verloren. Ook realiseer ik mij dat de maatregelen in het verpleeghuis, specifiek het niet toestaan van bezoek, zeer ingrijpend is voor cliënten, verwanten, mantelzorgers en zorgverleners en zorgbestuurders. Zorgverleners verdienen onze dank omdat zij met niet aflatende inzet de cliënten hebben verzorgd, onder zeer complexe en zware omstandigheden. Ook (vertegenwoordigers van) aanbieders, beroepsgroepen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, cliëntenorganisaties, toezichthouders en onderzoeksinstituten hebben een enorme inspanning moeten leveren om het virus onder controle te krijgen zodat de maatregelen stapsgewijs afgebouwd kunnen worden.

De COVID-19 crisis is nog niet ten einde. We zullen voorbereid moeten zijn op de komst van een tweede golf, ook in het verpleeghuis en bij ouderen thuis. Het is van belang dat we de ervaringen die we de afgelopen maanden in een uitzonderlijke periode hebben opgedaan betrekken bij deze voorbereidingen. Uw Kamer heeft op 4 juni hiertoe twee moties aangenomen. De motie van de leden Marijnissen en Bergkamp¹ verzoekt in overleg met onafhankelijke experts naar de toekomst toe lessen te formuleren over de genomen maatregelen en het beleid binnen verpleeghuizen en daarbij de ervaringen van medewerkers te betrekken. De motie van het lid Dik-Faber c.s.² verzoekt de verpleeghuissector waar nodig te ondersteunen bij het op orde brengen van de basisveiligheid en daarbij lering te trekken uit de ervaringen in de afgelopen periode, met het oog op het voorkomen van nieuwe besmettingen en de diepe behoefte aan

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 396.

² Kamerstuk 25 295, nr. 402.

contact in nabijheid tussen bewoners en hun naasten. Ik zal uw Kamer voor het zomerreces informeren over de voortgang.

2. Uitdagingen zorg voor ouderen thuis en in het verpleeghuis

De COVID-19 crisis doet niets af aan de (middel)lange termijn opgaven die wij hebben bij het scheppen van randvoorwaarden opdat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, het realiseren van voldoende capaciteit aan verpleeghuiszorg, het terugdringen van de wachtlijsten en de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Ik ben alle betrokken partijen dan ook dankbaar dat het ons samen is gelukt om, ondanks de COVID-19 crisis, een aantal stappen te zetten in het bereiken van deze doelen. Op de gezette stappen en de te nemen vervolgstappen ga ik in deze brief en de bijgevoegde voortgangsrapportages verder in³.

Binnen het actieprogramma Langer Thuis zorgen we dat ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven. We kunnen daarbij voortbouwen op de samenwerking in de regio die er al was en die tijdens de crisis is versterkt. Voor de aanpak van het capaciteitsvraagstuk en de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg zet ik in op de ondersteuning van de regionale aanpak. Onder regie van de zorgkantoren komt nog eind dit jaar voor iedere regio een aanpak beschikbaar.

De implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg door de zorgaanbieders blijf ik ondersteunen via het programma Thuis in het Verpleeghuis en voor wat betreft de personele invulling ook met het actieprogramma Werken in de Zorg. In de volgende paragrafen ga ik – met uitzondering van het actieprogramma Werken in de Zorg – nader in op deze programma's.

Deze uitdagingen vereisen een goede landelijke samenwerking met alle betrokken partijen, opdat er een gezamenlijk meerjarig perspectief komt. In mijn brief over het inkoopkader Wlz 2021–2023 van 29 mei 2020⁴ heb ik daarom aangegeven na de zomer samen met de stakeholders een proces hiertoe op te starten. Het gaat daarbij onder andere om het organiseren van voldoende wooncapaciteit (thuis, geclusterd of in verpleeghuis), de beschikbaarheid van voldoende deskundig personeel en voldoende financiële waarborgen voor zorgaanbieders. Daarbij zullen uiteraard ook de maatregelen betrokken worden die volgens ActiZ nodig zijn om de zorg voor ouderen in het verpleeghuis en thuis uitvoerbaar te houden. Met het gezamenlijk opstarten van dit proces geef ik invulling aan de commissiebrief die uw Kamer mij gevraagd heeft.

3. Programma Langer Thuis

Het programma Langer Thuis bevindt zich in het tweede jaar vanaf de lancering in juni 2018. De COVID19 crisis vraagt veel van de betrokken partners en heeft daarmee ook invloed op de acties en doelen in het programma. Omdat tijdens deze COVID-19 periode veel aandacht gaat naar de crisismaatregelen heb ik ervoor gekozen om de voortgangsrapportage van dit tweede jaar in het najaar af te ronden (i.p.v. voor de zomer) en daarbij dan ook de RIVM monitor toe te voegen. In de bijlage⁵ geef ik u een stand van zaken over de drie actielijnen van het programma Langer Thuis en een korte update van het programma Eén tegen eenzaamheid. Deze stand van zaken geeft de volgende ontwikkelingen:

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 280.

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Op steeds meer plekken komen integrale netwerken ouderenzorg tot stand. Deze werken ook daadwerkelijk als één team rondom de ouderen. RIVM heeft 182 netwerken in kaart gebracht, 78 netwerken/samenwerkingsverbanden krijgen subsidie vanuit het ZonMW programma Langdurige Zorg en Ondersteuning. Dit betekent voor 400.000 ouderen dat hun zorg en ondersteuning beter op elkaar afgestemd wordt. In meer dan driekwart van de netwerken (77%) die op uitvoerend niveau samenwerken, zijn huisartsen, wijkverpleegkundigen en één of meerdere professionals uit het sociaal domein vertegenwoordigd. Acht op de tien netwerken die zich richten op kwetsbare ouderen kennen de handreiking «Kwetsbare ouderen thuis» en passen elementen toe, zoals vroegsignalering van problemen.
- De samenwerking rondom ouderen is zowel op regionaal als op landelijk niveau vruchtbaar. Tijdens de COVID-19 crisis is deze samenwerking ook van belang gebleken. Het Netwerkbureau Langer Thuis is per 1 februari geopend om regio's te ondersteunen met informatie en advies. ZN en VNG hebben een lijst opgesteld van bestuurlijke en ambtelijke contactpersonen met mandaat in de regio. Daarmee is per 1 januari 2020 de werkstructuur voor de regionale samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren neergezet.
- Daar waar fysieke ondersteuning en zorg door COVID-19 maatregelen tijdelijk niet mogelijk was, is veel ingezet op digitale mogelijkheden. Dit heb ik met de Stimuleringsregeling E-health Thuis COVID-19 (SET COVID-19) kunnen ondersteunen. SET COVID-19 leverde in een periode van enkele weken ruim 1.700 aanvragen voor subsidie op. Aan 460 initiatieven is een subsidie toegekend. Met de reguliere SET regeling, waarmee ik professionals in de wijk ondersteun met het verder brengen van E-health thuis, heb ik tussen 1 maart 2019 en 1 mei 2020 42 aanvragen goedgekeurd. Driekwart van deze aanvragen is (mede) gericht op ondersteuning of zorg aan ouderen.
- Ik heb de directeuren publieke gezondheid de opdracht gegeven bij het realiseren van tijdelijk zorgcapaciteit (Corona-units/coronacentra) waar mogelijk aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsstructuren zoals de structuur van de coördinatiefuncties voor eerstelijnsverblijf. ZN en ActiZ doen een uitvraag onder de coördinatiefuncties naar o.a. de mate waarin zij voldoen aan de minimumeisen maar ook hun inzet bij de COVID aanpak. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in de voortgangsrapportage van het programma Langer Thuis. De ervaringen met verdergaande samenwerking tijdens de COVID-19 crisis kunnen worden benut in de doorontwikkeling en de verbreding van de coördinatiefuncties. De NZa heeft op mijn verzoek een advies uitgebracht⁶ over hoe de bekostiging van de Wlz-spoedzorg en het eerstelijnsverblijf op elkaar kunnen worden aangesloten. Daarmee is al een stap in de goede richting gezet in het beter op elkaar laten aansluiten van de bekostiging van tijdelijk verblijf in de Zvw en Wlz.
- Mantelzorgers hebben tijdens de COVID-19 crisis veel extra zorg op zich genomen. Ik ben blij dat ik met partijen in het veld goed kon samenwerken om passende richtlijnen, testen en persoonlijke beschermingsmiddelen voor mantelzorgers te organiseren. MantelzorgNL heeft een zorgladder gemaakt, als leidraad om het passende aanbod aan ondersteuning op het juiste moment te kunnen aanbieden (en vragen). Dit is ook een antwoord op een van de constatering van aanjager Clemence Ross dat respijtzorg effectiever kan zijn als deze *eerder, makkelijker en meer op maat* wordt ingezet door partijen. Met het actieprogramma «Samen sterk voor mantelzorg» zet ik met veel partijen versterkt in op de andere aanbevelingen van Clemence Ross. Uiteraard is de publiekscampagne «deel je zorg» die begin juni van

⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_303389_22/1/.

- start is gegaan een belangrijk middel om meer aandacht voor de, ook vaak jonge, mantelzorger te krijgen.
- Logeerszorg kan voor mantelzorgers net hetgeen zijn wat nodig is om even op adem te komen. In 10 pilots zijn ervaringen opgedaan met logeerszorg en hoe dit goed georganiseerd kan worden. Het eindrapport van de pilots bevestigt het belang van deze zorg. Voor sommige gevallen is meer nodig dan alleen incidentele logeersplekken. Drie vervolgpilots zijn gestart om verder te kijken wat een meer structurele vorm van logeerszorg betekent voor de mantelzorger en hoe dit georganiseerd kan worden.
 - Met social trials in vier gemeenten is er experimenteerterruimte om passende ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers te ontwikkelen, de werkzame bestanddelen van de sociale benadering dementie te identificeren en te verbreden naar nieuwe landelijke dementiestandaarden. Deze pilots worden gemonitord door ZonMW.
 - Het maatschappelijk initiatief om in deze COVID-19 tijd iets voor elkaar te betekenen in de vorm van praktische hulp of aandacht is indrukwekkend. Eenzaamheid is hoog op de agenda komen te staan en met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid en de betrokken partners werk ik aan het borgen van dit initiatief. Inmiddels is bij 160 gemeenten een lokale coalitie tegen eenzaamheid in wording en zijn er 121 landelijke organisaties aangesloten bij het actieprogramma. Het vasthouden van aandacht voor elkaar zal ook in de komende publiekscampagne deze zomer, terugkomen.
 - Op het terrein van wonen is het een kwestie van de lange adem, maar zie ik dat er veel gebeurt, zowel aan plannen en afspraken bij gemeenten, concrete nieuwbouwprojecten, transformatie van oude verzorgingshuizen, als aan nieuwe wooninitiatieven en er zit nog veel meer in de pijplijn. Tegelijkertijd is de opgave groot en moeten we de urgentie verder verhogen. Dat is ook precies wat de Taskforce Wonen en Zorg aanjaagt.

4. Wachtlijsten en capaciteit verpleeghuiszorg

Met deze brief bied ik u de voortgangsrapportage van het project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen aan. In 2018 en 2019 was een toename zichtbaar van de wachtlijsten verpleeghuizen. Op 12 januari en 15 februari 2020 heb ik met uw Kamer overleg gevoerd over dit onderwerp. De conclusie van het overleg was dat er een grote opgave ligt om aan de behoefte aan verpleeghuiszorg te kunnen blijven voldoen. Aan deze opgave kan het beste regionaal tegemoet worden gekomen, omdat de opgave en de mogelijkheden om deze opgave in te vullen regionaal verschilt. Nog dit jaar zullen de regioplannen van de zorgkantoren aan de Tweede Kamer worden gepresenteerd, waarin de voorziene aanpak is geschetst. Hierbij zal een verbinding worden gelegd met de Taskforce wonen en zorg, zodat met die lokale partijen invulling wordt gegeven aan de woon- en zorgbehoefte van ouderen op de middellange termijn.

De oplossing van het wachtlijstvraagstuk begint met inzicht in de problematiek. In de voortgangsrapportage worden meerdere – door uw Kamer gevraagde – analyses weergegeven, die het inzicht vergroten. In de rapportage wordt een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de groei van het aantal Wlz-indicaties. Daarbij gaat het om de toename van het aantal ouderen, de langere verblijfsduur, het verminderde effect van de extramuralisering (de uitstroom vanuit de lagere zorgprofielen is gering) en het mogelijk sneller aanvragen van een Wlz-indicatie door het verminderen van de zorgval, waardoor het aantal uren zorg en ondersteuning gelijk kan blijven bij de overgang naar de Wlz. In de voortgangsrapportage wordt op verzoek van uw Kamer ook ingegaan op de

ontwikkeling van de leveringsvormen (MPT, VPT, pgb). Het aantal cliënten dat gebruik maakt van deze leveringsvormen blijft gestaag toenemen. Ook wordt ingegaan op de eigenbijdragesystematiek die van toepassing is voor cliënten op de wachtlijst.

Verder inzicht is ontstaan door een diepteonderzoek van de zorgkantoren met betrekking tot de cliënten op de wachtlijst. Onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland is de huidige wachtlijstinformatie aan een nadere analyse onderworpen. Bij de grotere Wlz-uitvoerders CZ en Menzis zijn cliënten op de wachtlijst individueel benaderd. Vervolgens zijn deze bevindingen ook getoetst bij Zilveren Kruis en VGZ. Dit heeft de volgende inzichten opgeleverd met betrekking tot de zorgbehoefte van cliënten.

Indien de resultaten bij de genoemde Wlz-uitvoerders van toepassing zouden zijn op de gehele wachtlijstpopulatie, dan geldt dat 82% van de cliënten op de huidige wachtlijst (ruim 17.000) aangeeft dat zij momenteel een adequaat zorgarrangement ontvangen en wachten op een plek op hun voorkeurslocatie.

Bij 18% van de wachtlijst (bijna 4.000 cliënten) is er de wens tot actieve plaatsing in een verpleeghuis. De primaire aandacht van de zorgkantoren is gericht op deze cliënten. Bij deze cliënten zal het zorgkantoor acties ondernemen om over te kunnen gaan tot het actief plaatsen, in geval van urgentie uiterlijk binnen vier weken. Zo mogelijk op de voorkeurslocatie, maar zeker in geval van urgentie is het ook mogelijk dat plaatsing plaatsvindt op een andere locatie.

Door de nieuwe indeling van de wachtlijsten komt actuele informatie beschikbaar over de cliënten die op korte termijn voor plaatsing in een verpleeghuis in aanmerking willen komen. De zorgkantoren kunnen voor deze groep gericht hun bemiddelingsactiviteiten inzetten. Dit is een verbetering ten opzichte van de huidige situatie omdat de zorgkantoren nu voor een deel van deze groep afhankelijk zijn van de meldingen vanuit de cliënten zelf of periodiek onderzoek doen onder alle wachtenden waarvan een groot deel wacht op een plek op hun voorkeurslocatie en nog geen behoefte heeft om de stap naar het verpleeghuis te maken.

Indien alleen wordt gekeken naar de cliënten met een Wlz-indicatie die al zorg ontvangen, dan blijkt dat 84% van deze cliënten momenteel al zorg met verblijf ontvangen (de overige ontvangen zorg via MPT/VPT of pgb). In 2019 hebben deze cliënten gemiddeld 23 dagen gewacht op een opname in het verpleeghuis.

Door uw Kamer is erop gewezen dat de huidige definities die worden gehanteerd bij de wachtlijstregistratie Wlz van actief en niet-actief wachtenden aanpassing behoeven. In de motie van het lid Szias c.s.⁷ is aangedrongen op nieuwe begrippen. Veldpartijen zijn actief aan de slag om meer grip te krijgen op de wachtlijsten en de behoefte van cliënten. Uit onderzoek van de zorgkantoren is geconstateerd dat de indeling van cliënten bij de groep niet actief wachtenden geen goed beeld geeft van de bemiddelingsbehoefte van deze cliënten. Aan de ene kant zijn er in deze groep cliënten die op korte termijn in aanmerking willen komen voor een plaats in een verpleeghuis. Terwijl aan de andere kant cliënten in deze groep een adequaat zorgaanbod hebben en alleen wachten op een plek op de locatie van voorkeur. In overleg met het Zorginstituut en ZN zijn dan ook nieuwe wachtlijstdefinities uitgewerkt en zullen nieuwe rapportages worden opgesteld. De nieuwe definities (urgent plaatsen, actief plaatsen en wachten op voorkeur) sluiten beter aan op de wensen en behoefte van de cliënt en de activiteiten die de zorgaanbieders en de zorgkantoren gaan

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 467.

doen in het kader van plaatsing van cliënten in verpleeghuizen met als doel een snellere doorstroom van cliënten naar verpleeghuizen te realiseren. Op 1 januari 2021 kunnen de nieuwe definities worden verwerkt in de landelijke registratie van het Zorginstituut.

Op korte termijn wordt de situatie in verpleeghuizen ook beïnvloed door COVID-19. Bij een aantal verpleeghuizen is tijdelijk sprake van leegstand, die wordt gecompenseerd door de continuïteitsbijdrage. De verwachting is dat door de versoepeling van de bezoeksregeling en de afname van het besmettingsgevaar deze leegstand weer wordt ingelopen. De capaciteitsproblematiek is echter structureel van aard. De verrijkte prognose van TNO over de behoefte aan verpleeghuiszorg laat zien dat in 2040 het aanbod twee keer zo groot moet zijn. Uit onderzoek van ActiZ wordt duidelijk dat zorgaanbieders de komende vijf jaar de eerste stappen zetten om de capaciteit te vergroten. Zo zijn er uitbreidingsplannen voor 14.000 extra verpleeghuisplekken met verblijf (ruim 10% van het huidige aantal gecontracteerde plaatsen) en 8.000 extra verpleeghuisplekken zonder verblijf (met name VPT). Ook blijkt uit de inventarisatie van de huidige capaciteit door TNO dat er in nog sprake is van onbenutte capaciteit.

Dit is echter nog onvoldoende. De komende tijd moeten door zorgkantoren en zorgaanbieders samen met de Taskforce Wonen en Zorg en lokale partijen als gemeenten en woningcorporaties verdere stappen worden gezet om te komen tot een uitbreiding van de capaciteit aan verpleeghuiszorg op middellange termijn. Het gaat daarbij om het in beeld brengen van de regionale opgave en afspraken maken zodat invulling wordt gegeven aan deze opgave. In juni 2020 wordt gestart met een pilot in de regio Utrecht en begin 2021 wil ik samen met de Minister van BZK bestuurlijke afspraken vastleggen met de betrokken partijen. Dit vraagt een inspanning van alle partijen. Daarbij is het van belang om te benadrukken dat het niet alleen gaat om investeringen in wooncapaciteit, maar dat aandacht voor het arbeidsmarktvragestuk gelijk op moet gaan, om te voorkomen dat er straks onvoldoende medewerkers zijn om zorg te verlenen in de nieuw gecreëerde capaciteit. Eind 2020 zal uw Kamer nader worden geïnformeerd over de uitwerking van de vervolgstappen en zullen onder meer regionale plannen worden gepresenteerd.

5. Voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis en IGJ-publicatie «Verpleeghuiszorg in beeld»

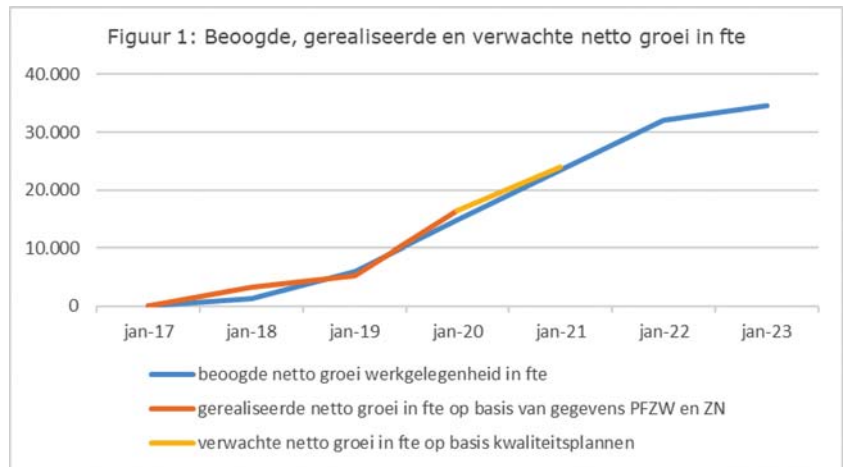
Met deze brief bied ik u de vierde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis (inclusief infographic) aan en de link (www.igj.nl/verpleeghuiszorginbeeld) naar de publicatie «Verpleeghuiszorg in beeld» waarin de IGJ op 15 juni de uitkomsten presenteert van haar toezichtbezoeken in de verpleeghuiszorg. Het beeld dat uit de voortgangsrapportage en de IGJ-publicatie naar voren komt is dat:

- de personele toename in de verpleeghuiszorg voor extra kwaliteit, gefaciliteerd met het kwaliteitsbudget, eind 2019 op schema ligt. Tot en met 2019 was de beoogde groei 14.700 fte, gerealiseerd is 16.500 fte;
- de cliëntwaardering steeds verder toeneemt (van 7,9 in 2017 naar 8,4 in 1^e kwartaal 2020) en ook de tevredenheid onder het personeel op meerdere aspecten beter wordt;
- de uitkomsten van de scans van «Waardigheid en trots op locatie» en de inspectiebezoeken van de IGJ laten zien dat een aanzienlijk deel van de verpleeghuizen het thema persoonsgerichte zorg redelijk goed op orde heeft. De thema's personeel (o.a. ziekteverzuim en uitstroom) en leren & verbeteren vergen nog de nodige aandacht.

De (monitor)informatie in deze vierde voortgangsrapportage en ook in de aankomende publicatie «Verpleeghuiszorg in beeld» van de IGJ heeft grotendeels betrekking op de situatie in de verpleeghuiszorg tot en met 2019, in sommige gevallen tot en met het eerste kwartaal 2020. Inmiddels is de samenleving en zeker ook de verpleeghuiszorg in de greep van COVID-19. De informatie in beide publicaties is daarmee een markeringpunt tussen de periode vóór COVID-19 en de periode erna. Het is op dit moment onduidelijk wat de uiteindelijke impact is van deze crisis op de verpleeghuiszorg en de beweging die gaande was met als doel het kwaliteitskader verpleeghuiszorg op elke locatie te implementeren. Maar geleidelijk zal de sector die beweging verder voortzetten.

Kwaliteitsbudget: in 2019 veel extra personeel ingezet

De extra investering van € 2,1 miljard voor de kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg wordt geleidelijk beschikbaar gesteld in de periode 2017–2021. De extra middelen voor 2017 en 2018, € 435 miljoen, zijn structureel verwerkt in de basistarieven. In 2019 is gestart met het kwaliteitsbudget. Dit loopt op van € 600 miljoen in 2019 naar € 1.100 miljoen in 2020 en € 1.450 miljoen in 2021. Over 2019 zijn inmiddels de voorlopige resultaten bekend. Zorgaanbieders hebben in 2019 11.300 extra fte zorgpersoneel ingezet ten opzichte van 2018 ten behoeve van de kwaliteit van zorg (10.200 extra personeel in loondienst, 1.100 extra personele inhuur). Deze personele groei komt bovenop de groei vanwege de toename van het aantal cliënten.



Bronnen: Datacenter PFZW; CBS; Zorginstituut; Zorgverzekeraars Nederland; bewerking VWS.

De sector ligt daarmee op schema wat betreft het aantrekken van extra personeel om het kwaliteitskader te kunnen implementeren (zie figuur 1). Inmiddels zijn ook de kwaliteitsplannen voor 2020 vastgesteld. Hierin zijn, aanvullend op de gerealiseerde 11.300 fte in 2019, 7.500 extra fte zorgpersoneel opgenomen ten behoeve van de kwaliteit.

Publicatie inspectiebezoeken IGJ

De inspectie bezoekt alle zorgorganisaties die verpleeghuiszorg bieden. Vorig jaar bracht de inspectie een beeld uit over de eerste 300 bezochte zorgorganisaties. Afgelopen jaar zijn er 216 verpleeghuizen bezocht, tot half maart COVID-19 toesloeg. Dit brengt het totaal op 516 zorgorganisaties. De uitkomsten tonen dat verpleeghuizen veel aandacht schenken aan de cliënt als persoon. Voor het personeelsbeleid en sturing op kwaliteit en veiligheid, is nog steeds meer aandacht nodig. Als de zorg in

een verpleeghuis (deels) niet voldoet, verbeteren zorgorganisaties dit vaak na het toezicht van de inspectie. Als het nodig is, legt de IGJ een zorgorganisatie een maatregel op, bijvoorbeeld verscherpt toezicht of een aanwijzing.

Kwaliteit van zorg in relatie tot het kwaliteitskader

Zorgaanbieders hebben tot en met 2021 de ruimte gekregen om aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te voldoen. De voortgangsrapportage heeft betrekking op de situatie tot en met 2019, dus ongeveer halverwege de periode die er voor staat. Dat is een goed moment om de stand op te maken. In welke mate wordt thans voldaan aan het kwaliteitskader? Met de motie van het lid Agema heeft uw Kamer mij verzocht periodiek inzicht te geven in hoeverre het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gerealiseerd wordt⁸. De sector is dus halverwege, dat betekent dat nog niet al het benodigde personeel inmiddels ingezet wordt, ook in 2020 en 2021 worden daarvoor nog substantiële bedragen ter beschikking gesteld. Het is dan ook vanzelfsprekend dat zorgaanbieders nog niet volledig aan het kwaliteitskader kunnen voldoen.

Een andere belangrijke constatering is dat het kwaliteitskader vooral een richtinggevend kader is en slechts beperkt harde kwantitatieve normen bevat die eenvoudige objectief vast te stellen zijn. Het continu leren en verbeteren staat centraal. Dat is de belangrijkste boodschap van het kader. Het betekent dat zorgaanbieders eigenlijk nooit klaar zijn. Er is altijd wat te verbeteren. In die zin voldoen zorgaanbieders nooit volledig aan het kwaliteitskader.

Dat de sector in beweging is, komt op verschillende manieren tot uiting: de IGJ ziet in haar inspectiebezoeken dat persoonsgerichte zorg volop aandacht krijgt binnen instellingen; steeds meer locaties vragen aan Waardigheid en Trots op locatie om ondersteuning bij het veranderingsproces; met behulp van Waardigheid en trots in de regio wordt er meer en meer samengewerkt en van elkaar geleerd; de zorgkantoren zien in de kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders de ambitie om naar het kwaliteitskader toe te werken; er is veel belangstelling bij zorgprofessionals en zorgmanagers voor de kennisproducten die gemaakt en beschikbaar worden gesteld. Kortom, de sector is volop in beweging.

Wordt de kwaliteit van zorg en leven daardoor ook beter, gaat men in de richting van het kwaliteitskader? Als we kijken naar de meer indirecte indicatoren, dan zien we positieve ontwikkelingen. De cliëntwaarderingcijfers op ZorgkaartNederland worden steeds hoger. Op alle onderliggende aspecten is de waardering toegenomen. Zorgprofessionals geven vaker aan voldoende tijd voor persoonlijke verzorging te hebben en ervaren hun werkdruk minder vaak als te hoog. Ze zijn ook meer tevreden met het werk dat ze doen en met de organisatie waar ze werken. Er zijn ook zorgpunten. Zo is de uitstroom van personeel nog onveranderd hoog, al blijft meer dan de helft van de uitstromers wel behouden voor de (verpleeghuis)zorg. En ook het ziekteverzuim blijft onveranderd hoog.

Om meer inhoudelijk iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg, dient op een meer systematische wijze gekeken te worden naar de geleverde kwaliteit. Er zijn op dit moment twee openbare bronnen die daarop geaggregeerd niveau inzicht in geven:

- de inspectiebezoeken van de IGJ;
- de scans in het kader van Waardigheid en trots op locatie.

⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 420.

De IGJ heeft een eigen toetsingskader waarin het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is meegenomen, evenals andere veldnormen en richtlijnen. Op die manier beoordeelt de IGJ of er veilige zorg van voldoende kwaliteit wordt geboden, met als doel om risico's voor bewoners zoveel mogelijk te voorkomen. Omdat een groot deel van de instellingen geïnspecteerd is, geeft het een representatief beeld van de sector.

De Wol-scan neemt alle acht thema's van het kwaliteitskader als uitgangspunt. De deelname aan de scan is vrijwillig en is ingegeven om het leren en verbeteren op de eigen locatie te stimuleren en zo nodig daarbij ondersteuning te krijgen. Op dit moment zijn de scans van 180 locaties beschikbaar. Een groot deel van de deelnemers (94%) ontvangt uiteindelijk ondersteuning, de helft intensief.

De uitkomsten van zowel de inspecties van de IGJ als de Wol-scans geven een gedifferentieerd beeld van de stand van zaken van de kwaliteit van zorg. Het blijkt dat de scores van de IGJ over de volle breedte iets hoger liggen dan die van de Wol-scans, maar de uitkomsten gaan in dezelfde richting. Er zijn verschillende redenen voor de verschillen in uitkomsten. Er worden verschillende toetsingskaders gehanteerd. De Wol-scans hebben betrekking op een selectieve groep locaties met een ondersteuningsbehoefte, soms ook doorverwezen door IGJ of zorgkantoor. De scan is daarnaast voor eigen gebruik, niet openbaar en wordt grotendeels door de locatie zelf gevuld. Dat stimuleert dat de zorgaanbieder met een kritische blik kijkt naar het eigen zorgproces. Het toont de ambitie van de deelnemers om de omslag te maken naar de kwaliteit zoals bedoeld in het kwaliteitskader. Deze ambitie kan er ook toe leiden dat de lat steeds hoger wordt gelegd, in lijn met het richtinggevende van het kwaliteitskader.

Bij beide bronnen blijkt dat thema's en indicatoren die betrekking hebben op het directe contact tussen zorgprofessional en cliënt relatief beter scoren dan de thema's en indicatoren die meer indirect zijn. Zo voldoet bij de IGJ 70–80% van de instellingen (grotendeels) aan de indicatoren die betrekken hebben op het bieden van persoonsgerichte zorg. Bij de Wol-scans zijn de thema's persoonsgerichte zorg, wonen & welzijn en veiligheid het minst vaak een aandachtspunt.

Uit beide bronnen blijkt ook dat het thema personeel nog niet op orde is. Bij de IGJ gaat het daarbij om het maken van professionele afwegingen (48% voldoet (grotendeels) niet), het methodisch werken (65%) en voldoende deskundig personeel (38%). Bij de Wol-scans is het bij 74% tenminste een aandachtspunt. Verschillende aspecten spelen hierbij een rol. Het ziekteverzuim is hoog en ook de uitstroom van personeel. Dat geeft onrust op de werkvloer en wisselingen van personeel. Zorgaanbieders zijn nog druk bezig om de personele bezetting op het niveau van het kwaliteitskader te krijgen. De realisatie van het kwaliteitsbudget 2019 laat zien dat ze daarbij met name ook inzetten op wat lager geschoold personeel, met name ter ontlasting van de verzorgenden op niveau 3. Dat vraagt om een andere werkwijze in de dagelijkse zorg. Dat kost tijd om goed te organiseren. Voor zover het lager geschoold personeel ingezet wordt omdat verzorgenden op niveau 3 op de arbeidsmarkt schaars zijn, dus ter vervanging van, kan dat het methodisch werken en het maken van professionele afwegingen negatief beïnvloeden.

De inspecties van de IGJ laten ook zien dat het systematisch werken aan verbetering van kwaliteit en veiligheid bij nogal wat instellingen onvoldoende is (44% voldoet (grotendeels) niet). Vergelijkbaar blijkt uit de Wol-scans dat het thema leren en verbeteren bij tenminste 66% een aandachtspunt is. Beide bronnen laten wel zien dat de cultuur van leren en verbeteren bij de meeste zorgaanbieders redelijk op orde is.

Mijn conclusie is dat er een sterke beweging op gang is gekomen om de kwaliteit in de verpleeghuiszorg te verbeteren, conform de eisen en voorwaarden van het kwaliteitskader. Daadwerkelijke verbeteringen worden ook ervaren door betrokkenen. Maar we zijn er zeker nog niet. Er is nog genoeg ruimte voor verbetering, zorgaanbieders en zorgprofessionals zien die ruimte zelf ook. Verdere verbetering is ook noodzakelijk, het kwaliteitskader vraagt om daar continu mee bezig te zijn.

Wat is er nu extra nodig?

Het allerbelangrijkste is nu dat de verpleeghuizen de nadelige gevolgen van COVID-19 terugdringen en onder controle krijgen. Een verdere intensivering van activiteiten om het kwaliteitskader te implementeren is op dit moment niet aan de orde. Wel zullen bekende (ondersteunings)activiteiten zodra de Corona-situatie het toelaat weer opgepakt gaan worden. Dat kan per regio en per zorgaanbieder verschillend zijn. Het gaat daarbij onder andere om de scans en reguliere ondersteuning in het kader van Waardigheid en trots op locatie, om het actieprogramma Werken in de Zorg, om Waardigheid en trots in de regio (inclusief de 268 projecten gefinancierd vanuit de transitiebudgetten). Ook het nieuwe zorginkoopbeleid van zorgkantoren kan daarin ondersteunend zijn omdat zorgkantoren in hun inkoopbeleid actief gaan sturen op de daarin genoemde elementen te weten passende zorg, innovatie, bedrijfsvoering en duurzaamheid.

De voortgangsrapportage laat zien dat aandacht voor goed werkgeverschap van groot belang is en blijft. Een hoog ziekteverzuim en een hoge uitstroom leiden tot een verminderde inzet van personeel en daarmee ook tot minder goede zorg. De hierboven genoemde programma's en activiteiten zetten er nadrukkelijk op in deze situatie tegen te gaan. De zorgkantoren hebben in het nieuwe Wlz-zorginkoopkader 2021–2023 «bedrijfsvoering» als een van de kernelementen opgenomen. Goed werkgeverschap valt daaronder. Indien de aanbieder een plan indient ter verbetering van zijn bedrijfsvoering kan hij een opslag krijgen van maximaal 2% op het basistarief. Op deze wijze wordt bij de zorginkoop gericht op goed werkgeverschap gestuurd. Ook de IGJ (bij haar inspectiebezoeken) spreekt de zorgaanbieders meer en meer aan op het belang van goed werkgeverschap.

Op dit moment maken verpleeghuizen jaarlijks middels het kwaliteitsverslag en de aanlevering van de kwaliteitsindicatoren conform het vastgestelde kader de geleverde kwaliteit van zorg inzichtelijk. Ook brengen de IGJ en Waardigheid en trots op locatie de kwaliteit van zorg systematisch in kaart. De IGJ doet dat mede in het kader van Thuis in het Verpleeghuis, door gedurende 4 jaar bij alle instellingen een inspectiebezoek af te leggen. En ook Waardigheid en trots op locatie is een tijdelijk ondersteuningsprogramma. Ik vind het belangrijk dat de kwaliteitsverbeteringen op deze manier goed zijn geborgd en dat zorgaanbieders daar transparant over zijn. Ik ben met ActiZ in overleg hoe we nog beter zicht krijgen op de door zorgaanbieders geleverde zorg en hoe die zich verhoudt tot het kwaliteitskader. Het lijkt vanzelfsprekend om daarbij aan te sluiten bij het kwaliteitsverslag.

6. Financiële ondersteuning zorgaanbieders

Om zorgaanbieders in deze onzekere tijden vroegtijdig financiële zekerheid te geven, is een aantal maatregelen en besluiten genomen die hieraan bijdragen. Daarnaast is eerder dit jaar het budgettair kader Wlz verhoogd. Door deze financiële maatregelen kunnen zorgaanbieders zich richten op het leveren van de noodzakelijke zorg en de toekomstige

zorgvraag. In de bijlage bij deze brief is een totaaloverzicht gepresenteerd⁹. Hieronder licht ik de belangrijkste elementen toe voor de Wlz, Wmo en de wijkverpleging.

Wlz

In de Wlz gaat het om de volgende elementen.

- De verhoging van het budgettaire kader;
- De compensatiemaatregelen als gevolg van COVID-19;
- Het uitstellen van de invoering van de integrale vergelijking.

Verhoging van het budgettaire kader

Bij de kaderbrief Wlz 2020 was een groeirimte beschikbaar van € 370 miljoen. Op mijn verzoek heeft de NZa dit jaar vroegtijdig een analyse gemaakt van de benutting van het budgettaire kader. Op grond van de Maartbrief 2020 van de NZa heb ik vervolgens in april een extra bedrag van € 480 miljoen structureel vrijgemaakt voor het Wlz-kader¹⁰. Daarmee komt de totale beschikbare groeirimte voor 2020 op € 850 miljoen structureel. Het vroegtijdig zekerheid geven over deze extra middelen (in voorgaande jaren gebeurde dit pas in juni op grond van het Mei-advies van de NZa) was belangrijk om Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders comfort en vertrouwen te geven dat het budgettaire kader toereikend zal zijn. Met de genoemde extra middelen is er nu voldoende ruimte om de groeiende zorgvraag op te vangen, te investeren in extra capaciteit om de wachtlijsten te beheersen en om het contracteringsproces soepel te laten verlopen. Ik ben met de NZa in overleg om deze werkwijze in de komende jaren een vervolg te geven.

Vanaf 2019 worden de middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg via een kwaliteitsbudget toegekend aan de instellingen. In 2020 is het kwaliteitsbudget verhoogd met € 500 miljoen tot € 1.100 miljoen. In 2021 wordt het kwaliteitsbudget verder verhoogd met € 350 miljoen tot € 1.450 miljoen, zodat de zorgaanbieders kunnen gaan voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De middelen voor het kwaliteitsbudget komen bovenop de extra middelen voor het kwaliteitskader van structureel € 435 miljoen die reeds eerder (vanaf 2018) zijn verwerkt in de basistarieven en bovenop de € 300 miljoen die in verband met de aanzuigende werking is toegevoegd aan de contracteerruimte. Het kwaliteitsbudget 2021 biedt daarbij extra financiële zekerheid omdat afgesproken is dat de gerealiseerde afspraken over het kwaliteitsbudget 2020 (inclusief mogelijke extra inzet van personeel wegens COVID-19) doorwerken in de afspraken voor 2021: «hebben = houden». Dit ondersteunt verpleeghuizen bij de implementatie van de personeelsnorm van het kwaliteitskader in 2021.

De compensatiemaatregelen als gevolg van COVID-19

Voor 2020 zijn er afspraken gemaakt over de compensatie van meerkosten en omzeterderving in verband met COVID-19 (omzetgarantie). Daarnaast kunnen zorgaanbieders in aanmerking komen voor de vergoeding van de meerkosten, die gerelateerd zijn aan COVID-19. De uitwerking van deze maatregelen is opgenomen in een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)¹¹. De compensatie van de omzeterderving zal worden gefinancierd vanuit het verhoogde Wlz-kader voor 2020. De vergoeding van de meerkosten komt niet ten laste van het Wlz-kader, maar wordt

⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹⁰ Kamerstuk 34 104, nr. 278.

¹¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_308852_22/1/.

bovenbudgettair betaald vanuit het Fonds Langdurige Zorg. Ik heb de NZa gevraagd om in haar Augustusadvies 2020 een raming op te nemen van de omvang van de omzetzijde en de extra kosten voor de Wlz die het gevolg zijn van COVID-19.

Het uitstellen van de invoering van de integrale vergelijking

Op 10 februari jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd dat de NZa het advies en de uitkomsten van de integrale vergelijking met een bijbehorende impact-analyse op 15 juni 2020 op zal leveren¹². De NZa heeft mij op 1 mei jl. laten weten dat dit tijdsplan door de COVID-19 crisis niet meer mogelijk is. Hierover bent u op 29 mei jl. geïnformeerd.¹³

De eerste prioriteit van bestuurders is het managen van de crisis en het bieden van goede en veilige zorg. Zodra de situatie het toelaat zal de NZa de resultaten van de nulmeting met de betreffende zorgaanbieders bespreken. Op basis hiervan zal het advies verder worden vormgegeven. De NZa heeft aangegeven dat dit betekent dat het opnemen van de resultaten van de integrale vergelijking in de gereguleerde tarieven van 2022 niet langer tot de mogelijkheden behoort en naar verwachting een jaar opschuift. In 2023 wordt dan een eerste stap gezet met het baseren van de gereguleerde tarieven op de integrale vergelijking. Over de consequenties van het uitstel ga ik in gesprek met de NZa.

Zorginkoopkader 2021–2023

Daarnaast is van belang om te noemen dat op 29 mei het nieuwe Wlz inkoopkader 2021–2023 is gepubliceerd door ZN. Hierover bent u geïnformeerd middels de brief «Wlz-zorginkoopkader 2021–2023»¹⁴. In het nieuwe Wlz-zorginkoopkader is rekening gehouden met de onzekere omstandigheden waarin zorgaanbieders momenteel verkeren, door het jaar 2021 als overgangsjaar vorm te geven. In dit overgangsjaar is bijvoorbeeld een beknopt plan voldoende om in aanmerking te komen voor een opslag op het basistarief, zodat de dialoog over dit plan al wel gestart kan worden.

Wmo (en Jeugd)

Het Rijk heeft op 25 maart jl. financiële afspraken gemaakt met de VNG over de financiële gevolgen van de COVID-19 crisis¹⁵. Hierbij zijn afspraken gemaakt over de continuïteit van financiering (continuïteitsbijdrage), de vergoeding van directe meerkosten die voortkomen uit de COVID-19 maatregelen en over extra uitgaven over het geheel van 2020 voor zover die gerelateerd kunnen worden aan een evident uitstel van noodzakelijke zorg.

De VNG heeft haar leden op 18 maart jl. opgeroepen gecontracteerde zorgaanbieders door te betalen, ook als er geen of een andere prestatie wordt geleverd. Het Rijk heeft deze oproep kracht bijgezet door op 25 maart jl., in afstemming met de VNG, een zeer dringend beroep op gemeenten te doen om hun aanbieders van jeugdhulp, jeugdbescherming, jeugdreclassering en maatschappelijke ondersteuning financieel zekerheid en ruimte te bieden. Gemeenten dienen de omzet van hun aanbieders onverminderd te vergoeden tot 1 juli, ook als sprake is van vraaguitval. Doel hiervan is het voorkomen van acute liquiditeitsproblemen, zodat de zorgcontinuïteit gewaarborgd blijft. Van zorgaanbieders

¹² Kamerstuk 34 104, nr. 273.

¹³ Kamerstuk 34 104, nr. 280.

¹⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 280.

¹⁵ <https://vng.nl/nieuws/afspraken-met-rijk-over-continuïteit-financiering-sd>.

wordt verwacht dat zij zich inspinnen om de professionele inzet zo goed mogelijk te benutten (binnen hun organisatie dan wel op andere plaatsen waar acute behoeften bestaan), en daarmee de eventuele omzetsdaling te beperken. Gemeenten bevorderen dit door daarover actief in gesprek te gaan met de aanbieders. Recent is met de VNG uitwerking gegeven aan een handreiking die ingaat op welke wijze gemeenten en aanbieders de financiering (tot initieel 1 juli 2020) vorm kunnen geven¹⁶.

Naast de afspraken over de continuïteitsbijdrage heeft het Rijk met gemeenten afspraken gemaakt over compensatie van de directe meerkosten die voortkomen uit de coronamaatregelen en het volgen van de RIVM-richtlijnen. Daarnaast zijn Rijk en gemeenten in gesprek over de extra uitgaven over het geheel van 2020 voor zover die gerelateerd kunnen worden aan een evident uitstel van noodzakelijke zorg. De nadere uitwerking van deze afspraken heeft inmiddels geleid tot een voorschot voor gemeenten van € 144 miljoen voor de meerkosten en uitgestelde noodzakelijke zorg. In de komende periode werken Rijk en VNG samen om definitieve afspraken te komen¹⁷.

Wijkverpleging

Voor de aanbieders die zorg aan ouderen via de Zvw leveren, zoals bijvoorbeeld in de wijkverpleging, zijn financiële waarborgen gebaseerd op de volgende regelingen.

Zorgverzekeraars hebben een continuïteitsbijdrage-regeling vastgesteld voor zorgaanbieders met een omzet van minder dan € 10 miljoen. Op basis van deze regeling kunnen zorgaanbieders een bijdrage aanvragen voor de onderdekking van doorlopende kosten, die een direct gevolg is van COVID-19. Voor instellingen met een omzet van € 10 miljoen of meer maken zorgverzekeraars aparte afspraken. Doel van de regelingen is om te borgen dat er voldoende zorgaanbod blijft zodat zorgverzekeraars nu en na de COVID-19 crisis aan hun wettelijke zorgplicht kunnen blijven voldoen. Zorgaanbieders hoeven deze bijdrage niet terug te betalen. Wel wordt zogenaamde inhaalzorg die zij leveren gedeeltelijk verrekend met de bijdrage. Naast deze continuïteitsbijdrage-regeling hebben de zorgverzekeraars aangegeven extra kosten van zorgaanbieders die veroorzaakt worden door COVID-19, te gaan vergoeden.

Voor de financiële afwikkelingen van deze regelingen heeft de NZa in een beleidsregel twee speciale prestaties vastgesteld: de prestatie «Continuïteitsbijdrage» en de prestatie «Meerkosten». Zorgaanbieders kunnen deze prestaties gebruiken om gemiste dekking van doorlopende kosten respectievelijk extra kosten te declareren bij zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars kunnen een beroep doen op de Catastroferegeling die is opgenomen in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. Deze regeling biedt hen de mogelijkheid om onder bepaalde wettelijke voorwaarden voor de kosten die zij als gevolg van COVID-19 maken, een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds te krijgen.

7. Implementatie abonnementstarief Wmo2015

Zoals eerder aan Uw Kamer gemeld¹⁸ is de implementatie door het CAK van het abonnementstarief Wmo 2015 aanzienlijk vertraagd. De volledige invoering van het abonnementstarief door het CAK vroeg om de ontwikkeling van een nieuw systeem. Dit systeem is nagenoeg tijdig

¹⁶ <https://vng.nl/nieuws/afspraken-continuïteit-financiering-sd-uitgewerkt>.

¹⁷ Kamerstuk 35 420, nr. 43.

¹⁸ Kamerstuk 29 538, nrs. 309, 310 en 316.

opgeleverd maar bleek op het moment van implementatie niet stabiel en niet in staat grotere volumes aan berichten te verwerken. Vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid en op nadrukkelijk advies van het CAK is eind vorig jaar besloten tot een geleidelijke overgang naar de ingebruikname van het nieuwe ICT-systeem.

Het CAK heeft sinds het begin van dit jaar externe deskundigen ingeschakeld om tot een goed werkend systeem te komen inclusief de ingekochte programmatuur. Inmiddels heeft het CAK op basis van uitgevoerde onderzoeken vastgesteld dat met het ontworpen en gereali-seerde systeem er een goede basis ligt. Tegelijkertijd is door deze deskundigen een aantal aanbevelingen gedaan die door het CAK worden geïmplementeerd. Dit heeft de daadwerkelijke aansluiting van gemeenten verder vertraagd. De komende periode zet het CAK in op verdere opschaling van de gefaseerde aansluiting van gemeenten. Er is, weliswaar in afnemende mate, nog steeds sprake van uitval van berichten die om herstelactiviteiten vragen. De cliënten hebben hier geen last van.

Het directe gevolg van bovenstaande is dat de verzending van facturen aan het overgrote deel van de cliënten verdere vertraging oploopt. Ik betreur deze situatie en bezie op dit moment de mogelijkheden deze problematiek zo snel mogelijk tot een oplossing te komen. Ik heb intensief overleg met CAK en VNG over de voortgang van de implementatie. Daarbij heb ik vanwege de ontstane vertraging bij het CAK en het belang van een spoedig herstel de NZa verzocht de uitvoering van een werkend ICT-systeem bij het CAK te monitoren en mij daarover te rapporteren.

Cliënten worden vanaf deze week geïnformeerd via de CAK-website en per brief. Hierbij worden zij geattendeerd op het reserveren van geld voor nog te ontvangen facturen en op de mogelijkheid van een gespreide betaling zodra meerdere facturen later dit jaar tegelijkertijd in rekening worden gebracht. Cliënten kunnen ook terecht bij de helpdesk van het CAK voor een toelichting op hun situatie. In mijn brief van 22 april jl. heb ik uw Kamer¹⁹ geïnformeerd dat als gevolg van de COVID1-19 crisis in april en mei voor het merendeel van de Wmo-voorzieningen geen eigen bijdrage wordt geïnd. Het effect van deze maatregel betekent dat de totale hoogte van de facturen over 2020 als gevolg van de vertraagde implemen-tatie bij het CAK, voor het overgrote gedeelte van de cliënten wordt beperkt tot maximaal € 190 (10 maanden à € 19).

8. Uitvoering moties en toezeggingen

Als laatste onderdeel ga ik in op de onderstaande toezeggingen aan en moties van uw Kamer.

Ruimte voor inbreng van professionals in de besteding van kwaliteits-gelden

Kwaliteitsgelden worden op dit moment toegekend aan zorgaanbieders op basis van de kwaliteitsplannen die door hen opgesteld worden. De motie van de leden Ellemeet en Laan-Geselschap²⁰ gaat hier op in en verzoekt het kabinet om samen met professionals meer ruimte te creëren voor hun inbreng in de besteding van de kwaliteitsgelden. Dit met als doel om betere kwaliteit en meer capaciteit te bevorderen. In de praktijk zijn zorgverleners meestal nauw betrokken bij het opstellen van deze kwaliteitsplannen. Om dit ook te waarborgen is het Kwaliteitskader

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 277.

²⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 466.

Verpleeghuiszorg eind 2019 gewijzigd. De wijzigingen geven verpleegkundigen en verzorgenden het recht op instemming met de kwaliteitsplannen.

Uitbreiding van artikel 3.1.2 van de Wlz naar broers en zussen met een indicatie

Tijdens het VAO verpleeghuiszorg (Handelingen II 2019/20, item 59, nr. 12) is door de leden Laan-Geselschap en Sazias een motie²¹ ingediend om ervaringen met voorrangbeleid van broers en zussen van mensen met dementie in verpleeghuizen in beeld te brengen. Daarnaast verzoeken zij om op basis van die resultaten te inventariseren in hoeverre het mogelijk is om artikel 3.1.2 van de Wet langdurige zorg uit te breiden met broers en zussen met een indicatie.

De Wlz biedt mogelijkheden om partners mee te verhuizen naar het verpleeghuis, tenzij het een gesloten afdeling betreft. Bij de meeste zorgorganisaties zijn de woonruimtes voor echtparen echter beperkt. Als partner worden aangemerkt: de echtgenoot, de geregistreerde partner of een ongehuwde meerderjarige die met een ongehuwde zorgvrager een gezamenlijke huishouding voert (behalve als het bloedverwanten in de eerste graad betreft). Dit betekent dat een broer of zus met wie de zorgvrager een gezamenlijke huishouding voert, kan meeverhuizen naar de instelling. De zorgvrager met een Wlz-indicatie heeft recht op de zorg, de meeverhuizende partner betaalt een extra bijdrage voor het wonen. Als de zorgvrager overlijdt of verhuist naar een gesloten afdeling mag de meeverhuisde partner in het verpleeghuis blijven wonen.

ActiZ is gevraagd te inventariseren hoe vaak het voorkomt dat een broer of zus meeverhuist naar het verpleeghuis van de zorgvrager. Uit deze inventarisatie blijkt dat er nauwelijks gevallen bekend zijn waarbij een broer of zus, die geen gemeenschappelijke huishouding voert met de zorgvrager, samen wil wonen in het verpleeghuis. Voor de gevallen waar wel sprake is van die wens zal de zorgorganisatie – zoals altijd – rekening houden met de individuele wens van de zorgvrager.

Gedwongen verhuizing van ouderen

De verhuizing van bewoners van een verpleeghuis naar andere huisvesting is soms noodzakelijk. Bij het sluiten van zorginstellingen kan de (verplichte) verhuizing naar een ander tehuis een enorme impact hebben op de bewoners. Dit sluit aan op de aangenomen motie²² van mevrouw Sazias waarin zij benoemt dat de impact van verplichte verhuizingen op de bewoners vergroot wordt door miscommunicatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener. De motie verzoekt daarbij de regering om verplichte verhuizingen van bewoners bij het sluiten van een zorginstelling zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

De norm voor goede zorg is persoonsgerichte (en passende) zorg. Dat wil zeggen dat voor alle bewoners van verpleeghuizen er gemotiveerde, deskundige en voldoende zorgverleners zijn om zich in hen te verdiepen en hen de zorg te bieden die bij hen past. Voor bewoners van verpleeghuizen kan een (verplichte) verhuizing bijzonder ingrijpend zijn en daarom dient dit proces zeer zorgvuldig uitgevoerd te worden. Zorgaanbieders dienen rekening te houden met nadelige gevolgen van een (verplichte) verhuizing en de bewoner te ondersteunen.

Zorgvragers en hun naaste(n) zijn bij een verhuizing veelal bang voor het verlies van directe contacten, activiteiten en diensten. Om dit proces zo optimaal mogelijk te laten verlopen, proberen zorgorganisaties hen goed

²¹ Kamerstuk 31 765, nr. 483.

²² Kamerstuk 31 765, nr. 487.

en tijdig te informeren (d.m.v. informatiebijeenkomsten en bewonerscommissies). Dit kan onzekerheid, angst en weerstand voorkomen. Bij een (verplichte) verhuizing wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met individuele wensen van bewoners, bijvoorbeeld wat betreft tussenoplossingen en plaatsing bij de nieuwe locatie. ActiZ is gevraagd om te inventariseren hoe verhuizingen van zorgvragers verlopen. In veel gevallen verloopt een verhuizing goed. Er zijn enkele situaties bij ActiZ bekend waar een verhuizing niet goed is verlopen. De IGJ blijft de ontwikkelingen volgen vanuit haar reguliere toezicht en zal ingrijpen indien nodig.

Belemmeringen in het creëren van een wijkfunctie

De afgelopen jaren, zijn er verschillende initiatieven vanuit verpleeghuizen opgezet om de verbinding te leggen met de wijk. Zo kan bijvoorbeeld een deel van de activiteiten in een verpleeghuis ook waardevol zijn voor de thuiswonende ouderen. Door de leden Ellemeet en Bergkamp is geconstateerd dat veel verpleeghuizen nog geen wijkfunctie vervullen, omdat er onduidelijkheid is dan wel belemmeringen ervaren worden in de samenwerking tussen verpleeghuis en voorzieningen uit de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Tijdens het VAO verpleeghuiscare (Handelingen II 2018/19, nr. 102, item 3) is hierover een motie²³ ingediend met het verzoek aan de regering om ervaren obstakels te inventariseren ten aanzien van het creëren van een wijkfunctie van verpleeghuizen.

Uit gesprekken met zorgaanbieders blijkt dat zij voornamelijk belemmeringen in de financieringsstromen ervaren. Zorgaanbieders geven aan dat zij vaak eerst een prestatietitel nodig hebben, voordat een dergelijke wijkvoorziening bekostigd kan worden, waardoor domeinoverstijgende samenwerking lastig is. In de kamerbrief van 23 december 2019 over domeinoverstijgende samenwerking²⁴, werd er al eerder gesproken over financiële belemmeringen. In deze brief is er toegezegd de Kamer te informeren over het proces niet-cliëntgebonden financiering in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de inzet van preventieve activiteiten vanuit de Wlz. In aanvulling op deze brief is naar aanleiding van de motie de huidige stand van zaken inzake de wijkfunctie tijdens gesprekken met verschillende zorgaanbieders geïnventariseerd.

In diezelfde brief is toegezegd om in 2020 te verkennen hoe de grenzen tussen de domeinen flexibeler vormgegeven kunnen worden, zodat de samenwerking ten behoeve van goede zorg niet wordt gehinderd of vertraagd door een afwachtende houding vanwege de vraag wie wat wanneer financiert. De uitkomsten van de verkenning worden gedeeld met uw Kamer, deze worden uiterlijk eind 2020 verwacht.

Samenwerking tussen huisartsen en casemanagers dementie

De motie van het lid Slootweg²⁵ verzoekt de regering met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) afspraken te maken om de samenwerking tussen huisartsen en casemanagers dementie te bevorderen. Begin maart heb ik met de LHV, V&VN, Alzheimer Nederland, Laego, InEen en Dementie Netwerken Nerdeland (DNN) gesproken over de samenwerking tussen huisartsen en casemanagers. In dat overleg kwam sterk naar voren dat het relevant is om op regionaal niveau in te zetten op verbetering van samenwerking. Ik neem dit mee in de uitwerking van de Nationale dementiestrategie 2021–2030. Daarnaast bleek in het overleg dat partijen

²³ Kamerstuk 31 765, nr. 418.

²⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 459.

²⁵ Kamerstuk 23 235, nr. 191.

- op landelijk niveau al inzetten op een aantal concrete acties. Hieronder een kort overzicht van de lopende en nieuwe acties van de partijen.
- De LHV plaatste begin 2020 geactualiseerde informatie op haar website over casemanagers dementie. Deze informatie is afgestemd met Alzheimer Nederland en biedt huisartsen o.a. informatie over de verwijzing naar casemanagement en de taken van een casemanager.
 - Verschillende beroepsgroepen zijn momenteel bezig met het actualiseren van relevante richtlijnen, standaarden of handreikingen. Bij deze actualisaties krijgt de samenwerking tussen huisarts en casemanager extra aandacht. Ook Alzheimer Nederland kan daarbij betrokken worden.
 - De V&VN en de Beroepsvereniging voor professionals in sociaal werk (BPSW) zullen hun achterban (opnieuw) stimuleren om samenwerking met huisartsen actief op te zoeken en toelichten waarom samenwerking belangrijk is.
 - Met de partijen die bij de ontwikkeling van de Handreiking kwetsbare ouderen²⁶ betrokken waren wordt gekeken of (en hoe) het mogelijk is om het in samenhang organiseren en op elkaar afstemmen van de zorginzet van verschillende professionals voor een kwetsbare oudere een structurele basis te geven in de financiering van de zorgverlening.
 - Tot slot werken partijen in de wijkverpleging toe naar herkenbare en aanspreekbare teams, op basis van de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Deze ontwikkeling is zeker ook relevant voor mensen met dementie die een beroep doen op wijkverpleging (waar casemanagement dementie onderdeel van is).

Na de zomer informeer ik bij partijen of acties zijn afgerond en of er behoefte is aan aanvullend overleg. Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

Daarnaast deed ik u in de Kamerbrief van 18 februari 2020²⁷ de toezegging om u voor de zomer te informeren of aanvullende acties nodig zijn naar aanleiding van nieuw onderzoek naar gebruik van casemanagement en nieuwe cijfers over wachtlijsten casemanagement. Mede door de COVID-19 crisis is dit onderzoek op verzoek van veldpartijen uitgesteld en zal ik u hierover uiterlijk begin 2021 verder informeren.

Vergelijking met Scandinavische landen

Uw Kamer heeft mij in de commissiebrief van 14 mei 2020 verzocht om een tweetal rapporten van een kabinetsreactie te voorzien: 1) Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing»²⁸; 2) «Verschillen in uitgaven aan langdurige zorg tussen Nederland, Zweden en Denemarken. Feiten en verklaringen»²⁹. Hierbij voldoe ik aan uw verzoek.

De internationale vergelijkingen van Vilans laten zien dat de beweging die de Scandinavische landen hebben gemaakt naar langer thuis wonen een lange termijn investering heeft geveerd. De keuzes die in de jaren »90 zijn gemaakt nu werpen hun vruchten af in de uitdagingen van de vergrijzing. Het beleid is gericht op thuis wonen met een goede kwaliteit van leven, zelfredzaamheid behouden en vergroten (reablement) en preventie. Er zijn wel verschillen tussen Nederland en Scandinavië. De Scandinavische landen hebben een overwegend publiek zorgstelsel, veelal geïntegreerd tussen en binnen bestuurslagen. Curatieve zorg is in de meeste gevallen

²⁶ Zie: <https://www.beteroud.nl/nieuws/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>.

²⁷ Kamerstukken 29 689 en 25 424, nr. 1047.

²⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 248.

²⁹ Kamerstuk 34 104, nr. 277.

regionaal georganiseerd. Zorg, wonen en ondersteuning zijn een verantwoordelijkheid van gemeenten. In Nederland zijn de gemeenten verantwoordelijke voor wonen, zorg en ondersteuning binnen het sociale domein maar niet daarbuiten.

Deze vergelijking die is gemaakt met de Scandinavische landen sterkt me in de overtuiging dat het van groot belang is om nu en in de toekomst het beleid te blijven richten op thuis wonen met een goede kwaliteit van leven, zelfredzaamheid (reablement) en preventie. De programma's van VWS, zoals Langer Thuis, de wachtlijstenaanpak in de verpleeghuiszorg, de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek, de aandacht voor domeinoverstijgende samenwerking en het Preventieakkoord zijn daar al duidelijke voorbeelden van. Ik vind de geleerde lessen uit de Scandinavische landen relevant en ik zal de uitkomsten daarom betrekken bij de totstandkoming van de contourennota.

Vilans heeft in haar internationale vergelijkingen gekeken naar de uitgaven aan langdurige zorg in Nederland en de Scandinavische landen. De uitgaven blijken echter lastig vergelijkbaar tussen de landen vanwege interpretatieverschillen in de data. Op dit moment is het daarom lastig om hier beleidsmatige lessen uit te trekken.

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