

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1151979-165270-LZ

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
31 765

Datum 4 juli 2017
Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake VSO inzake Voortgang kwaliteitskader
verpleeghuiszorg (31 765, nr. 273)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij stuur ik u de antwoorden op de gestelde vragen in het VSO inzake
Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg (31 765, nr. 273).

De ambitie van het kabinet om de verpleegzorg te verbeteren was en is groot. Dit
in het besef dat de Nederlandse ouderenzorg al van hoog niveau is en al veel
ontwikkeling heeft doorgemaakt. Nog maar enkele tientallen jaren geleden was
het gebruikelijk dat ouderen op grote slaapzalen lagen, zonder privacy. Later
werden dat meerpersoonskamers. Onder mijn voorganger Bussemaker werd de
stap gezet naar eenpersoonskamers voor iedereen.

De huidige groep ouderen in onze samenleving stelt nieuwe eisen aan de zorg.
Goede zorg is een belangrijke voorwaarde, maar tegelijkertijd niet genoeg: een
verpleeghuis moet ook een fijn thuis zijn. Minstens zo belangrijk voor de bewoners
zijn liefdevolle aandacht van het personeel, zinvolle dagbesteding en goed en
gezond eten. Voor familie en bekenden is het belangrijk betrokken te zijn en te
worden bij de persoonlijke zorg voor hun naaste. Want wanneer iemand zich thuis
voelt, laat je de zorg met een gerust hart over aan een ander. Voor het personeel
is het van belang dat zij meer tijd en aandacht kunnen geven aan hun bewoners,
dat er geen overvloedige managementlagen zijn en bestuurder en personeel elkaar
kennen.

De nieuwe visie op verpleegzorg van dit kabinet is neergelegd in het programma
'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' dat ik u in februari
2015 heb toegezonden.

De uitvoering van dit verbeterprogramma is een zaak van de lange adem.
Tegelijkertijd is een aantal stappen gezet om op korte termijn maatregelen te
nemen op die plekken waar de kwaliteit onder de maat was. In dit kader hebben
wij gesproken over de instellingen waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg
(IGZ) de grootste zorgen over had. Tevens is begin dit jaar een eenmalig extra
bedrag van €100 miljoen extra beschikbaar gesteld aan die verpleeghuizen die dit
het hardst nodig hadden.

Een zeer belangrijk onderdeel van het programma 'Waardigheid en Trots' was het formuleren van nieuwe, afdwingbare kwaliteitsnormen. Conform de wens van uw Kamer zijn deze vastgelegd in een juridisch bindend kwaliteitskader dat ik u begin dit jaar heb toegezonden. Eén van de hoofdpunten hiervan is meer personeel: in totaal zijn op termijn ruim 40.000 extra fte nodig. Dit zullen zowel verpleegkundigen en verzorgenden zijn als personeel dat zich vooral inzet voor een zinvolle dagbesteding. Om dit mogelijk te maken werk ik met collega Bussemaker aan een scholingsagenda en met collega Schippers aan een arbeidsmarktagenda in de zorg.

Het stellen van hogere normen en het aanstellen van extra personeel gaat uiteraard met extra kosten gepaard. Vooruitlopend op het definitieve kostprijsonderzoek door de NZa eind dit jaar is daarom, tevens conform de wens van de Kamer, een voorlopige impactanalyse van dit kwaliteitskader gemaakt¹. Zoals ik u eerder berichtte is op termijn €2,1 miljard nodig om het kwaliteitskader uit te voeren. Om toe te groeien naar deze investering is reeds dit jaar, bovenop de eerder genoemde incidentele €100 miljoen, een bedrag van €100 miljoen structureel beschikbaar gesteld voor de verpleeghuiszorg.

Ook in 2018 dienen stappen te worden gezet. Daarom heeft het kabinet besloten om volgend jaar nog eens €335 miljoen toe te voegen aan het budget zodat in 2018 in totaal €435 miljoen meer te besteden is dan aanvankelijk geraamd. Met de nieuwe middelen kunnen reeds volgend jaar 7.000 extra medewerkers fulltime aan de slag in de verpleegzorg. Deels zullen dit nieuwe medewerkers zijn, deels zal dit kunnen worden bereikt door bestaande (kleine) deeltijdcontracten uit te breiden. Dekking van dit bedrag is gevonden binnen het geheel van mee- en tegenvallers op de rijksbegroting, waaronder mutaties binnen het Budgettair Kader Zorg. Met de inzet van de extra middelen verwacht ik dat zorgkantoren bij de zorginkoop zullen sturen op de uitbreiding van het huidige personeelsbestand, zodat voldoende uitvoering wordt gegeven aan het kwaliteitskader en er in 2018 zichtbaar meer personeel werkzaam is in de verpleeghuiszorg.

Ik ben er van overtuigd dat de reeds genomen maatregelen, de invoering van de nieuwe normen voor kwaliteit en de extra middelen voor met name personeel ertoe zullen leiden dat de verpleegzorg in Nederland verder verbetert.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

¹ Zie ook mijn brief van 31 maart 2017, 31 765 nr. 266 Kwaliteit van zorg

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. XXXXX

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2017

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 mei 2017 inzake Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg (31 765, nr. 273).

De op 9 juni 2017 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 2017 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
- II. Reactie van de staatssecretaris**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris inzake ‘Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg’. Deze leden zijn van mening dat liefdevolle en goede ouderenzorg normaal moet zijn. De allerbeste verpleeghuizen moeten daarom de norm worden in Nederland en als voorbeeld dienen voor de rest. Het is daarom goed dat er een kwaliteitskader verpleeghuiszorg is dat transparant maakt wat wij verwachten aan kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Dat is in het belang van ouderen die nu in een verpleeghuis wonen en voor de toekomstige bewoners. Deze leden hebben nog wel enkele vragen.

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 bieden. Met de inschrijving van het kader in het openbaar register heeft het de status van kwaliteitsstandaard geregen. Kan de staatssecretaris feitelijk toelichten hoe inschrijving in het register tot die status leidt? Op basis waarvan gaat vervolgens de juridische borging en binding gelden? De leden van de VVD-fractie vragen wat dit betekent voor de juridische status van het verbeterde kwaliteitskader gehandicaptenzorg dat komende maand van kracht wordt.

Voor de raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is in de raming van het Centraal Planbureau (CPB) rekening gehouden met drie extra factoren in vergelijking met de impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het gaat onder andere om demografische ontwikkelingen, extra overhead en een aanzuigende werking. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat ook andere factoren van invloed kunnen zijn op het totale bedrag. Het gaat onder meer om de beleidsinzet om regeldruk en administratieve lasten (flink) terug te dringen, de wens van ouderen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen en de inzet van innovatie, zowel technologische toepassingen (e-health en domotica) als procesinnovatie.

Waarom heeft het CPB ervoor gekozen om dergelijke factoren niet mee te nemen in hun nadere analyse? Is het mogelijk om deze factoren alsnog mee te nemen in de berekening van de structurele extra kosten?

De staatssecretaris stelt verder dat in de impactanalyse en de raming geen rekening is gehouden met extra uitvoeringskosten voor zorgkantoren en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), kosten van additioneel

arbeidsmarktbeleid en transitiekosten. De leden van de VVD-fractie vragen de staatssecretaris of hij inzicht kan geven in de mogelijke extra uitvoeringskosten en transitiekosten.

De staatssecretaris schrijft dat zorgaanbieders verplicht zijn zorg te leveren die voldoet aan de eisen die het kwaliteitskader daaraan stelt. De NZa heeft de taak de tarieven zo vast te stellen dat aan die verplichtingen kan worden voldaan. De personeelsnorm is een element uit het kader. In de inleiding van de impactanalyse schrijft de NZa daarover 'Het kwaliteitskader gaat over diverse onderwerpen, waarvan de personeelssamenstelling één hoofdstuk is. Wij hebben in de berekening uitsluitend aandacht besteed aan dat hoofdstuk. Ook de andere onderdelen zijn van wezenlijk belang voor de kwaliteitsslag in de verpleeghuiszorg. Daarvan is de impact op de kostprijs echter beperkter en lastiger vast te stellen'. De leden van de VVD-fractie vragen hoe de impact van de andere hoofdstukken bepaald gaat worden om tot een volledig beeld van de financiële impact te komen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft door de inschrijving door het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) in het openbaar register de status van een kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee juridisch geborgd en bindend. De leden van de VVD-fractie lezen dat de sector de komende periode aan de slag zal gaan met landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en bij de aard van de doelgroep(en). De huidige landelijke normen worden daarmee verder gespecificeerd aldus de staatssecretaris. Deze leden vragen de staatssecretaris in hoeverre deze contextgebonden normen mede onderdeel zullen zijn van de kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg of dat ze in de plaats komen van. Als het 'in de plaats is van', vormen die normen dan samen de kwaliteitsstandaard? Hoe moet in dat geval de landelijke werking gezien worden? Als de contextgebonden normen onderdeel worden van het huidige kader, wat betekent dat dan voor de juridische status van het kader? Kan de staatssecretaris daarnaast aangeven of hij verwacht dat de contextgebonden normen tot extra kosten zullen leiden?

Voor het jaar 2017 zijn extra middelen vrijgemaakt om te kunnen investeren in de kwaliteit van verpleeghuiszorg. 100 miljoen euro is begin 2017 incidenteel gereserveerd voor de instellingen die de middelen het hardste nodig hebben. Nog eens 100 miljoen euro is structureel gereserveerd als eerste stap om de kwaliteit in alle verpleeghuizen te verbeteren. De leden van de VVD-fractie vragen de staatssecretaris welke effecten dit heeft op het Budgettair Kader Zorg (BKZ). In hoeverre moeten zorginstellingen aan voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor deze extra middelen? Moeten instellingen bijvoorbeeld in hun kwaliteitsverslag laten zien waaraan zij de middelen hebben besteed?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden zijn verheugd dat de personeelsnormen uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg de minimale norm zijn geworden voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Wel vrezen de leden van de PVV-fractie dat deze norm in een steeds zwaarder wordende groep bewoners te laag is of zal worden. Is de staatssecretaris bereid dit op termijn nader te bekijken?

Het kwaliteitskader zal leiden tot extra kosten. Hoeveel geld wordt hiervoor beschikbaar gesteld? Komt dit geld nog op tijd voor de bewoners die er nu wonen? Zo nee, wat kan de staatssecretaris voor de huidige bewoners betekenen? Wanneer komt het geld beschikbaar? Op welke manier wordt het geld verdeeld?

Duidelijk is dat door de verwachte stijging (demografische ontwikkeling) van het aantal verpleeghuiscliënten het kwaliteitskader de komende jaren op een grotere groep betrekking zal hebben. Dat leidt tot hogere kosten van 0,3 miljard euro. De leden van de PVV-fractie willen weten welk scenario dit betreft.

Het CPB voegt hier nog 2 factoren aan toe, namelijk overhead en aanzuigende werking. Kan de staatssecretaris uitleggen wat de aanzuigende werking is?

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd te lezen dat er met de extra middelen op termijn 40.000 fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Deze leden vragen echter wel hoe de staatssecretaris deze extra fte gaat invullen. Ook zijn zij benieuwd op welke termijn deze extra fte's er komen. Komen deze extra fte's nog op tijd voor de huidige bewoners? Op dit moment is er namelijk een enorm hoge werkdruk als gevolg van personeelstekorten. Het CPB gaat er vanuit dat de toegenomen kwaliteit in verpleeghuizen ertoe zal leiden dat meer kwetsbare cliënten hun indicatie zullen verzilveren en de overstap zullen maken naar een verpleeghuis. Waarom willen meer cliënten de overstap naar een verpleeghuis maken?

Het Zorginstituut heeft in het kwaliteitskader de landelijke normen voor voldoende en vakbekwaam personeel opgenomen. Per wanneer moeten zorginstellingen aan deze eisen voldoen? Wat zijn de consequenties wanneer er niet aan deze eisen voldaan wordt?

Onzeker is in hoeverre de toekomstige generatie gebruik wil maken van verpleeghuiszorg. Er is immers sprake van een trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dat kan betekenen dat een deel van de extra middelen op termijn nodig zal zijn om juist de zorg thuis te verbeteren. Deze leden van de PVV-fractie merken op dat dit geld nodig is voor de verbetering van de verpleeghuiszorg. Deze leden zijn van mening dat als de zorg thuis verbeterd moet worden, er extra middelen ingezet moeten worden voor deze verbetering. Is de staatssecretaris dit met deze leden eens?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de ‘Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg’ en maken graag van de gelegenheid gebruik om aanvullende schriftelijke vragen te stellen. Voor genoemde leden is het namelijk niet helemaal duidelijk wat deze brief voor de toekomst van de verpleeghuiszorg in het bijzonder en de langdurige zorg in het algemeen betekent. Op welk moment was het de staatssecretaris duidelijk dat het vaststellen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg door het Zorginstituut en het inschrijven daarvan in de openbare registers leidde tot een extra bedrag van 2,1 miljard euro structureel? Dat blijkt toch niet uit de brieven van 16 november 2016 en 13 januari 2017? Kan de staatssecretaris uiteenzetten welke wetgeving of lagere regelgeving het kwaliteitskader verpleeghuiszorg juridisch bindend maakt? Hoe verhoudt het bedrag van 2,1 miljard euro zich tot het bedrag van 100 miljoen euro dat beschikbaar gesteld werd begin 2017 voor de slechts presterende verpleeghuizen?

Kan de staatssecretaris toelichten of en zo ja, voor welke andere vormen van zorg momenteel kwaliteitskaders opgesteld worden die eveneens opgenomen worden in het openbare register? Welke budgettaire effecten hebben die kwaliteitskaders? Wat betekent het feit dat de tarief regulering van de NZa de uitvoering van de toepasselijke kwaliteitsstandaarden mogelijk moet maken voor de discussie die op woensdag 7 juni 2017 gevoerd werd over de tariefstructuur voor het casemanagement dementie (waar eveneens een kwaliteitskader is vastgesteld en ingeschreven is in het openbare register) en voor de contractering daarvan door zorgverzekeraars, aangezien de NZa in de monitor wijkverpleging heeft geconstateerd dat die in bepaalde contracten te laag is? Het genoemde voorbeeld is dan toch ook juridisch geborgd en bindend?

In scenario 3 van de Impactanalyse (NZa) wordt uitgegaan van de huidige best presterende zorgaanbieders die de norm worden voor alle zorgaanbieders, zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de bedrijfsvoering, overhead en efficiency. Kan de staatssecretaris aangeven wat het verschil is tussen de zorgverlening bij scenario 3 zorgaanbieders op dit moment in relatie tot het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Het is de leden van de CDA-fractie niet duidelijk hoe het extra budget voor de verpleeghuiszorg vanaf de zorginkoop 2019 precies wordt verdeeld. Wordt het extra budget standaard in de tarieven opgenomen of wordt er onderscheid gemaakt tussen goed en slecht presterende zorgaanbieders? Of krijgt men een basisbedrag en een extra vergoeding voor het aannemen van meer personeel (de zogenaamde handen aan het bed)? Is het voorstelbaar dat aangezien de wet kwaliteit klachten geschillen zorg voorschrijft dat de zorgaanbieder goede zorg biedt die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt en de financiële consequenties van het vastgestelde kwaliteitskader verpleeghuiszorg per zorgaanbieder anders zijn? Indien het antwoord ontkennend is waarom niet?

Hoeveel MBO en HBO opgeleid zorgpersoneel sluiten er jaarlijks hun opleiding met succes af en hoeveel daarvan kiezen vervolgens voor de verpleeghuiszorg? Is dit aantal voldoende om van 10.000 vacatures in de verpleeghuiszorg nu en de 40.000 die uiteindelijk nodig zijn? Wat gebeurt er met het benodigde budget als er bijvoorbeeld maar 6.000 vacatures vervuld kunnen worden?

Kan bij het vaststellen van de passende tarieven een rekenregel meegenomen worden als gevolg waarvan de maximale overhead (al dan niet forfaitair) vastgesteld wordt op een maximaal percentage? Op termijn zal er 40.000 extra fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Maar wie gaat die dan invullen? Is dit reëel met de tekorten aan personeel in de zorg? Denk ook aan de regio's die te kampen hebben met vergrijzing en krimp. Hoe ziet de staatssecretaris dit?

Er wordt in de brief aangegeven dat deze extra middelen kunnen leiden tot een aanzuigende werking voor de Wet langdurige zorg (lees in een verpleeghuis te gaan wonen) maar klopt deze redenering zo vragen genoemde leden. De indicatiestellingen Wmo/Zvw is toch niet gekoppeld aan of leiden automatisch tot een Wlz indicatie? Kan de staatssecretaris hier een uitgebreide toelichting op geven?

Voorts ontvangen de leden van de CDA-fractie graag een toelichting op de zogenaamde contextgebonden zorg. Wat wordt hier concreet mee bedoeld en kan de staatssecretaris enkele voorbeelden geven? Hoe flexibel c.q. strikt is die norm eigenlijk of is het richtinggevend?

Is er bij de impactanalyse uitgegaan van een strikte norm of is er ook rekening gehouden met de contextgebonden norm? Gaat die norm bijvoorbeeld ook over regio's die met krimp te maken hebben, waarbij het niet reëel is dat ze de normen in het kader halen?

Er wordt 100 miljoen euro beschikbaar gesteld voor verpleeghuislocaties waar op het moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen. Is gebrek aan geld de reden dat er slechte zorg geleverd wordt en is dat nodig om een verbeterslag te laten maken? Het moet wel helder zijn wat de kern van het probleem is, want er zijn ook genoeg instellingen waarbij het wel goed gaat. Hoe wordt er voor gezorgd dat het extra geld wel ten goede van de zorg komt?

Tenslotte stelt de staatssecretaris ook 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 middelen. Kan de staatssecretaris eens toelichten wat hij hier precies mee bedoelt?

Tot slot, komt de schriftelijke beantwoording over de voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor de plenaire behandeling van de voorjaarsnota naar de Tweede Kamer?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris van betreffende de ‘Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg’. Hierover hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

Tijdspad

Graag zouden de leden van de D66-fractie een tijdspad ontvangen terugblikkend op de afgelopen periode waar het verzoek tot het ontwikkelen van het kwaliteitskader van het veld naar het Zorginstituut werd overgeheveld. Op welk moment het Zorginstituut besloot haar doorzettingsmacht in te zetten en op welk moment de bijkomende kosten inzichtelijk werden en op welk moment alle stappen in dit proces aan de Kamer werden gecommuniceerd. De leden ontvangen graag helderheid over wanneer de kosten inzichtelijk waren bij het Zorginstituut, op welk moment bij de betrokken ministeries en op welk moment bij de Kamer. Kan de staatssecretaris daarbij uiteenzetten welke ministeries op welk moment betrokken zijn geraakt? Is dit bedrag nu per se noodzakelijk, of kan er ook voor gekozen worden het kwaliteitskader aan te passen? Kan tot slot precies worden aangegeven wanneer en op welke wijze de staatssecretaris de Kamer geïnformeerd heeft over de verplichte financiële consequenties van de doorzettingsmacht van het Zorginstituut als het gaat om het kwaliteitskader?

Kwaliteitskader

De leden van de D66-fractie vernemen graag op welke wijze de bezettingsnorm wordt vastgesteld, en op basis van welk(e) onderzoek(en). Tevens vernemen deze leden graag op welke wijze het grote aantal vacatures invloed heeft op de realisatie van het kwaliteitskader en welk beleid hierop ingezet zal worden.

Zorginstituut

De leden van de D66-fractie ontvangen graag een toelichting op het juridische kader rondom de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Ook ontvangen zij graag opheldering over de positie en bevoegdheden van het Zorginstituut in bredere zin. Was de staatssecretaris bewust van de financiële consequentie van meer dan 1 miljard euro? Hoe wordt in de toekomst geborgd dat extra geld, in deze orde van grootte, alleen na expliciete politieke besluitvorming beschikbaar wordt gesteld?

Momenteel loopt ook het kwaliteitskader voor de gehandicaptensector. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de staatssecretaris of er analoog aan de verpleeghuiszorg dit een financiële verplichtende consequentie heeft?

Financiële consequenties

De leden van de D66-fractie ontvangen graag opheldering over de exacte hoogte van de financiële consequenties en de mogelijkheden die er bestaan om dit aan te passen en of er dus sprake is van flexibiliteit? Bestaan er, daarnaast, instrumenten om te waarborgen dat het extra geld terecht komt op de plekken waar het best tot zijn recht komt? Graag een toelichting op dit punt.

Op welke wijze zal er gecommuniceerd worden wat dit geld concreet betekent voor cliënten in verpleeghuizen? Deelt de staatssecretaris de mening dat deze toename aan personeel ook vraagt om een andere wijze van organiseren? Is er concreet ook meer management nodig? Worden organisatievermogen en management ook nog meegenomen in de uitrol van dit kwaliteitskader? Kan de staatssecretaris tot slot aangeven in hoeverre dit bedrag slechts een beperkte blik beslaat, omdat er in de eerstelijns ook bezettings- en kwaliteitsvraagstukken leven. Kan worden aangegeven in hoeverre de focus van dit gekozen bedrag niet teveel op intramurale zorg ligt? Kan worden aangegeven in hoeverre dit geld eventueel ook beschikbaar is voor mensen die langer thuis blijven wonen?

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief inzake ‘Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg’. Zij hebben daarover nog de volgende vragen en opmerkingen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de juridische bindendheid van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Voorts vragen zij daarbij hoeveel verpleeghuizen op dit moment in staat zijn deze kwaliteitsnormen te implementeren. Daarbij vragen zij in hoeverre de 100 miljoen euro investering specifiek wordt besteed. Kan de staatssecretaris een heldere uiteenzetting geven van de besteding van deze 100 miljoen euro? Genoemde leden zijn van mening dat het prioriteit heeft meer zorgmedewerkers aan te nemen. Voorts zijn zij benieuwd of de staatssecretaris deze constatering deelt, en hoe hier gevolg aan wordt gegeven.

Raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Impactanalyse NZa

De leden van GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de drie scenario's die de NZa heeft ontwikkeld om een raming van de meerkosten uiteen te zetten. Zij zijn voorts geïnteresseerd of er bij hogere kosten dan de ramingen die er nu liggen een plan is deze te compenseren? Zoals de staatssecretaris immers zelf al aangeeft, plaatst de NZa kanttekening bij de

gevarieerdheid van de praktijk op aanbiedersniveau. In hoeverre is er binnen de tarieven ruimte om rekening te houden met de visie, de lokale omstandigheden en de bedrijfsvoering van verpleeghuizen? Genoemde leden vragen of de staatssecretaris ruimte ziet voor een compensatieregeling voor verpleeghuizen indien er zich onverwachte, niet aanrekenbare praktijksituaties voordoen.

Aanvulling impactanalyse met methode CPB

Voorts hebben de leden van de GroenLinks-fractie met belangstelling kennisgenomen van de methode van het CPB en de verschillen met de NZa. Genoemde leden vragen welke gevolgen dit heeft voor het kabinetsbeleid ten aanzien van de verbetering van verpleeghuizen. Deelt de staatssecretaris de analyse van het CPB dat de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking daadwerkelijk worden gemaakt? Zo ja, deelt de staatssecretaris de constatering van genoemde leden dat kosten voor overhead moeten en kunnen worden beperkt? De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de staatssecretaris iets ziet in een overhead of verzuimnorm voor verpleeghuizen waarmee dit daadwerkelijk wordt bewerkstelligd? Ten slotte vragen deze leden hoe de drie scenario's van de NZa zich verhouden tot de financiële consequenties van het kwaliteitskader?

Er is sprake van een ingroeipad

Met teleurstelling hebben de leden van de GroenLinks-fractie kennisgenomen van de lange tijdsduur die implementatie van het kwaliteitskader behelst. Ziet de staatssecretaris op korte termijn andere mogelijkheden om bijvoorbeeld meer zorgmedewerkers in verpleeghuizen aan de slag te laten gaan, bijvoorbeeld van MBO niveau 1 en 2? Voorts vragen zij wat de verwachte extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren, IGZ, transitiekosten zijn, of de kosten van additioneel arbeidsmarktbeleid al zijn berekend en door wie deze worden gedragen. De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat dit niet ten koste moet gaan van de implementatie van het kwaliteitskader in verpleeghuizen. Zij zijn benieuwd of de staatssecretaris deze constatering deelt en hoe deze extra kosten opgevangen gaan worden in de toekomst.

Factoren die van invloed zijn op de (geraamde) kosten Kostprijsonderzoek NZa

De leden van de GroenLinks-fractie kijken uit naar het kostprijsonderzoek van het NZa. Zij betreuren dat de nieuwe tarieven pas in juli 2018 worden vastgesteld, die pas van toepassing zijn op de zorginkoop van 2019. Ziet de staatssecretaris alternatieve mogelijkheden om implementatie van het kwaliteitskader te versnellen? Zij vragen hoe dit in de tussentijd toch nog zoveel mogelijk wordt geïmplementeerd. Daarbij vragen zij welke betrokken partijen onderdeel zijn van het intensief overleg met onder andere de NZa en de Wlz-uitvoerders voor wat betreft de voorwaarden van extra middelen die

beschikbaar worden gesteld? Zij vragen of verpleeghuizen hier zelf intensief bij betrokken zijn.

Contextgebonden normen

De leden van de GroenLinks-fractie kijken ook uit naar de ontwikkeling van landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en aard van de doelgroepen. Zij constateren dat deze eind 2018 gereed zijn, en pas vanaf 2020 daadwerkelijk worden geïmplementeerd. Voorts vragen zij of er een mogelijkheid bestaat dat er tussentijdse vorderingen kunnen worden geïmplementeerd, zodat de effecten op de kwaliteit van verpleeghuizen sneller gemerkt worden.

Toekomst verpleeghuiszorg

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat de toekomstige ontwikkelingen van de vraag naar thuis versus intramurale zorg zeer belangrijk zijn. Voorts vragen zij of de staatssecretaris hiervoor een visie voor de toekomst paraat heeft? Zij delen namelijk de constatering dat het zorgaanbod zo goed mogelijk moet aansluiten bij de wensen van de cliënt. Genoemde leden vragen welke juridische mogelijkheden er zijn om gedeeltelijke besteding van de extra middelen op termijn naar zorg thuis kan gaan.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg' en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. De staatssecretaris heeft aangegeven dat het kwaliteitskader juridisch geborgd en bindend is. De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris nader toe te lichten wat dit precies inhoud en welke consequenties dit precies heeft. Betekend dit dat de miljarden die nodig zijn voor goede verpleeghuiszorg daadwerkelijk hiervoor worden ingezet, ongeacht als er een nieuwe regering aantreedt?

Zoals de staatssecretaris weet zijn de leden van de SP-fractie erg teleurgesteld in het kwaliteitskader dat er ligt. In de minimale norm kunnen slecht functionerende bestuurders nog steeds ervoor kiezen om 2 zorgverlener op een te grote groep zetten. Neemt de staatssecretaris de aanname van de NZa over om 2 zorgverleners op een groep van 8 bewoners te zetten? Genoemde leden vinden het kwalijk dat er alleen op piekmomenten 2 zorgverleners worden ingezet, deze leden vinden dat de hele dag 2 zorgverleners op een groep van 8 bewoners zouden moeten worden ingezet. Deelt de staatssecretaris deze mening en gaat hij ervoor zorgen dat niet alleen tijdens de piekmomenten, maar de hele dag voldoende personeel wordt ingezet?

Graag een toelichting van de staatssecretaris op deze punten.

De NZa heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg 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 leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris de tarieven naar de Kamer te sturen als deze zijn vastgesteld.

De leden van de SP-fractie constateren dat de NZa en het CPB verschillende ramingen hebben gemaakt als het gaat hoeveel geld precies nodig is voor de verpleeghuizen. Met welke raming houdt de staatssecretaris nu precies rekening? Welke kosten en effecten worden verwacht? Neemt de NZa de ramingen van het CPB mee in hun kostprijsonderzoek?

Bij de inzet van de extra middelen is er sprake van een ingroeipad. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit groeppad er precies uitziet. Kan de staatssecretaris dit nader toelichten?

Jaarlijks kunnen volgens het CPB maximaal 10.000 fte worden ingezet. De leden van de SP-fractie willen weten hoe deze mensen worden geworven. Wordt er een beroep gedaan ook op de medewerkers die hun baan afgelopen jaren verloren zijn? Betekent dit dat zorgverleners met niveau 1 en 2 weer terug gevraagd worden in de verpleeghuizen? Is de staatssecretaris voornemens om werkgevers actief te stimuleren dat zorgmedewerkers uitbreiding van contracturen krijgen? Graag reactie op deze punten.

De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat in de impactanalyse van de NZa en de raming van het CPB nog geen rekening is gehouden met extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar ook kosten voor arbeidsmarktbeleid en transitiekosten. Hoe hoog zijn deze kosten voorzien, of neemt de NZa dit mee in hun kostprijsonderzoek?

De staatssecretaris geeft in de brief aan dat er een methode gevonden moet worden die ervoor zorgt dat extra geld de zorg aan cliënten ten goede komt, passend in het kwaliteitskader en de Wmg. De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris te garanderen dat bij deze methode, die nog ontwikkeld wordt, dit daadwerkelijk wordt ingezet voor cliënten en personeel en geld bestemd voor zorg niet terecht komt bij inhalige bestuurders, dure overhead, en dure prestige- en vastgoedprojecten. Deze leden verwachten hierop een positieve reactie van de staatssecretaris.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of de staatssecretaris nader kan toelichten wat precies wordt bedoeld dat de 'sector' aan de slag gaat met landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij zorgorganisaties en bij de aard van doelgroepen. Wat wordt hiermee concreet bedoeld?

In de brief wordt aangegeven dat het kan betekenen dat een deel van de middelen op termijn nodig zal zijn om de zorg thuis te verbeteren. De leden van de SP-fractie vragen of dit betekent dat het geld bestemd voor verpleeghuiszorg in de zorg thuis ingezet zal worden. Is dit mogelijk, aangezien het kwaliteitskader juridisch bindend is? Graag een reactie hierop. 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 leden van de SP-fractie vragen als er bij de totstandkoming van de begroting van 2018

er nog geen nieuwe formatie heeft plaatsgevonden, of de regering c.q. staatssecretaris ervoor wil zorgen dat het beloofde geld wordt ingezet voor de verpleeghuiszorg. Graag ontvangen deze leden een reactie op dit.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de brief over de 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg' gelezen. Deze leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend

De leden van de PvdA-fractie vinden het noodzakelijk dat de ouderenzorg verbeterd. Extra investeringen zijn daarvoor nodig. De middelen moeten wel terechtkomen daar waar het moet: voor extra verpleegkundigen. Hoe zien de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om extra geld te krijgen er precies uit en hoe wordt gecontroleerd dat werkelijk aan de voorwaarden wordt voldaan en hoe wordt er voor gezorgd dat ouderen echt betere zorg krijgen en dat voor de grote, nieuwe bedragen ook echt de beste zorg wordt geleverd?

Vaststelling tarieven door de NZa

De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de vaststelling dat de middelen toereikend moeten zijn om zorginstellingen in staat te stellen het kwaliteitskader na te leven. Daarnaast blijkt echter uit de NZa impactanalyse dat er nu al verpleeghuizen zijn die beter presteren dan gemiddeld. Hoe wordt ervoor gezorgd dat middelen niet aan mismanagement en bureaucratie worden besteed maar aan betere zorg?

Raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier op aanbiedersniveau gekeken wordt hoe tot optimale zorgverlening gekomen kan worden door enerzijds betere organisatie, betere inzet van personeel en betere bedrijfsvoering en anderzijds een hoger budget.

Dat de minder goed presterende verpleeghuizen in scenario 3 hun prestaties zouden moeten verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen is volgens deze leden vanzelfsprekend. Het kan niet zo zijn dat door onvoldoende inzet van de verpleeghuizen zelf geld niet aan zorg wordt besteed. Op welke manier kunnen verpleeghuizen hiertoe nu al worden gestimuleerd c.q. gedwongen?

Is in de berekening van het CPB, waarbij aangenomen wordt dat meer kwetsbare cliënten hun indicatie zullen verzilveren en naar een verpleeghuis zullen gaan, ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat door verbetering van het aanbod in de wijkverpleging mensen toch langer thuis willen blijven wonen?

Op welke manier wordt de vinger aan de pols gehouden tijdens het ingroeipad? Op welke manier wordt nu al geanticipeerd op de restricties op de arbeidsmarkt? Hoe zien deze restricties er precies uit en hoe worden ze aangepakt? Wat wordt precies verstaan onder de ‘absorptiecapaciteit’ van een verpleeghuis? Welke concrete factoren bepalen die ‘absorptiecapaciteit’ en wat wordt er nu al gedaan om te zorgen dat er zo min mogelijk belemmeringen tijdens het ingroeipad zullen optreden?

Factoren die van invloed zijn op de (geraamde) kosten

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie hoe er voor gezorgd wordt dat de contextgebonden normen eind 2018 ook echt klaar zijn. Welke controle op de voortgang zal er plaatsvinden?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de brief ‘Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg’. Zij willen de staatssecretaris hierover graag enkele vragen stellen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn blij met kwaliteitskader verpleeghuiszorg, maar constateren ook dat er nog veel werk te verrichten is dat meerdere jaren in beslag zal nemen. In feite kunnen 2017, 2018 en 2019 worden gezien als overgangsjaren, omdat de nieuwe tarieven in 2019 van kracht worden en de contextgebonden normen pas in 2020 geïmplementeerd worden. Het is daarom zaak om de komende jaren op een verstandige manier te investeren in de verpleeghuiszorg, zodanig dat de investeringen ten goede komen aan het gewenste transformatieproces. De trend is immers dat mensen langer thuis wonen, of in kleinschalige initiatieven met scheiden van wonen en zorg. Veel nieuwe kleinschalige initiatieven hebben wel voldoende aan de huidige middelen. We moeten dus zorgen dat het geld op de plekken terecht komt waar mensen graag hun zorg op hun oude dag willen ontvangen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd met de 200 miljoen euro die in 2017 beschikbaar komt. Dit geld dient echter wel zoveel mogelijk te worden besteed aan extra personeel, dat helaas lastig te vinden is. Hoe wil de staatssecretaris voorkomen dat met deze middelen de huidige situatie in stand wordt gehouden en geld wordt besteed aan verkeerde doelen door simpelweg de tarieven een stukje te verhogen? Kan de staatssecretaris aangeven op welke manier hij de extra gelden voor 2017 wil verdelen? Ziet hij hierbij ook een rol voor de cliëntenraad en ondernemingsraad?

In 2017 is het geld vooral bedoeld voor kwaliteitsverbetering en om de basisveiligheid te verbeteren. Maar hoe ziet de staatssecretaris de verdeling van extra middelen vanaf 2018 voor zich, als er grotere budgetten beschikbaar komen? Worden verpleeghuizen dan verplicht om hun huidige personeelsbestanden en gewenste personeelsbestanden te overleggen ter onderbouwing van de middelen die ze nodig hebben? De leden van de

ChristenUnie-fractie zien in ieder geval graag dat de middelen pas worden verstrekt als er ook daadwerkelijk personeel wordt aangetrokken.

Wat betreft de personeelsnormen blijven de leden van de ChristenUnie-fractie ervoor waarschuwen dat een minimumnorm geen maximumnorm mag worden. Verpleeghuizen dienen flexibiliteit te houden hoe ze de normen invullen, zeker nu er een tekort aan voldoende geschoold personeel is. Wat zijn de ideeën van de staatssecretaris over de invulling hiervan? Is hij bereid om zorginstellingen de ruimte te geven om zelf oplossingen te zoeken, waarbij niet alleen wordt gekeken naar opleidingsachtergrond en -niveau, maar ook naar de potentie van mensen die nu wellicht vooral op het terrein van nabijheid en welzijn een bijdrage kunnen leveren, maar in de toekomst meer zorgverlenende taken kunnen vervullen?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat in dat verband de stand van zaken is met betrekking tot extra personeel in de verpleeghuiszorg. Volgens de staatssecretaris kunnen er met de extra middelen op termijn 40.000 extra fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Welke acties worden er ondernomen om deze mensen te werven? Wordt hierbij ook een imagocampagne opgestart?

De staatssecretaris wijst in zijn brief op de landelijke normen die onder andere worden opgesteld voor psychogeriatrische cliënten in verpleeghuizen. Hoe wordt de stem van mensen met dementie en hun mantelzorgers betrokken bij de vaststelling van deze landelijke normen? Hoe waarborgt het kwaliteitskader de kwaliteit bij een toename van zorgintensiteit bij mensen met dementie?

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het belangrijk dat zingeving en geestelijke zorg goed verankerd zijn in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, conform de motie Dik-Faber/Keijzer (Kamerstuk 31765, nr. 241). Nu komt het aan op implementatie in de praktijk. Genoemde leden krijgen echter signalen dat verpleeghuizen de geestelijke zorg niet willen bekostigen of hier een eigen bijdrage voor vragen van bewoners. Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze hij concreet wil borgen dat in elk verpleeghuis geestelijke zorg beschikbaar is en ook bekostigd wordt?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat de stand van zaken is rond de uitvoering van de motie Dik-Faber over het bevorderen van het gesprek over kwaliteit van zorg (Kamerstuk 31765, nr. 256).

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben begrepen dat een aantal grote zorgverzekeraars in de regio Rotterdam vanaf 2018 eisen dat geplande opnamen in het verpleeghuis zeven dagen per week kunnen plaatsvinden. Het gaat dan om opnamen ter revalidatie, GRZ, en eerstelijns intensief. Omdat het om zeer kwetsbare patiënten gaat, betekent dit dat er ook op zaterdag en zondag een compleet team klaar moet staan: arts, fysiotherapeut, logopedist, en zo nodig ergotherapeut. In de praktijk betekent dit dat de zaterdag en zondag gewone werkdagen worden voor het (para-)medisch team. Dit brengt extra kosten met zich mee, die binnen de bestaande budgetten moeten worden betaald. Verpleeghuizen zullen dus op andere posten moeten bezuinigen

om dit allemaal mogelijk te maken. Genoemde leden vragen of de staatssecretaris het redelijk vindt dat zorgverzekeraars dergelijke eisen opleggen zonder hier extra budget tegenover te stellen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen tot slot of de staatssecretaris de laatste ontwikkelingen kan melden rond het eerstelijnsverblijf. Wat wordt er gedaan om te zorgen dat er voldoende bedden voor eerstelijnsverblijf beschikbaar komen?

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van 50PLUS-fractie danken de staatssecretaris voor de brief inzake de 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Deze leden hebben hierover nog wel enige vragen en opmerkingen.

Het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend geworden voor de inschrijving in het Openbaar Register. Het kader bevat onder meer minimale normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Verderop in de brief wordt gesteld dat de extra middelen kunnen worden ingezet om 40.000 fte aan zorgmedewerkers te kunnen bekostigen. Dat is natuurlijk heel mooi. Maar extra geld voor personeel en een bindend kwaliteitskader wil nog niet zeggen dat er op afroep voldoende personeel beschikbaar is. Nog steeds is er bijvoorbeeld een dreigend tekort aan hoger opgeleid (HBO) verpleegkundig personeel. Hard nodig voor de steeds complexer wordende verpleeghuiszorg. Maar veel studenten kiezen liever voor een andere sector, afgeschrikt door alle negativiteit in de media rondom de ouderenzorg. Maar ook op andere deskundigheidsniveaus kunnen tekorten optreden, en die zijn niet van vandaag op morgen opgelost. Graag een reflectie op de vraag wat de gevolgen zijn als verpleeghuizen niet voldoen aan het kwaliteitskader, als zij niet voldoende personeel van de juiste functieniveaus kunnen aantrekken, gerelateerd aan het door de staatssecretaris genoemde ingroeipad.

De NZa stelt de Wlz-tarieven vast die redelijkerwijs de kosten voor de zorgverlening dekken. Wat kan in dit verband verstaan worden onder de term redelijkerwijs?

In de impactanalyse en de raming is nog geen rekening gehouden met de extra uitvoeringskosten voor zorgkantoren en IGZ kosten additioneel beleid en transitiekosten, meldt de brief. Hoe wordt dit opgepakt?

De NZa levert eind dit jaar een kostprijsonderzoek op. In het kader daarvan worden de voorwaarden besproken waaronder de extra middelen beschikbaar zullen worden gesteld, zo geeft de staatssecretaris aan. Wanneer wordt hierover meer duidelijkheid verwacht?

Het kabinet heeft eerder 100 miljoen euro beschikbaar gesteld om de hoogste nood te lenigen. Bijvoorbeeld voor de zomerperiode. Inmiddels is daar overigens nog eens 100 miljoen euro bijgekomen. Kan de staatssecretaris inzicht geven in de verdeling en effectiviteit van de extra middelen en op

welke wijze wordt hiermee toereikende zorg de komende zomerperiode bereikt?

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de staatssecretaris de Kamer nader informeert over de juridische en budgettaire consequenties van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Zij zijn er blij mee dat de Kwaliteitsraad het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft opgesteld en dat aan de hand daarvan gewerkt kan worden aan een verbetering van de kwaliteit. Deze leden maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal vragen daarover te stellen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg juridisch geborgd en bindend is, wat betekent dat elke verpleeghuisorganisatie gebruik moet maken van de daarin opgenomen personeels- en kwaliteitsnormen. Zij lezen echter ook dat er sprake is van een financieel ingroeipad en dat de IGZ en de Wlz-uitvoerders er rekening mee dienen te houden dat volledige implementatie pas voorzien is in 2021.

Betekent dit dat zorgaanbieders als gevolg daarvan pas vanaf 2021 aan alle kwaliteits- en personeelsnormen moeten voldoen? Zo ja, kan de staatssecretaris in dat geval inzichtelijk maken hoe dit invoerpad eruit ziet, aan welke tussentijdse normen de IGZ gaat toetsen en wat de staatssecretaris tussentijds verwacht van de zorginkoop van Wlz-uitvoerders?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het totale bedrag dat extra geïnvesteerd moet worden op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders op circa 2,1 miljard euro structureel uitkomt. Zij lezen ook dat het niet evident is dat de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking voor de volledige omvang van het bedrag gemaakt moeten worden. Wat is de redenering achter deze veronderstelling? Welke extra kosten voor overhead en welk deel van de aanzuigende werking kan volgens de staatssecretaris voorkomen worden? Wat zouden de financiële effecten ervan zijn als deze niet volledig worden meegenomen?

De leden van de SGP-fractie constateren dat nu 100 miljoen euro structureel beschikbaar is gesteld, en dat de staatssecretaris de beslissing over de aanvullende investeringen aan een volgend kabinet laat. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris of dit bedrag van 100 miljoen euro niet te laag is vastgesteld tegen de achtergrond van het behalen van de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2018. Kan de staatssecretaris inzicht geven in het aantal zorgmedewerkers dat zorgaanbieders al in 2018 redelijkerwijs extra zouden kunnen aannemen als er meer geld beschikbaar wordt gesteld?

Uit het op 1 juni gepubliceerde Wlz inkoopbeleid 2018 blijkt dat zorgkantoren opnieuw kortingen opleggen voor 2018. Wat betekent dit volgens de staatssecretaris voor het behalen van de kwaliteitsdoelstellingen van verpleeghuiszorg? Hoe realistisch is het volgens de staatssecretaris dat

deze kortingen worden opgelegd, terwijl tegelijkertijd uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat er veel geld extra bij moet? Is het juridisch correct dat deze kortingen worden opgelegd, gelet op de jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) dat redelijkerwijs kostendekkende tarieven vastgesteld moeten worden om daarmee te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen? Hoe snel kan de staatssecretaris duidelijkheid bieden over de ophoging van de tarieven in 2017, om vervolgens ook in 2018 te komen tot meer personeel en niet pas in 2019 zoals CPB berekend heeft?

De leden van de SGP-fractie constateren dat de duidelijkheid over de incidentele 100 miljoen euro er voor zorgorganisaties pas per 1 juli 2017 komt. Zij vragen hoe de staatssecretaris ervoor zorgt dat 2018 niet net als 2017 een verloren jaar wordt, in de zin dat het geld in het eerste half jaar al is toegezegd en zelfs beschikbaar is, maar dat hierop pas halverwege het jaar op ingespeeld kan worden met het aannemen van personeel?

De leden van de SGP-fractie lezen aan het einde van pagina 5 hoe de staatssecretaris de incidentele 100 miljoen euro inzet. Zij vragen of hij zicht heeft op het lopende proces voor de aanvraag van de incidentele 100 miljoen euro voor verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen. Hoe wordt de term 'grote kwaliteitsproblemen' gedefinieerd en hoe moeten de betrokken zorgorganisaties laten zien dat ze daaraan voldoen?

II. Reactie van de staatssecretaris

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie geven aan met interesse kennis te hebben genomen van de brief van de staatssecretaris inzake 'Voortgang Kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Deze leden zijn van mening dat liefdevolle en goede ouderenzorg normaal moet zijn. De allerbeste verpleeghuizen moeten daarom de norm worden in Nederland en als voorbeeld dienen voor de rest. Het is daarom goed dat er een Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is dat transparant maakt wat wij verwachten aan kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Dat is in het belang van ouderen die nu in een verpleeghuis wonen en voor de toekomstige bewoners. Deze leden hebben nog wel enkele vragen.

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 bieden. Met de inschrijving van het kader in het openbaar register heeft het de status van kwaliteitsstandaard gekregen. Kan de staatssecretaris feitelijk toelichten hoe inschrijving in het register tot die status leidt? Op basis waarvan gaat vervolgens de juridische borging en binding gelden?

De leden van de VVD-fractie vragen wat dit betekent voor de juridische status van het verbeterde kwaliteitskader gehandicaptenzorg dat komende maand van kracht wordt?

De Zorgverzekeringswet² (Zvw) bevat een definitie van "kwaliteitsstandaard". Die wet regelt namelijk het openbaar register waarin het Zorginstituut Nederland voorgedragen kwaliteitsstandaarden opneemt en de wijze van totstandkoming van die standaarden. Dit geldt voor kwaliteitsstandaarden voor zorg die valt onder de werking van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), dus ook voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Een zorgstandaard die betrekking heeft op gehele zorgproces of een deel van het zorgproces, die vastlegt wat noodzakelijk is om goede zorg voor de cliënt te verlenen en die in het openbaar register van het Zorginstituut is opgenomen, vormt een voorbeeld van een kwaliteitsstandaard. Het kwaliteitskader is een zorgstandaard die betrekking heeft op gehele proces van verpleeghuiszorg en legt vast wat noodzakelijk is om goede verpleeghuiszorg aan de cliënt te verlenen. De opname van dat Kwaliteitskader verpleeghuiszorg door het Zorginstituut in zijn openbaar register, betekent dat het aan alle vereisten voor een kwaliteitsstandaard voldoet. Het kwaliteitskader heeft met die opname de status van kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee bindend en kenbaar geworden.

Een zorgaanbieder moet op grond van de Wkkgz³, goede zorg aanbieden. Die wet⁴ bepaalt wat goede zorg is. Het voldoen aan de toepasselijke kwaliteitsstandaarden maakt onderdeel uit van goede zorg. Een aanbieder van

² Artikel 1, onderdeel z, van de Zvw.

³ Artikel 2, eerste lid, van de Wkkgz.

⁴ Artikel 2, tweede lid, van de Wkkgz.

verpleeghuiszorg moet derhalve voor het aanbieden van goede zorg derhalve voldoen aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Het Zorginstituut heeft op 15 mei jl. het kwaliteitskader gehandicaptenzorg in zijn openbaar register opgenomen. Het bovenbedoelde kwaliteitskader heeft daarmee de status van kwaliteitsstandaard gekregen. Het voldoen aan dat kwaliteitskader maakt daarmee onderdeel uit van goede gehandicaptenzorg die de zorgaanbieder op grond van de Wkkgz moet aanbieden. Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg bevat geen normen op het gebied van personeelssamenstelling.

De leden van de VVD-fractie merken op dat voor de raming van de structurele meerkosten van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg in de raming van het Centraal Planbureau (CPB) rekening is gehouden met drie extra factoren in vergelijking met de impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het gaat onder andere om demografische ontwikkelingen, extra overhead en een aanzuigende werking. Deze leden zijn van mening dat ook andere factoren van invloed kunnen zijn op het totale bedrag. Het gaat onder meer om de beleidsinzet om regeldruk en administratieve lasten (flink) terug te dringen, de wens van ouderen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen en de inzet van innovatie, zowel technologische toepassingen (e-health en domotica) als procesinnovatie. De leden van de VVD-fractie vragen waarom het CPB ervoor heeft gekozen om dergelijke factoren niet mee te nemen in hun nadere analyse? Ook vragen zij of het mogelijk is om deze factoren alsnog mee te nemen in de berekening van de structurele extra kosten?

Zoals aangegeven in mijn brief van 31 mei jl. heeft het kabinet de impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangevuld met de effecten conform de methode van het CPB uit Keuzes in Kaart 2018-2021. Het CPB onderschrijft dus deze methodiek.

Inderdaad kunnen er behalve de personeelsnorm, demografische ontwikkelingen, overhead en aanzuigende werking ook andere factoren van invloed zijn op het totale bedrag wat er in de toekomst nodig is. In mijn eerder genoemde brief heb ik deze factoren ook benoemd. De NZa geeft in haar impactanalyse ook aan dat behalve de personeelsnorm ook andere onderdelen van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteitsslag in de verpleeghuiszorg. Gegeven de korte termijn waarbinnen de impactanalyse op verzoek van de Tweede Kamer is opgesteld, was het niet mogelijk om alle factoren die van invloed zijn op de kostprijs nu al mee te nemen in de huidige raming. Daarbij geeft de NZa ook aan dat de impact op de kostprijs hiervan beperkter is (dan de impact van de personeelsnorm) en lastiger vast te stellen. Eind van dit jaar zal de NZa een kostprijsonderzoek opleveren en hierbij naar alle kostencomponenten kijken. Ontwikkelingen in de afgelopen jaren worden hierin meegenomen, waaronder ICT en overhead. Onderzocht wordt tevens of de best practices in de verpleeghuiszorg benut kunnen worden voor het vaststellen van een kostprijs. Hiermee zal rekening worden gehouden bij de tariefstelling voor 2019 en latere jaren. Daarbij geldt ook de impactanalyse reeds is uitgegaan van de meest efficiënte instellingen, waar factoren als (bovenmatige) regeldruk en administratieve lasten al een zeer kleine rol spelen. De contextgebonden normen moeten eind 2018 gereed zijn. Dit betekent dat zij naar verwachting op zijn vroegst vanaf 2020 geïmplementeerd kunnen worden en verwerkt in de tarieven. Tot slot zal ook de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal) van invloed zijn op de ontwikkeling van de structurele

extra kosten. Daarbij heeft het kabinet op voorhand overigens al rekening gehouden met het staande beleid van langer thuis wonen.

De staatssecretaris stelt verder dat in de impactanalyse en de raming geen rekening is gehouden met extra uitvoeringskosten voor zorgkantoren en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), kosten van additioneel arbeidsmarktbeleid en transitiekosten. De leden van de VVD-fractie vragen de staatssecretaris of hij inzicht kan geven in de mogelijke extra uitvoeringskosten en transitiekosten?

De impactanalyse van de NZa houdt geen rekening met kosten die buiten de tariefstelling vallen en/of incidenteel van aard zijn. Bij de extra uitvoeringskosten gaat het om een bedrag van € 6,5 miljoen structureel. Dit bedrag wordt ingezet voor de Wlz-uitvoerders om integrale zorg in te kopen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om toezicht te houden op de zorginstellingen. De IGZ heeft begin maart 2017 haar nieuwe toetsingskader gepresenteerd dat mede gebaseerd is op het nieuwe kwaliteitskader. Tevens zal de IGZ mede op verzoek van de Tweede Kamer in een meerjarencyclus van vier jaar de gehele sector van de verpleegzorg in beeld houden. Voor de transitiekosten gaat het CPB uit van een bedrag van € 125 miljoen per jaar gedurende de periode 2018-2021. Bij de transitiekosten gaat het om zaken als ondersteuning van arbeidsmarktbeleid, e-health, incidentele uitgaven aan vastgoed en de ontwikkeling van een benchmark die onder meer zal worden gebruikt bij de bekostiging en zorginkoop door Wlz-uitvoerders.

De staatssecretaris schrijft dat zorgaanbieders verplicht zijn zorg te leveren die voldoet aan de eisen die het kwaliteitskader daaraan stelt. De NZa heeft de taak de tarieven zo vast te stellen dat aan die verplichtingen kan worden voldaan. De personeelsnorm is een element uit het kader. In de inleiding van de impactanalyse schrijft de NZa daarover 'Het kwaliteitskader gaat over diverse onderwerpen, waarvan de personeelssamenstelling één hoofdstuk is. Wij hebben in de berekening uitsluitend aandacht besteed aan dat hoofdstuk. Ook de andere onderdelen zijn van wezenlijk belang voor de kwaliteitsslag in de verpleeghuiszorg. Daarvan is de impact op de kostprijs echter beperkter en lastiger vast te stellen'. De leden van de VVD-fractie vragen hoe de impact van de andere hoofdstukken bepaald gaat worden om tot een volledig beeld van de financiële impact te komen?

Zoals de leden van de VVD-fractie opmerken, geeft de NZa in haar impactanalyse aan dat behalve de personeelsnorm ook andere onderdelen van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteitsslag in de verpleeghuiszorg. De NZa zal eind van dit jaar een kostprijsonderzoek opleveren en hierbij naar alle kostencomponenten kijken. Ontwikkelingen in de afgelopen jaren worden hierin meegenomen, waaronder ICT en overhead. Onderzocht wordt tevens of de best practices in de verpleeghuiszorg benut kunnen worden voor het vaststellen van een kostprijs. Hiermee zal rekening worden gehouden bij de financiële impact en tariefstelling voor 2019 en latere jaren.

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft door de inschrijving door het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) in het openbaar register de status van een kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee juridisch geborgd en bindend. De leden van de VVD-fractie lezen dat de sector de komende periode aan de slag zal

gaan met landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en bij de aard van de doelgroep(en). De huidige landelijke normen worden daarmee verder gespecificeerd aldus de staatssecretaris. Deze leden vragen de staatssecretaris in hoeverre deze contextgebonden normen mede onderdeel zullen zijn van de kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg of dat ze in de plaats komen van. Als het 'in de plaats is van', vormen die normen dan samen de kwaliteitsstandaard? Hoe moet in dat geval de landelijke werking gezien worden? Als de contextgebonden normen onderdeel worden van het huidige kader, wat betekent dat dan voor de juridische status van het kader?

De leden van de VVD-fractie merken terecht op dat de verpleeghuissector op grond van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan de slag gaat met de ontwikkeling van landelijke contextgebonden normen voor voldoende en vakbekwaam personeel. Gezien de grote diversiteit in cliëntengroepen en in omgevingen van verpleeghuiszorg is gekozen voor een traject naar landelijke contextgebonden normen voor personeelssamenstelling⁵. In afwachting van dat traject is in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg bepaald dat een verpleeghuisorganisatie voor zijn personeelssamenstelling gebruik moet maken van de in dat kader opgenomen tijdelijke minimale normen voor voldoende en vakbekwaam personeel. Een verpleeghuisorganisatie moet in verband daarmee zijn personeelssamenstelling aanpassen aan die tijdelijke minimale normen⁶. Die normen voor de personeelssamenstelling blijven op grond van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg gelden zolang de verpleeghuissector de landelijke contextgebonden normen niet heeft ontwikkeld. De landelijke contextgebonden normen zullen de in het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg opgenomen tijdelijke minimale normen vervangen. Het Zorginstituut zal te zijner tijd moeten beoordelen of de voorgedragen landelijke contextgebonden normen kunnen worden aangemerkt als verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van het zorgproces⁷. Het Zorginstituut zal na die beoordeling het ontwikkelde en tripartiet ingediende onderdeel van de landelijke contextgebonden normen in zijn openbaar register opnemen. Dit als vervanging van de tijdelijke normen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarmee is de beoogde landelijke werking en juridische binding van de contextgebonden normen gerealiseerd.

Kan de staatssecretaris daarnaast aangeven of hij verwacht dat de contextgebonden normen tot extra kosten zullen leiden?

Het Zorginstituut heeft 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 bijvoorbeeld 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 en verwerkt in de tarieven. Het is op dit moment nog niet met zekerheid te zeggen of de contextgebonden normen per saldo tot hogere of lagere kosten zullen leiden.

⁵ Zie pagina 24 van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

⁶ Zie de pagina's 23 en 25 van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

⁷ Zie artikel 66b, tweede en derde lid, van de Zvw.

Voor het jaar 2017 zijn extra middelen vrijgemaakt om te kunnen investeren in de kwaliteit van verpleeghuiszorg. 100 miljoen euro is begin 2017 incidenteel gereserveerd voor de instellingen die de middelen het hardste nodig hebben. Nog eens 100 miljoen euro is structureel gereserveerd als eerste stap om de kwaliteit in alle verpleeghuizen te verbeteren. De leden van de VVD-fractie vragen de staatssecretaris welke effecten dit heeft op het Budgettair Kader Zorg (BKZ)?

Het totaalbedrag van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) verandert niet naar aanleiding van deze intensiveringen. De uitgaven voor verpleeghuizen die vallen onder het BKZ nemen als gevolg hiervan met €200 miljoen toe. Desondanks wordt in de 1e suppletoire begroting 2017 een onderschrijding van het totale BKZ gemeld van €1,7 miljard, €0,3 miljard meer dan de €1,4 miljard uit de ontwerpbegroting 2017.

In hoeverre moeten zorginstellingen aan voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor deze extra middelen? Moeten instellingen bijvoorbeeld in hun kwaliteitsverslag laten zien waaraan zij de middelen hebben besteed?

Zorgaanbieders zijn verplicht zorg te leveren die voldoet aan de eisen die het kwaliteitskader daaraan stelt. Het voldoen aan het kwaliteitskader is geen 'quick fix'. Het kwaliteitskader geeft aan organisaties de ruimte om toe te passen wat er staat en uit te leggen hoe het bij hen past, welke afwegingen ze maken en hoe ze dit samen met cliënten en professionals doen. Dit is één van de uitgangspunten onder dit kader: van verantwoording naar verantwoordelijkheid en daarmee niet vrijblijvend.

Om te kunnen voldoen aan de voorwaarden van het kwaliteitskader worden de extra middelen door de NZa verwerkt in de tarieven. De NZa heeft de wettelijke taak de tarieven zo vast te stellen dat zorgaanbieders redelijkerwijs aan de verplichtingen uit het kwaliteitskader kunnen voldoen. 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. De Wlz-uitvoerders houden rekening met deze restricties bij de zorginkoop. Instellingen moeten in hun kwaliteitsverslag laten zien waaraan zij hun totale middelen (dus inclusief de extra middelen) hebben besteed.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake 'Voortgang Kwaliteitskader verpleeghuiszorg' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden zijn verheugd dat de personeelsnormen uit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg de minimale norm zijn geworden voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Wel vrezen de leden van de PVV-fractie dat deze norm in een steeds zwaarder wordende groep bewoners te laag is of zal worden. Is de staatssecretaris bereid dit op termijn nader te bekijken?

In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie of ik bereid ben te bekijken of de normen voor personeelssamenstelling op termijn niet te laag zouden kunnen worden, wijs ik op de opdracht in het kwaliteitskader om contextgebonden normen te ontwikkelen. Eén van de contextfactoren is uiteraard de zorgvraag van bewoners. Langs deze weg wordt de voortdurende afstemming tussen zorgvraag en personele bezetting gegarandeerd.

Het kwaliteitskader zal leiden tot extra kosten. Hoeveel geld wordt hiervoor beschikbaar gesteld? Komt dit geld nog op tijd voor de bewoners die er nu wonen? Zo nee, wat kan de staatssecretaris voor de huidige bewoners betekenen? Wanneer komt het geld beschikbaar? Op welke manier wordt het geld verdeeld?

Zoals aangegeven in mijn brief van 31 mei jl. bedragen de structurele meerkosten op grond van de huidige inzichten en wet- en regelgeving ca. € 2,1 miljard. Vanwege de arbeidsmarktrestricties en de absorptiecapaciteit van instellingen moet rekening worden gehouden met een ingroeipad. Om een eerste stap te zetten in de implementatie van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is in 2017 € 100 miljoen beschikbaar gesteld, zodat alle instellingen nog dit jaar extra middelen krijgen om bijvoorbeeld bestaande contracten uit te breiden. Ik zal dit bedrag vanaf 2018 structureel met € 335 miljoen verhogen. Dat betekent dat er in 2018 in totaal € 435 miljoen extra beschikbaar is.

Ik zal de NZa via de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 verzoeken om de extra middelen te vertalen in hogere verpleeghuistarieven in 2017 en 2018. De verhoogde tarieven worden middels de beleidsregels van de NZa naar verwachting medio juli gepubliceerd. Daarmee is voor alle verpleeghuizen duidelijk hoeveel middelen zij er in 2017 en 2018 bij krijgen om in lijn met het kwaliteitskader stappen te zetten in hun personele bezetting. Verpleeghuizen kunnen hiermee bestaande arbeidscontracten uitbreiden en meer personeel aannemen, zodat er structureel meer zorgpersoneel met de juiste deskundigheid beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. Daarmee kunnen ook de huidige bewoners ervaren dat de zorg en aandacht in hun instelling, en daarmee de kwaliteit van zorg, verbetert.

Duidelijk is dat door de verwachte stijging (demografische ontwikkeling) van het aantal verpleeghuiscliënten het kwaliteitskader de komende jaren op een grotere groep betrekking zal hebben. Dat leidt tot hogere kosten van 0,3 miljard euro. De leden van de PVV-fractie willen weten welk scenario dit betreft?

Het kabinet is voor de verwachte demografische ontwikkeling uitgegaan van de middellangetermijnraming voor de zorg van het Centraal Planbureau⁸. Hierin is een demografische groei opgenomen voor de Wlz van 1,7% per jaar.

Het CPB voegt hier nog 2 factoren aan toe, namelijk overhead en aanzuigende werking. De leden van de PVV-fractie vragen of de staatssecretaris kan uitleggen wat de aanzuigende werking is?

Met de aanzuigende werking wordt het gedragseffect bedoeld dat kan optreden door het kwaliteitskader. De verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg kan er voor een aantal cliënten toe leiden dat hun afweging om hun Wlz-zorg thuis of intramuraal te verzilveren eerder zal uitvallen in de keuze voor een verpleeghuis in plaats van zorg thuis. Het CPB houdt met deze gedragseffecten rekening in haar ramingen. Het kabinet heeft daarom de impactanalyse van de NZa aangevuld met deze effecten.

⁸ CPB. Een raming van de zorguitgaven 2018-2021, 30 maart 2016.

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd te lezen dat er met de extra middelen op termijn 40.000 fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Deze leden vragen echter wel hoe de staatssecretaris deze extra fte gaat invullen. Ook zijn zij benieuwd op welke termijn deze extra fte's er komen. Komen deze extra fte's nog op tijd voor de huidige bewoners? Op dit moment is er namelijk een enorm hoge werkdruk als gevolg van personeelstekorten.

Om eraan bij te dragen dat er voldoende zorgpersoneel op de arbeidsmarkt beschikbaar is, stelt het kabinet voor de periode 2017-2021 extra middelen beschikbaar via transitiekosten. Hiervan is cumulatief reeds € 145 miljoen bij Voorjaarnota beschikbaar gesteld. Daarmee zijn er voldoende middelen beschikbaar om op termijn de benodigde 40.000 extra fte in te vullen voor het kwaliteitskader en om medewerkers om-, op- en bij te scholen. De arbeidsmarktmiddelen maken onderdeel uit van de post transitiekosten van € 125 miljoen per jaar voor de jaren 2018-2021, waaruit zoals hiervoor aangegeven ook de ondersteuning van ehealth, incidentele uitgaven aan vastgoed en de ontwikkeling van een benchmark worden gefinancierd. Op die manier kan er met het veld voldoende personeel om-, op- en bijgeschoold worden. Jaarlijks kunnen volgens het CPB maximaal 10.000 extra fte aan gekwalificeerde medewerkers in de verpleeghuiszorg worden ingezet. In verband hiermee is op basis van de huidige inzichten volledige implementatie voorzien rond 2021.

Het CPB gaat er vanuit dat de toegenomen kwaliteit in verpleeghuizen ertoe zal leiden dat meer kwetsbare cliënten hun indicatie zullen verzilveren en de overstap zullen maken naar een verpleeghuis. De leden van de PVV-fractie vragen waarom meer cliënten de overstap naar een verpleeghuis willen maken?

Het CPB gaat ervan uit dat de verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg er voor een aantal cliënten toe kan leiden dat hun afweging om hun Wlz-zorg thuis of intramuraal te verzilveren eerder zal uitvallen in de overstap naar een verpleeghuis.

Het Zorginstituut heeft in het kwaliteitskader de landelijke normen voor voldoende en vakbekwaam personeel opgenomen. De leden van de PVV-fractie vragen per wanneer zorginstellingen aan deze eisen moeten voldoen? Wat zijn de consequenties wanneer er niet aan deze eisen voldaan wordt?

De leden van de PVV-fractie willen weten wanneer zorginstellingen aan de eisen voor personeelssamenstelling moeten voldoen en wat de consequenties zijn wanneer er niet aan deze eisen voldaan wordt. De IGZ heeft vanaf 13 maart 2017 haar toezichtskader afgestemd op het kwaliteitskader. Met het toetsingskader heeft de IGZ aangegeven wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De kern van het kwaliteitskader is gericht op leren en verbeteren en het zelf sturen in de sector op de kwaliteit. De opdracht aan zorginstellingen is dat zij op basis van dit kwaliteitskader zelf keuzes maken en sturing geven aan hun kwaliteitsbeleid en de personeelsbezetting die daarbij hoort. Van de sector wordt verwacht dat zij openheid geeft over de huidige personeelssamenstelling, de gewenste samenstelling en hierop reflecteert in het kwaliteitsverslag. De IGZ zal in haar toezicht ook richten op de wijze waarop het bestuur van een zorginstelling hier op stuurt. In de werkagenda van het zorginstituut voor de langdurige zorg is inzichtelijk gemaakt wanneer de zorginstellingen moeten voldoen aan de verschillende vereisten per thema.

Sommige onderwerpen waaronder de norm voor voldoende en vakbekwaam personeel, zijn voorzien van een langere implementatietermijn. Zoals ook gesteld in de brief van 31 mei kan de IGZ daar rekening mee houden in haar toezicht en handhaving. Als de IGZ op basis van haar toezicht concludeert dat er sprake is van een ongewenste situatie, dan zal zij interveniëren. Daarnaast kunnen de Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop consequenties verbinden aan het niet voldoen aan het kwaliteitskader en zal er een benchmark worden ontwikkeld die Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop kunnen gebruiken.

Onzeker is in hoeverre de toekomstige generatie gebruik wil maken van verpleeghuiszorg. Er is immers sprake van een trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dat kan betekenen dat een deel van de extra middelen op termijn nodig zal zijn om juist de zorg thuis te verbeteren. Deze leden van de PVV-fractie merken op dat dit geld nodig is voor de verbetering van de verpleeghuiszorg. Deze leden zijn van mening dat als de zorg thuis verbeterd moet worden, er extra middelen ingezet moeten worden voor deze verbetering. Is de staatssecretaris dit met deze leden eens?

Het kabinet heeft op basis van de huidige inzichten een totaal bedrag voor de verpleegzorg geraamd oplopend tot € 2,1 miljard in de structurele situatie. Daarbij is door het CPB onder meer rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen en de mogelijke aanzuigende werking. In mijn eerder genoemde brief heb ik aangegeven dat daarnaast ook de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal) van belang is. 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. 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 nog doelmatiger besteding van de middelen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de 'Voortgang Kwaliteitskader verpleeghuiszorg' en maken graag van de gelegenheid gebruik om aanvullende schriftelijke vragen te stellen. Voor genoemde leden is het namelijk niet helemaal duidelijk wat deze brief voor de toekomst van de verpleeghuiszorg in het bijzonder en de langdurige zorg in het algemeen betekent. Op welk moment was het de staatssecretaris duidelijk dat het vaststellen van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg door het Zorginstituut en het inschrijven daarvan in de openbare registers leidde tot een extra bedrag van 2,1 miljard euro structureel? Dat blijkt toch niet uit de brieven van 16 november 2016 en 13 januari 2017?

Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heeft vastgesteld en op 13 januari 2017 in het openbaar register heeft ingeschreven, is vanaf die datum van kracht. Het opstellen van het kwaliteitskader is na een proces waarin veldpartijen geen overeenstemming over het ontwikkelde concept bereikten, uiteindelijk tot stand gekomen binnen de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Het laten opstellen van, het vaststellen en het inschrijven in het openbaar register van kwaliteitsstandaarden behoort tot de taken en zelfstandige bevoegdheid van het Zorginstituut. 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 hetgeen ik eerder heb toegelicht in mijn brieven van 16 november 2016 en 13 januari 2017.

Bij de vaststelling van het Kwaliteitskader op 13 januari 2017 waren de financiële consequenties nog niet berekend. 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 verpleeghuiscare behoren tot de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening.

Op verzoek van de Tweede Kamer heeft de NZa een impactanalyse gemaakt, vooruitlopend op het bredere kostprijsonderzoek dat eind 2017 gereed zou zijn en waarin het Kwaliteitskader mee zou lopen. Deze impactanalyse heb ik aangekondigd in mijn brief van 7 december 2016⁹. De impactanalyse heb ik 31 maart 2017 naar de Tweede Kamer verzonden¹⁰. Daarmee werd bekend dat er verschillende scenario's mogelijk zijn om de financiële consequenties te vertalen in een nieuwe kostprijs. De meerkosten bij deze scenario's lagen tussen € 3,1 miljard (scenario 1) en € 1,3 miljard (scenario 3). Daarbij heb ik aangegeven dat de NZa in haar impactanalyse geen rekening heeft gehouden met demografische ontwikkelingen, overhead en aanzuigende werking. Het CPB hanteert in haar ramingen een integrale methodologie die wel rekening houdt met deze effecten. In mijn brief van 31 mei jl. heb ik de impactanalyse aangevuld met de factoren uit de methode van het CPB. Dit brengt het totale bedrag voor scenario 3 op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders op circa € 2,1 miljard structureel.

De leden van de CDA-fractie vragen of de staatsecretaris uiteen kan zetten welke wetgeving of lagere regelgeving het Kwaliteitskader verpleeghuiscare juridisch bindend maakt?

De Zorgverzekeringswet¹¹ (Zvw) bevat een definitie van "kwaliteitsstandaard". Een zorgstandaard die betrekking heeft op gehele zorgproces of een deel van het zorgproces, vastlegt wat noodzakelijk is om goede zorg voor de cliënt te verlenen en in het openbaar register van het Zorginstituut is opgenomen, vormt een voorbeeld van een kwaliteitsstandaard. Het kwaliteitskader is een zorgstandaard die betrekking heeft op gehele proces van verpleeghuiscare en legt vast wat noodzakelijk is om goede verpleeghuiscare aan de cliënt te verlenen. De opname van dat Kwaliteitskader verpleeghuiscare door het Zorginstituut in zijn openbaar register, betekent dat het aan de vereisten voor een kwaliteitsstandaard voldoet. Het kwaliteitskader heeft met die opname de status van kwaliteitsstandaard gekregen en is daarmee bindend en kenbaar geworden.

Een zorgaanbieder moet op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg¹² (Wkkgz), goede zorg aanbieden. Die wet¹³ bepaalt wat goede zorg is. Het voldoen aan de toepasselijke kwaliteitsstandaarden maakt onderdeel uit van

⁹ TK 2016-2017, 31765, nr. 258.

¹⁰ TK 2016-2017, 31765, nr. 266.

¹¹ Artikel 1, onderdeel z, van de Zvw.

¹² Artikel 2, eerste lid, van de Wkkgz.

¹³ Artikel 2, tweede lid, van de Wkkgz.

goede zorg. Een aanbieder van verpleeghuiszorg moet derhalve voor het aanbieden van goede zorg voldoen aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het bedrag van 2,1 miljard euro zich verhoudt tot het bedrag van 100 miljoen euro dat beschikbaar gesteld werd begin 2017 voor de slechts presterende verpleeghuizen?

De incidentele € 100 miljoen is bedoeld als eerste stap om maatregelen te kunnen nemen voor het op orde brengen van de basisveiligheid. Het gaat daarbij om verpleeghuislocaties waar sprake is van kwaliteitsproblemen in combinatie met de personeelsbezetting. Daarbij speelt dat zij weinig tot geen financiële mogelijkheden hebben om hier extra in te zetten op een verbetering van de basisveiligheid. Zoals in de Kamerbrief van 31 maart 2017 is beschreven, zijn de € 100 miljoen bedoeld als een steun in de rug voor de bewoners, naasten en medewerkers van deze verpleeghuislocaties. Het stelt hen in staat een aantal urgente kwaliteitsproblemen aan te pakken en van daaruit te kunnen werken aan verdere verbetering van de kwaliteit

De leden van de CDA-fractie vragen of de staatsecretaris kan toelichten of en zo ja, voor welke andere vormen van zorg momenteel kwaliteitskaders opgesteld worden die eveneens opgenomen worden in het openbare register? Welke budgettaire effecten hebben die kwaliteitskaders? Wat betekent het feit dat de tariefregulering van de NZa de uitvoering van de toepasselijke kwaliteitsstandaarden mogelijk moet maken voor de discussie die op woensdag 7 juni 2017 gevoerd werd over de tariefstructuur voor het casemanagement dementie (waar eveneens een kwaliteitskader is vastgesteld en ingeschreven is in het openbare register) en voor de contractering daarvan door zorgverzekeraars, aangezien de NZa in de monitor wijkverpleging heeft geconstateerd dat die in bepaalde contracten te laag is? Het genoemde voorbeeld is dan toch ook juridisch geborgd en bindend?

Voortdurend worden richtlijnen en normen aangepast. In vrijwel alle sectoren in de zorg gelden al heel lang professionele standaarden, die al dan niet door het Zorginstituut zijn vastgesteld en in het openbaar register ingeschreven. In de langdurige zorg is onlangs het nieuwe Kwaliteitskader gehandicaptenzorg ingeschreven. Daarnaast ligt het eindconcept van het Kwaliteitskader palliatieve zorg op dit moment voor ter autorisatie bij de Patiëntenfederatie Nederland, de wetenschappelijke verenigingen/beroepsverenigingen van zorgverleners en Zorgverzekeraars Nederland. Niet alle (nieuwe) normen kosten noodzakelijkerwijs extra geld, ook niet als het over personeelssamenstelling gaat. Een voorbeeld hiervan is de kwaliteitsnorm voor IC's. Deze heeft bijvoorbeeld tot concentratie van zorg geleid en kwalitatief betere en doelmatiger zorg. De NZa stelt tarieven vast die redelijkerwijs kostendekkend zijn en waarmee zorgaanbieders in staat zijn om goede zorg te kunnen verlenen. Casemanagement dementie is onderdeel van wijkverpleegkundige zorg. Voor de wijkverpleging gelden maximale tarieven. De uiteindelijk overeen te komen tarieven zijn onderdeel van de contractering door zorgverzekeraars met zorgaanbieders. Binnen de wijkverpleging wordt bij het merendeel van de contractafspraken gebruik gemaakt van een integraal tarief voor verpleging en verzorging. In de Monitor "Contractering wijkverpleging 2017" van de NZa wordt geconstateerd dat het overeen gekomen tarief in sommige contracten laag is ten opzichte van de maximale tarieven. Voor de

zorgverzekeraar staat echter de zorgplicht voorop. Als zorgverzekeraars zorg inkopen moeten zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de ingekochte zorg borgen. De NZa ziet toe op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

In scenario 3 van de Impactanalyse (NZa) wordt zoals de leden van de CDA-fractie opmerken uitgegaan van de huidige best presterende zorgaanbieders die de norm worden voor alle zorgaanbieders, zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de bedrijfsvoering, overhead en efficiency. Kan de staatssecretaris aangeven wat het verschil is tussen de zorgverlening bij scenario 3 zorgaanbieders op dit moment in relatie tot het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Uit de impactanalyse van de NZa komt naar voren dat op dit moment op basis van de best presterende instellingen landelijk gezien een extra bedrag van € 1,3 miljard nodig is voor de zorgverlening om te kunnen voldoen aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dat is exclusief demografische ontwikkelingen, overhead en mogelijk aanzuigende werking in de toekomst. Berekend is dat dit bedrag van € 1,3 miljard benodigd is om de best presterende zorgaanbieders in staat te stellen aan de eisen van het kwaliteitskader te voldoen. Zoals bekend wordt over de hele linie de zorgvraag complexer en is er meer aandacht nodig. Ook in de nu al goed presterende instellingen.

Het is de leden van de CDA-fractie niet duidelijk hoe het extra budget voor de verpleeghuiszorg vanaf de zorginkoop 2019 precies wordt verdeeld. Wordt het extra budget standaard in de tarieven opgenomen of wordt er onderscheid gemaakt tussen goed en slecht presterende zorgaanbieders? Of krijgt men een basisbedrag en een extra vergoeding voor het aannemen van meer personeel (de zogenaamde handen aan het bed)? Is het voorstelbaar dat aangezien de wet kwaliteit klachten geschillen zorg voorschrijft dat de zorgaanbieder goede zorg biedt die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt en de financiële consequenties van het vastgestelde Kwaliteitskader verpleeghuiszorg per zorgaanbieder anders zijn? Indien het antwoord ontkennend is waarom niet?

Er wordt op dit moment, in overleg met diverse partijen zoals de NZa, nagedacht over de wijze waarop de extra middelen vanaf de zorginkoop 2019 beschikbaar worden gebracht. U zult hierover voor de zomer van 2018 nader geïnformeerd worden. In beginsel wordt er op basis van het kostenonderzoek van de NZa, dat naar verwachting eind 2017 beschikbaar komt, een nieuw tarief vastgesteld waarbij rekening wordt gehouden met het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarbij acht ik integrale sturing op de prijs en kwaliteit van de zorg van belang. Partijen zoals de IGZ, NZa en Wlz-uitvoerders behouden daarbij hun huidige rollen en verantwoordelijkheden. De Wlz-uitvoerder kan vervolgens op basis van de integrale zorginkoop in de praktijk tariefdifferentiatie tussen zorgaanbieders toepassen. Daarbij blijft er ruimte om gericht middelen beschikbaar te stellen voor innovatie en lokale afwegingen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel MBO en HBO opgeleid zorgpersoneel er jaarlijks hun opleiding met succes afsluiten en hoeveel daarvan vervolgens kiezen voor de verpleeghuiszorg? Is dit aantal voldoende om van 10.000 vacatures in de verpleeghuiszorg nu en de 40.000 die uiteindelijk nodig zijn? De leden van de CDA-fractie constateren dat er op termijn 40.000 extra fte aan

zorgmedewerkers beschikbaar zal komen. Zij vragen wie die fte's dan gaan invullen? Is dit reëel met de tekorten aan personeel in de zorg? Denk ook aan de regio's die te kampen hebben met vergrijzing en krimp. Hoe ziet de staatssecretaris dit?

De vraag van CDA zal ik hierna in samenhang met onderstaande vragen van de leden van de fracties van GroenLinks, SP en ChristenUnie beantwoorden.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook vragen over dit onderwerp. Zij hebben kennisgenomen van de lange tijdsduur die implementatie van het kwaliteitskader behelst. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de staatssecretaris op korte termijn andere mogelijkheden ziet om bijvoorbeeld meer zorgmedewerkers in verpleeghuizen aan de slag te laten gaan, bijvoorbeeld van MBO niveau 1 en 2?

Ook de leden van de SP-fractie willen weten hoe jaarlijks de 10.000 extra fte worden geworven. Wordt er een beroep gedaan ook op de medewerkers die hun baan afgelopen jaren verloren zijn? Betekent dit dat zorgverleners met niveau 1 en 2 weer terug gevraagd worden in de verpleeghuizen? Is de staatssecretaris voornemens om werkgevers actief te stimuleren dat zorgmedewerkers uitbreiding van contracturen krijgen? De leden van de SP-fractie ontvangen graag een reactie op deze punten.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat in dit verband de stand van zaken is met betrekking tot extra personeel in de verpleeghuiszorg. Volgens de staatssecretaris kunnen er met de extra middelen op termijn 40.000 extra fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke acties worden er ondernomen om deze mensen te werven? Wordt hierbij ook een imagocampagne opgestart?

In antwoord op voorgaande vragen van de leden van de fracties van CDA, GroenLinks, SP en ChristenUnie meld ik u het volgende.

Zorgbreed wordt tot en met 2022 een tekort voorzien van ongeveer 20.000 fte verpleegkundigen (mbo en hbo) en verzorgenden. De verwachting is dat ongeveer de helft van het verwachte tekort aan zorgpersoneel terechtkomt bij de V&V. Daar bovenop komt de opgave van ongeveer 40.000 fte voor het kwaliteitskader. De totale opgave aan extra te realiseren zorgpersoneel tot en met 2022 komt daarmee op ongeveer 60.000 fte, waarvan naar schatting ongeveer 50.000 voor verpleeghuizen.

Het kabinet houdt (net als het CPB) vanwege restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van verpleeghuizen rekening met een ingroeipad van netto 7.000 extra fte gekwalificeerde zorgmedewerkers in 2018 en netto 10.000 extra fte in de jaren daarna. Deels betreft dit instroom van nieuwe medewerkers in de zorg, deels uit het uitbreiden van bestaande deeltijdcontracten.

In mijn brief over de Integrale Arbeidsmarkt Zorg voor ouderen heb ik u reeds geïnformeerd over deze ontwikkelingen. Hierin werd ook zichtbaar dat steeds meer mensen kiezen voor een opleiding in de zorg. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de instroom in de opleidingen vanaf 2011 tot en met 2016.

Tabel 1: Instroom in de opleidingen voor mbo en hbo

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MBO verzorging	10.419	12.883	12.010	10.120	10.417	10.649
MBO verpleegkunde	7.316	7.731	7.899	7.403	7.620	7.790
HBO verpleegkunde	4.712	5.210	6.575	5.009	5.928	6.474

Het duurt in de regel vier tot vijf jaar voordat een opleiding is afgerond. Daarbij is er uitval uit de opleiding. Uiteindelijk gaat ongeveer de helft werken in de zorg. Ook in andere sectoren is er een groot verschil tussen het aantal mensen dat begint aan de opleiding en uiteindelijk ook gaat werken in de betreffende sector. Tabel 1 laat zien dat alleen opleiden niet voldoende is om te voldoen aan de personeelsvraag.

Het is daarom van groot belang om in te zetten op andere manieren om meer mensen in de zorg te krijgen. Ten eerst het aantrekken van mensen die nu niet werkzaam zijn in de zorg. Dit kan gaan om mensen die eerder wel in de zorg werkten (herintreders) of mensen uit andere sectoren of branches binnen zorg en welzijn waarvoor minder werk is (zij-instromers), zoals mensen met een welzijnsachtergrond. Dit geldt ook nadrukkelijk voor mensen met een lager opleidingsniveau, bijvoorbeeld van MBO niveau 1 en 2.

Tegelijkertijd, en misschien wel belangrijker, is de inzet op het behoud van mensen voor de sector. Dit betekent het garanderen van een prettige en gezonde werkomgeving. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het aanbieden van meer vaste en grotere contracten, inzet op continue ontwikkeling van medewerkers en inzet op gezondheid. Ook vraagt het een maximale inzet op nieuwe technologie, sociale innovatie en andere manieren om het werk anders, slimmer en beter te organiseren. Denk hierbij aan functies op het snijvlak van zorg en welzijn.

Verpleeghuizen kunnen dit niet alleen. Bovendien geldt het tekort aan verpleegkundigen en verzorgen ook breder. Het is daarom van belang dat partijen samenwerken en elkaar niet gaan beconcurreren op het aantrekken van personeel. Daarom werk ik – zoals uiteengezet in mijn brief van 7 april jl. – met Actiz, BTN, NVZ, FNV, CNV en de MBO-Raad aan een integrale arbeidsmarktagenda voor de zorg voor ouderen. De eerste resultaten van die agenda worden naar verwachting op 6 juli aanstaande gepresenteerd. Deze agenda zal gericht zijn op wat landelijke partners kunnen doen, en op regio's. Dit laatste van groot belang vanwege de verschillen tussen regio's en omdat op dat niveau passende en concrete afspraken gemaakt kunnen worden. Ik noem in dit verband als goed voorbeeld de afspraken die partijen in Noord-Brabant hebben gemaakt onder de noemer van Zonderzorg2020. Ook een imagocampagne maakt deel van uit de agenda.

Verpleeghuizen hebben als gevolg van het kwaliteitskader, daarnaast een kwalitatieve opgave gericht op het verbeteren van de deskundigheid van het personeel. Daarom zetten we naast een brede agenda ook in op een sectorspecifieke aanpak. Dit doen we landelijk met de extra opleidingsmiddelen voor verpleeghuizen. En dit doen we regionaal, met afspraken tussen verpleeghuizen, zorgkantoren en opleiders. In Rotterdam, Zeeland en West-Brabant gaan partijen inmiddels aan de slag op basis van een intentieverklaring.

Tenslotte : inzet van ICT en gebruik van domotica kan helpen om aan de toenemende vraag te voldoen. Ook dat zal onderdeel (moeten) zijn van de kwaliteitsagenda.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt er met het benodigde budget als er bijvoorbeeld maar 6.000 vacatures vervuld kunnen worden?

Bij de inzet van de extra middelen is, zoals aangegeven in mijn brief van 31 mei jl., sprake van een ingroeipad. Dit ingroeipad is in hoofdzaak afhankelijk van de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de verpleeghuizen (tijd die onder meer nodig is voor het werven, selecteren, opleiden en binnen de organisatie inpassen van de extra medewerkers). Het kabinet houdt (net als het CPB) op grond daarvan rekening met een ingroeipad van netto 7.000 extra fte gekwalificeerde zorgmedewerkers in verpleeghuizen in 2018 en 10.000 extra fte in de jaren daarna. Zorginstellingen moeten zich maximaal inspannen om hun personeelsbezetting op het niveau van het kwaliteitskader te brengen. De bekostiging volgt deze inspanning. De Wlz-uitvoerders sturen met hun zorginkoop op het kwaliteitskader en zullen inzicht willen in de personeelsbezetting in het kwaliteitsplan en de reflectie in het kwaliteitsverslag. De IGZ gebruikt het kwaliteitskader als basis voor haar toezicht op verpleeghuizen. Het voorgaande geeft een extra prikkel aan verpleeghuizen om zich maximaal in te spannen om hun vacatures zo snel mogelijk te vervullen. Het kabinet ondersteunt met arbeidsmarktbeleid voor de (langdurige) zorg, zodat er voldoende personeel beschikbaar is om de veronderstelde instroom te realiseren met op-, bij en omscholing. Er is dus daarom nu geen aanleiding om aan te nemen dat er minder vacatures kunnen worden vervuld dan verondersteld.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij het vaststellen van de passende tarieven een rekenregel meegenomen kan worden als gevolg waarvan de maximale overhead (al dan niet forfaitair) vastgesteld wordt op een maximaal percentage?

Met het kwaliteitskader is sprake van een integrale norm voor goede zorg in verpleeghuizen. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, ga ik bij de tariefstelling uit van de best presterende instellingen, ook ten aanzien van de overhead. Voor de minder goed presterende instellingen ligt er dus een efficiencyopdracht om hun overhead terug te dringen. Zij zullen dus verbeterstappen moeten zetten om aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen. In de tariefstelling zal dus een overheadnorm zijn verwerkt. De Wlz-uitvoerders sturen hierop via de zorginkoop. Een (extra) overheadnorm heeft daarmee geen toegevoegde waarde en zal slechts leiden tot extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders, waardoor er minder geld overblijft voor handen aan het bed. In mijn brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 maart 2017 over mijn verdere aanpak van de administratieve lasten in Wlz-zorg¹⁴ heb ik daarom laten weten te willen komen tot richtlijnen die het leren van en in organisaties stimuleert. Ik onderzoek met de betrokken veldpartijen hoe een dergelijke richtlijn eruit kan zien en zal vanzelfsprekend de Tweede Kamer over de voortgang daarvan informeren middels de voortgangsrapportage.

¹⁴ TK 2016-2017, 29 515, nr. 400.

Er wordt in de brief aangegeven dat deze extra middelen kunnen leiden tot een aanzuigende werking voor de Wet langdurige zorg (lees in een verpleeghuis te gaan wonen) maar klopt deze redenering zo vragen genoemde leden. De indicatiestellingen Wmo/Zvw is toch niet gekoppeld aan of leiden automatisch tot een Wlz indicatie? Kan de staatsecretaris hier een uitgebreide toelichting op geven?

De leden van de CDA-fractie duiden er terecht op dat er geen sprake is van automatismen die leiden tot een mogelijke overgang vanuit de Wmo/Zvw naar de Wlz. Er is sprake van heldere toegangscriteria waaraan een cliënt moet voldoen voor toegang tot de Wlz. Met de aanzuigende werking duidt het CPB op een mogelijk gedragseffect dat kan optreden. De verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg kan er voor een aantal cliënten toe leiden dat hun afweging om hun Wlz-zorg thuis of intramuraal te verzilveren eerder zal uitvallen in de keuze voor een verpleeghuis in plaats van zorg thuis. Het CPB houdt met deze gedragseffecten rekening in haar ramingen. Het kabinet heeft daarom de impactanalyse van de NZa aangevuld met deze effecten.

Voorts ontvangen de leden van de CDA-fractie graag een toelichting op de zogenaamde contextgebonden zorg. Wat wordt hier concreet mee bedoeld en kan de staatsecretaris enkele voorbeelden geven? Hoe flexibel c.q. strikt is die norm eigenlijk of is het richtinggevend? Is er bij de impactanalyse uitgegaan van een strikte norm of is er ook rekening gehouden met de contextgebonden norm? Gaat die norm bijvoorbeeld ook over regio's die met krimp te maken hebben, waarbij het niet reëel is dat ze de normen in het kader halen?

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven graag een toelichting op de zogenaamde contextgebonden zorg te willen ontvangen. Ik ga er vanuit dat zij daarmee refereren aan één van de opdrachten uit het kwaliteitskader: het ontwikkelen van landelijke, contextgebonden normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en bij de aard van de doelgroep(en). Deze dienen eind 2018 gereed zijn. 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. Maar ook kan rekening worden gehouden met de context van een zorgorganisatie, zoals de fysieke indeling van gebouwen, de inzet van technologie en de aanwezigheid van mantelzorgers. Omdat er op dit moment nog geen contextgebonden normen zijn, is er bij de impactanalyse gebruik gemaakt van de tijdelijke normen uit hoofdstuk 6 van het kwaliteitskader. Het is aan de betrokken partijen in de sector om tot deze contextgebonden normen te komen. Ik kan daarbij op dit moment niet aangeven op welke wijze verschillen in arbeidsmarktomstandigheden per regio daarin en plek krijgen.

Er wordt 100 miljoen euro beschikbaar gesteld voor verpleeghuislocaties waar op het moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen, zo merken de leden van de CDA-fractie op. Is gebrek aan geld de reden dat er slechte zorg geleverd wordt en is dat nodig om een verbeterslag te laten maken? Het moet wel helder zijn wat de kern van het probleem is, want er zijn ook genoeg instellingen waarbij het wel goed gaat. Hoe wordt er voor gezorgd dat het extra geld wel ten goede van de zorg komt?

Bij de verpleeghuislocaties die het betreft, spelen kwaliteitsproblemen in combinatie met de personeelsbezetting. De basisveiligheid moet op orde worden gebracht. Daarbij speelt dat zij weinig tot geen financiële mogelijkheden hebben om hier extra op in te zetten. Er is dus inderdaad extra geld nodig om een verbeteringslag te kunnen maken. Zoals in de Kamerbrief van 31 maart 2017 is beschreven, zijn de € 100 miljoen bedoeld als een steun in de rug voor de bewoners, naasten en medewerkers van deze verpleeghuislocaties. Het stelt hen in staat een aantal urgente kwaliteitsproblemen aan te pakken en van daaruit te kunnen werken aan verdere verbetering van de kwaliteit. De zorgkantoren en de NZa zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregel ten aanzien van de € 100 miljoen. In het aanmeldproces bij de zorgkantoren is de expertise van 'Waardigheid en Trots' ingezet om de feiten rondom het kwaliteitsprobleem via een snelle methode te verzamelen. Deze probleemanalyse helpt de betreffende aanbieders bij de keuze voor maatregelen die het meest effectief zijn. Uiteraard zullen maatregelen die de organisatie zelf kan en moet nemen daarbij aan de orde zijn. Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat de cliëntenraad en personeelsvertegenwoordiging bij het voorstel van de betreffende aanbieders betrokken zijn. Het zorgkantoor toetst dit. Dit geeft mij vertrouwen dat het geld ten goede komt aan de zorg. De verantwoording over de inzet van de extra middelen nemen de verpleeghuizen die het betreft op in het kwaliteitsplan en – verslag dat zij jaarlijks conform het kwaliteitskader dienen op te stellen.

Tenslotte stelt de staatsecretaris ook 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 middelen. Kan de staatssecretaris aan de leden van de CDA-fractie eens toelichten wat hij hier precies mee bedoelt?

Het kabinet heeft op basis van de huidige inzichten een totaal bedrag voor de verpleegzorg geraamd oplopend tot € 2,1 miljard in de structurele situatie. Bij dit bedrag is - uitgaande van de huidige inzichten van het CPB - rekening gehouden met onder meer demografische effecten en aanzuigende werking, waardoor het veronderstelde aantal cliënten dat in de toekomst een beroep zal doen op verpleegzorg hoger kan uitkomen dan in de huidige situatie. In mijn eerder genoemde brief heb ik aangegeven dat er een aantal factoren is waardoor de huidige geraamde kosten in de toekomst nog hoger of lager kunnen worden. Onder deze factoren valt ook de ontwikkeling van de cliëntvoorkeuren. Indien in de toekomst een betere mix van verpleging thuis en intramurale verpleeghuiszorg mogelijk is, kan dat leiden tot een nog doelmatiger inzet van middelen.

Tot slot, zo vragen de leden van de CDA-fractie, komt de schriftelijke beantwoording over de voortgang Kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor de plenaire behandeling van de voorjaarsnota naar de Tweede Kamer?

Ja. De plenaire behandeling van de Voorjaarsnota vindt plaats op woensdag 5 juli 2017. Ik heb de antwoorden daarvoor naar de Tweede Kamer gestuurd.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris van betreffende de 'Voortgang Kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Hierover hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

Tijdspad

Graag zouden de leden van de D66-fractie een tijdspad ontvangen terugblikkend op de afgelopen periode waar het verzoek tot het ontwikkelen van het kwaliteitskader van het veld naar het Zorginstituut werd overgeheveld. Op welk moment het Zorginstituut besloot haar doorzettingsmacht in te zetten en op welk moment de bijkomende kosten inzichtelijk werden en op welk moment alle stappen in dit proces aan de Kamer werden gecommuniceerd. De leden ontvangen graag helderheid over wanneer de kosten inzichtelijk waren bij het Zorginstituut, op welk moment bij de betrokken ministeries en op welk moment bij de Kamer. Kan de staatssecretaris daarbij uiteenzetten welke ministeries op welk moment betrokken zijn geraakt?

Het Kwaliteitskader is tot stand gekomen onder jarenlange grote politieke en maatschappelijke aandacht. Reeds in 2014 heeft de IGZ een zeer kritisch rapport geschreven over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. De IGZ heeft daarin gesteld dat na jarenlang rapporteren ("pyjamadagen") en acties (o.a. medicatieveiligheid en hygiëne) de kwaliteit onder de maat blijft. VWS is destijds gestart met het plan "Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen" om de kwaliteit van de verpleegzorg structureel te verbeteren. Naar aanleiding van haar rapport uit 2014 hield de IGZ vanaf 2015 extra toezicht op 150 verpleegzorginstellingen.

De aangenomen motie Leijten¹⁵ verzocht de regering op 18 november 2014 om "een bezettingsnorm uit te laten werken door de beroepsverenigingen, deze op te laten nemen in de beroepsrichtlijnen en deze mede de basis te laten zijn waarop de zorg wordt ingekocht".

In het plan van aanpak "Waardigheid en Trots: liefdevolle zorg voor onze ouderen" (februari 2015) is vervolgens als activiteit het ontwikkelen van een kwaliteitskader voor verpleeghuizen opgenomen. Onder de paraplu van het programma, maar onder verantwoordelijkheid van de sector is een werkgroep gestart om tot dit kader te komen.

Op grond van dit voornemen heeft het Zorginstituut dit kwaliteitskader in april 2015 op haar meerjarenprogramma geplaatst, waarmee het mogelijk werd om doorzettingsmacht in te zetten, mochten de aanbieders, zorgkantoren en vertegenwoordigers van patiënten en cliënten voor 1 oktober 2016 geen overeenstemming over het kader bereiken. De Tweede Kamer is in de verschillende voortgangsrapportages geïnformeerd over de voortgang.

Via de motie van de leden Van Dijk en Potters¹⁶ is de regering op 9 december verzocht 'nader te concretiseren hoe de goede voorbeelden de norm worden en wat dit concreet betekent voor de overhead van zorgaanbieders, de organisatie van de zorg, de tijd die medewerkers kwijt zijn aan administratie en de visie van

¹⁵ TK 2014-2015, 31765, nr 109.

¹⁶ TK 2015-2016, 31765, nr 176.

zorgaanbieders op zorgverlening aan cliënten, en de Kamer hierover in het voorjaar van 2016 te informeren’.

Op 3 oktober 2016 ben ik door het Zorginstituut geïnformeerd over het feit dat de genoemde partijen geen kwaliteitskader hadden ingediend en het Zorginstituut vanaf dat moment de regie overnam. Ik heb de Tweede Kamer hierover op 5 oktober 2016 geïnformeerd.

Dit heeft ertoe geleid dat het Zorginstituut het Kwaliteitskader verpleeghuisczorg, inclusief minimale normen voor personeelsbezetting op advies van een eigen adviescommissie (de Kwaliteitsraad) heeft vastgesteld. Voor het opstellen heeft de Kwaliteitsraad overleg gevoerd met de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Kwaliteitskader verpleeghuisczorg. Het Kwaliteitskader verpleeghuisczorg, dat het Zorginstituut heeft vastgesteld en in het openbaar register heeft ingeschreven, is sinds 13 januari 2017 van kracht. Het laten opstellen van, het vaststellen en het inschrijven in het openbaar register van kwaliteitsstandaarden behoort tot de taken en zelfstandige bevoegdheid van het Zorginstituut. Het Kwaliteitskader verpleeghuisczorg 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 hetgeen ik eerder heb aangekondigd in mijn brieven van 16 november 2016 en 13 januari 2017.

Op 8 december 2016 is - tijdens het VAO kwaliteit van de verpleeghuisczorg - door de Kamer het manifest van Hugo Borst en Carin Gaemers "Scherp op Ouderenzorg" omarmd, waar de personeelsnorm een belangrijk onderdeel van was.

Bij de inwerkingtreding van het Kwaliteitskader op 13 januari 2017 waren de financiële consequenties nog niet doorgerekend. Wel is in de AO's van 17 november 2016, het VAO van 08 december 2016 en het AO van 08 februari 2017 in reactie op vragen van onder meer CDA, VVD, D66 en CU reeds gesproken over de gevolgen van de juridische bindende kwaliteitsnormen voor de tarieven.

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 verpleeghuisczorg behoren tot de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening.

Naar aanleiding van mijn toezegging aan mevrouw Bergkamp heb ik, zoals ik heb aangekondigd in mijn brief van 7 december 2016¹⁷, de NZa verzocht versneld een impactanalyse op te stellen, vooruitlopend op het bredere kostprijsonderzoek dat eind 2017 gereed zou zijn en waarin het kwaliteitskader mee zou lopen. De NZa heeft haar rapport van de impactanalyse op 21 maart 2017 naar mij verstuurd. Conform planning heb ik vervolgens het rapport inclusief beleidsreactie met instemming van de ministerraad op vrijdag 31 maart 2017 naar de Tweede Kamer verzonden¹⁸. Via het versturen van deze informatie naar de Tweede Kamer werden de door de NZa geraamde kosten van het kwaliteitskader openbaar en

¹⁷ TK 2016-2017 31765, nr. 258.

¹⁸ TK 2016-2017, 31765, nr. 266

daarmee ook bekend bij het Zorginstituut. De NZa heeft het rapport daarna op haar website gepubliceerd. In mijn eerder genoemde brief van 31 mei jl. is de impactanalyse aangevuld met de CPB-methode. Daarmee is toegelicht dat er bij scenario 3 van de NZa op grond van een integrale ramingsmethodologie, de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders sprake is van meerkosten die oplopen tot structureel € 2,1 miljard.

De leden van de D66-fractie informeren of dit bedrag nu per se noodzakelijk is, of kan er ook voor gekozen worden het kwaliteitskader aan te passen?

Gegeven de huidige inzichten en huidige wettelijke kaders is het geraamde bedrag dat oploopt tot € 2,1 miljard noodzakelijk. Dit zoals aangegeven in mijn brief van 31 mei jongstleden over de voortgang van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het aanpassen van het kwaliteitskader acht ik onverstandig, in strijd met de uitdrukkelijke wens van de Kamer om bindende normen op te stellen voor de kwaliteit van verpleeghuizen en in strijd met zowel de Kamerbreed gesteunde motie Klever cs¹⁹ alsmede de hierover gestuurde en besproken Kamerbrief²⁰ over de uitvoering van deze motie.

Dit bedrag kan nog veranderen als het kostprijsonderzoek van de NZa gereed is en door overige uitwerkingen zoals contextgebonden normen en de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal).

Kwaliteitskader

De leden van de D66-fractie vernemen graag op welke wijze de bezettingsnorm wordt vastgesteld, en op basis van welk(e) onderzoek(en). Tevens vernemen deze leden graag op welke wijze het grote aantal vacatures invloed heeft op de realisatie van het kwaliteitskader en welk beleid hierop ingezet zal worden?

De leden van de D66-fractie vragen naar de wijze waarop de bezettingsnorm wordt vastgesteld. Zoals het kwaliteitskader aangeeft, kunnen de kwaliteitsplannen en – verslagen input geven voor de te maken landelijke, contextgebonden normen. Daarnaast is ook de verwachting dat het implementeren van de handreiking verantwoorde personeelssamenstelling hiervoor gebruikt kan worden. Uiteraard hebben openstaande vacatures hun invloed op de wijze waarop invulling kan worden gegeven aan de gewenste personeelssamenstelling. Om die reden wordt er zowel op landelijk als op regionaal niveau actief arbeidsmarktbeleid gevoerd. Zowel het Zorgpact, dat zich concentreert op de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt, als de integrale arbeidsmarktagenda Zorg voor Ouderen en de regionale arbeidsmarktafspraken die in het kader van Waardigheid en Trots worden gemaakt, zetten in op voldoende en voldoende deskundig personeel.

Zorginstituut

De leden van de D66-fractie ontvangen graag een toelichting op het juridische kader rondom de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Ook ontvangen zij graag opheldering over de positie en bevoegdheden van het Zorginstituut in bredere zin. Was de staatssecretaris bewust van de financiële consequentie van meer dan 1 miljard euro? Hoe wordt in de toekomst geborgd dat extra geld, in

¹⁹ TK 2016-2017, 31 765 nr. 254.

²⁰ TK 2016-2017, 31 765 nr. 261.

deze orde van grootte, alleen na expliciete politieke besluitvorming beschikbaar wordt gesteld?

Op grond van artikelen 66b tot en met 66e van de Zvw houdt het Zorginstituut een openbaar register bij waarin het ondermeer kwaliteitsstandaarden opneemt. Het betreft kwaliteitsstandaarden op gezamenlijke voordracht van de organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars of op voordracht van de Adviescommissie Kwaliteit, in de praktijk ook wel Kwaliteitsraad genoemd. Het Zorginstituut heeft een beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015 (het Toetsingskader)²¹ opgesteld op basis waarvan het beoordeelt of een voorgedragen kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces. Het Zorginstituut neemt een voorgedragen kwaliteitsstandaard alleen op in zijn openbaar register indien die voldoet aan het Toetsingskader.

Het Zorginstituut bepaalt voor welke vormen zorg er een kwaliteitsstandaard nodig is dan wel welke kwaliteitsstandaard aanpassing behoeft en stelt daarbij een termijn vast waarbinnen de opstelling dan wel de aanpassing moet hebben plaatsgevonden (plaatsing op de meerjarenagenda). Het Zorginstituut kan indien de opstelling of aanpassing van een kwaliteitsstandaard niet tijdig heeft plaatsgevonden, de Adviescommissie Kwaliteit verzoeken, om binnen een bepaalde termijn, de betrokken kwaliteitsstandaard op te stellen of aan te passen. Het Zorginstituut maakt bij een dergelijk verzoek aan de Adviescommissie Kwaliteit gebruik van zijn doorzettingsmacht.

Aangezien de discussie over meer kwaliteit vooral ging en gaat over extra personeel was iedereen zich ervan bewust dat het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg tot meerkosten voor de verpleeghuissector kon leiden. Ook in de Kamer was er sprake van een breed gedeelde wens. De motie van het lid Klever cs, om hogere kwaliteitseisen aan verpleegzorg te stellen en (veel) meer personeel aan te stellen, is Kamerbreed gesteund. De invulling van de motie en de gevolgen voor de tarieven in de verpleegzorg zijn uitgebreid besproken in het AO van 8 februari 2017.

Ook in het AO van 17 november 2016 is over deze consequenties gesproken. Voor een kwantitatieve duiding was nader onderzoek van de NZa nodig. Daarbij heb ik aan het lid Bergkamp toegezegd om de Kamer een voorlopige berekening te doen toekomen van de financiële impact van dit kwaliteitskader.²² Ik heb vervolgens in mijn brief van 7 december 2016 gemeld dat de NZa begin 2017 met een financiële impactanalyse zou komen. Ik heb daarbij aangegeven dat de uitkomsten van die analyse kunnen afwijken van die van het uiteindelijke kostenonderzoek²³. Kortom: de vraag was niet of het kwaliteitskader extra geld zou gaan kosten, maar hoeveel.

De leden van de D66-fractie vragen hoe in de toekomst wordt geborgd dat extra geld, in de orde van grootte bij het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, alleen na expliciete politieke besluitvorming beschikbaar wordt gesteld.

²¹ Zie Stcrt 2015, 14436.

²² TK 2016/17 31 765, nr. 252, blz. 31.

²³ TK 2016/17 31 765, nr. 258.

Ik ben voornemens nader te verankeren dat bij het vaststellen van kwaliteitsstandaarden een toetsing aan doelmatigheid en efficiency is geborgd. Het Zorginstituut krijgt de mogelijkheid om kwaliteitsstandaarden zo nodig bij te stellen of niet in te schrijven. Het Zorginstituut zal zich hierbij baseren op een zwaarwegend advies van de NZa, die voor het opnemen van de kwaliteitstandaard onderzoek zal doen naar de budgettaire impact en op de IGZ gelet op de handhaafbaarheid. Daarnaast ben ik voornemens de vernietigingsbevoegdheid van de minister van VWS op grond van de art. 22 Kaderwet zelfstandige bestuursorganen uit te breiden tot de beslissing van het Zorginstituut over opname van een voorgedragen kwaliteitsstandaard in het openbaar register. Voor zover hier wijziging van wet en- of regelgeving voor nodig is zal ik dit ten behoeve van besluitvorming door een nieuw kabinet voorbereiden.

Momenteel loopt ook het kwaliteitskader voor de gehandicaptensector. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de staatssecretaris of er analoog aan de verpleeghuiszorg dit een financiële verplichtende consequentie heeft?

Het Zorginstituut heeft op 15 mei jl. het kwaliteitskader gehandicaptenzorg in zijn openbaar register opgenomen. Het bovenbedoelde kwaliteitskader heeft daarmee de status van kwaliteitsstandaard gekregen. Het voldoen aan dat kwaliteitskader maakt daarmee onderdeel uit van goede gehandicaptenzorg die de zorgaanbieder op grond van de Wkkgz moet aanbieden. Op basis van het kostprijsonderzoek van de NZa dat eind van het jaar beschikbaar komt, zal worden bezien wat de totale financiële effecten zijn voor de tariefstelling in de gehandicaptenzorg. Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg bevat geen normen op het gebied van personeelssamenstelling.

Financiële consequenties

De leden van de D66-fractie ontvangen graag opheldering over de exacte hoogte van de financiële consequenties en de mogelijkheden die er bestaan om dit aan te passen en of er dus sprake is van flexibiliteit? Bestaan er, daarnaast, instrumenten om te waarborgen dat het extra geld terecht komt op de plekken waar het best tot zijn recht komt? Graag een toelichting op dit punt.

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 maart is uitgaande van scenario 3 van de impactanalyse van de NZa (waarbij de best presterende instellingen de norm worden voor alle verpleeghuizen) op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders een totaal bedrag nodig dat oploopt tot € 2,1 miljard structureel. In deze brief heb ik ook een drietal factoren genoemd op grond waarvan de huidige geraamde kosten in de toekomst nog hoger of lager kunnen worden. Dit betreffen inzichten vanuit het kostprijsonderzoek van de NZa, de ontwikkeling van contextgebonden normen en de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (intramuraal of thuis). Er zijn binnen de huidige wettelijke kaders mogelijkheden om de kosten te verlagen door beperking van de toegang of verhoging van de eigen bijdragen.

De leden van de D66-fractie informeren voorts of er instrumenten zijn om te waarborgen dat het extra geld terecht komt op de plekken waar het best tot zijn recht komt. In dat kader is van belang dat de omvang van de extra middelen is gebaseerd op scenario 3 uit de impactanalyse van de NZa. Daarbij worden 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 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. Via de tariefstelling door de NZa en de zorginkoop van de Wlz-uitvoerders wordt erop gestuurd dat alle instellingen via een ingroeipad gaan voldoen aan het kwaliteitskader. Instellingen die zich niet verbeteren (of te weinig verbetering laten zien) zullen door de Wlz-uitvoerders hierop worden aangesproken. De Wlz-uitvoerders gebruiken het kwaliteitskader als sturingsinstrument bij de zorginkoop. Daarmee is gewaarborgd dat het extra geld op de juiste plek terechtkomt. Daarnaast vormt het kwaliteitskader een basis voor het toezicht door de inspectie. Met het toetsingskader heeft de IGZ aangegeven wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Als de IGZ op basis van haar toezicht concludeert dat er sprake is van een ongewenste situatie, dan zal zij interveniëren. Daarnaast kunnen de Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop consequenties verbinden aan het niet voldoen aan het kwaliteitskader en zal er een benchmark worden ontwikkeld die Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop kunnen gebruiken.

De leden van de D66-fractie vragen op welke wijze er zal gecommuniceerd worden wat dit geld concreet betekent voor cliënten in verpleeghuizen? Deelt de staatssecretaris de mening dat deze toename aan personeel ook vraagt om een andere wijze van organiseren? Is er concreet ook meer management nodig? Worden organisatievermogen en management ook nog meegenomen in de uitrol van dit kwaliteitskader?

De geraamde extra middelen zijn nodig om aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg te kunnen voldoen. Daarmee is ook duidelijk wat dit geld concreet betekent voor cliënten in verpleeghuizen. Het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg bevat normen voor goede zorg. Het kabinet gaat bij de extra middelen uit van scenario 3 van de impactanalyse van de NZa. Dat betekent dat er sprake is van een efficiencyopdracht voor de verpleeghuizen en dat zij hun organisatie moeten verbeteren: zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de bedrijfsvoering, overhead en efficiency. Organizevermogen en management worden dan ook nadrukkelijk meegenomen in de uitrol van dit kwaliteitskader. Ik deel dus ook de mening dat de toename aan personeel vraagt om een andere wijze van organiseren. Een toename van het aantal managers is niet te verwachten.

Kan de staatssecretaris, zo vragen de leden van de D66-fractie, tot slot aangeven in hoeverre dit bedrag slechts een beperkte blik beslaat, omdat er in de eerstelijns ook bezettings- en kwaliteitsvraagstukken leven. Kan worden aangegeven in hoeverre de focus van dit gekozen bedrag niet teveel op intramurale zorg ligt? Kan worden aangegeven in hoeverre dit geld eventueel ook beschikbaar is voor mensen die langer thuis blijven wonen?

Het geraamde bedrag heeft betrekking op het kwaliteitskader voor verpleeghuiszorg en staat daarmee los van bezettings- en kwaliteitsvraagstukken in de eerstelijns. Het is dus ook logisch dat de focus van het geraamde bedrag ligt op de intramurale zorg. De leden van de D66-fractie vragen vervolgens in

hoeverre dit geld eventueel ook beschikbaar is voor mensen die langer thuis blijven wonen. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven zal de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal) en de organisatie hiervoor van belang zijn. De impactanalyse van de NZa is gebaseerd op de huidige verpleeghuiszorg. Er is daarnaast sprake van een trend dat ouderen langer thuis blijven wonen. Uiteindelijk zal het zorgaanbod zo goed mogelijk moeten aansluiten bij de wensen van de cliënt. Dat kan dus eventueel betekenen dat een deel van de extra middelen op termijn nodig zal zijn om juist de zorg thuis te verbeteren. Het kwaliteitskader schrijft voor dat de relevante partijen op basis van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg een aangepaste versie maken voor de 'extramuraal' verpleegzorg (gereed per 1-1-2018).

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief inzake 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Zij hebben daarover nog de volgende vragen en opmerkingen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend. De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de juridische bindendheid van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Voorts vragen zij daarbij hoeveel verpleeghuizen op dit moment in staat zijn deze kwaliteitsnormen te implementeren?

Zoals ik ook heb aangegeven in de brief waarmee ik u het kwaliteitskader heb doen toekomen (13 januari 2017) is het de verantwoordelijkheid van alle verpleeghuizen om hier onmiddellijk mee aan de slag te gaan. Ook heb ik aangegeven dat het wel enige tijd zal vergen voordat alle verpleeghuizen hieraan volledig kunnen voldoen. Daarnaast zijn de arbeidsmarkt en de financiën belangrijke randvoorwaarden. Bij de zorgaanbieders is er in de uitgangssituatie sprake van verschillen in kwaliteit; er zijn zorgaanbieders die al duidelijk beter presteren dan gemiddeld (maar nog wel moeten verbeteren om aan het kwaliteitskader te voldoen), er zijn zorgaanbieders die nog flinke stappen moeten zetten en er is een groep die op dit moment alles op alles moet zetten op de basiskwaliteit op orde te houden. Om welke aantallen het daarbij precies gaat is niet bekend. Wel zal de IGZ in een meerjarencyclus van vier jaar de gehele sector in beeld houden.

*Raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg
Impactanalyse NZa*

De leden van GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de drie scenario's die de NZa heeft ontwikkeld om een raming van de meerkosten uiteen te zetten. Zij zijn voorts geïnteresseerd of er bij hogere kosten dan de ramingen die er nu liggen een plan is deze te compenseren?

Het kabinet gaat bij de extra middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg uit van scenario 3 van de impactanalyse van de NZa. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 mei houdt het kabinet op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders rekening met een totaal bedrag dat oploopt tot € 2,1 miljard structureel. 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. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief kunnen de kosten hoger of lager uitvallen op grond van het kostenonderzoek van de NZa, de ontwikkeling van contextgebonden normen of de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleegzorg (thuis versus intramuraal). Hogere kosten dan de genoemde ramingen zijn op dit moment niet aan de orde. Indien daarvan in de toekomst sprake mocht zijn dan zal het kabinet zich er op dat moment over buigen.

Zoals de staatssecretaris immers zelf al aangeeft, plaatst de NZa een kanttekening bij de gevarieerdheid van de praktijk op aanbiedersniveau. In hoeverre is er binnen de tarieven ruimte om rekening te houden met de visie, de lokale omstandigheden en de bedrijfsvoering van verpleeghuizen? Genoemde leden vragen of de staatssecretaris ruimte ziet voor een compensatieregeling voor verpleeghuizen indien er zich onverwachte, niet aanrekenbare praktijksituaties voordoen?

De NZa moet tarieven vaststellen die redelijkerwijs kostendekkend zijn en waarmee zorgaanbieders in staat zijn om goede zorg te kunnen verlenen. In het kostprijsonderzoek is de NZa voornemens om gegevens van alle zorgaanbieders te gebruiken om tot deze tariefstelling te komen. Omdat de best presterende instellingen hierbij als norm worden gesteld voor alle zorgaanbieders is hierbij sprake van een efficiencyopdracht voor minder goed presterende verpleeghuizen. Bij het invullen van deze efficiencyopdracht zullen de Wlz-uitvoerders rekening houden met een ingroeitraject. In dat opzicht wordt dus rekening gehouden met verschillen in bedrijfsvoering. Uitgangspunt is echter wel dat achterblijvende verpleeghuizen hun bedrijfsvoering zullen moeten verbeteren en dat hun visie in lijn moet zijn met het kwaliteitskader. Naast het kostenonderzoek van de NZa zal er de komende jaren een benchmark worden ontwikkeld. Met deze benchmark, op basis van nog vast te stellen objectieve gegevens, kan bij de zorginkoop en de afgesproken tarieven door Wlz-uitvoerders rekening worden gehouden. Daarbij kan het gaan om (tijdelijke) hogere en niet aanrekenbare kosten bij bepaalde zorgaanbieders. Dat maakt het mogelijk om binnen de tariefstelling en binnen huidige geraamde middelen van € 2,1 miljard rekening te houden met specifieke lokale omstandigheden. Dit vergt dus geen separate compensatieregeling.

*Aanvulling impactanalyse met methode CPB
Voorts hebben de leden van de GroenLinks-fractie met belangstelling kennisgenomen van de methode van het CPB en de verschillen met de NZa. Genoemde leden vragen welke gevolgen dit heeft voor het kabinetsbeleid ten aanzien van de verbetering van verpleeghuizen. Deelt de staatssecretaris de analyse van het CPB dat de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking daadwerkelijk worden gemaakt? Zo ja, deelt de staatssecretaris de constatering van genoemde leden dat kosten voor overhead moeten en kunnen worden beperkt?*

De methode van het CPB vult de uitkomsten van de impactanalyse aan met demografische effecten, effecten op overhead en aanzuigende werking. Daarmee geven de uitkomsten op basis van de CPB-methode een integraal beeld van de geraamde structurele totale kosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders gaat het om een bedrag van € 2,1 miljard. Het kabinet houdt hier rekening mee in haar beleid ten

aanzien van de verbetering van verpleeghuizen. Ik deel de constatering van de leden van de GroenLinks-fractie dat kosten voor overhead moeten en kunnen worden beperkt. Ik wijs deze leden er in dat kader op dat het kabinet bij de extra middelen uitgaat van scenario 3 van de impactanalyse van de NZa. Dat betekent dat de best presterende verpleeghuizen de norm worden voor alle verpleeghuizen. Er is sprake van een efficiencyopdracht voor de verpleeghuizen die achterblijven bij de koplopers. De minder goed presterende instellingen moeten hun organisatie verbeteren: zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de bedrijfsvoering, overhead en efficiency. Deze instellingen kunnen en moeten dus in de basis hun overheadkosten verlagen. Het CPB geeft hierbij wel aan dat het voor de huidige best presterende instellingen door de uitbreiding van het personeelsbestand onvermijdelijk is om ook hun overhead beperkt uit te breiden teneinde de personeelsnorm uit het kwaliteitskader succesvol te kunnen implementeren. Hiermee is dan ook rekening gehouden bij de geraamde extra middelen. Per saldo zal de totale overhead naar verwachting afnemen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de staatssecretaris iets ziet in een overhead- of verzuimnorm voor verpleeghuizen waarmee dit daadwerkelijk wordt bewerkstelligd?

Met het kwaliteitskader is sprake van een integrale norm voor goede zorg in verpleeghuizen. Zoals ik hiervoor heb aangegeven ga ik bij de tariefstelling uit van de best presterende instellingen, ook ten aanzien van de overhead en het terugdringen van ziekteverzuim. Voor de minder goed presterende instellingen ligt er dus een efficiencyopdracht om deze posten terug te dringen. Zij zullen dus verbeterstappen moeten zetten om aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen. De Wlz-uitvoerders sturen hierop via de zorginkoop. Een (extra) overhead- of verzuimnorm voor verpleeghuizen heeft daarmee geen toegevoegde waarde en zal slechts leiden tot extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders, waardoor er minder geld overblijft voor handen aan het bed. In mijn brief aan de Tweede Kamer d.d. 30 maart 2017 over mijn verdere aanpak van de administratieve lasten in Wlz-zorg²⁴ heb ik daarom laten weten te willen komen tot richtlijnen die het leren van en in organisaties stimuleert. Ik onderzoek met de betrokken veldpartijen hoe een dergelijke richtlijn eruit kan zien en zal vanzelfsprekend de Kamer over de voortgang daarvan informeren door de voortgangsrapportage.

Ten slotte vragen deze leden hoe de drie scenario's van de NZa zich verhouden tot de financiële consequenties van het kwaliteitskader?

De NZa heeft de geraamde financiële impact van het kwaliteitskader weergegeven op basis van drie scenario's. Zoals aangegeven in mijn brief van 31 maart gaat scenario 1 uit van de huidige bedrijfsvoering waarbij de NZa de structurele kosten raamt op € 3,1 miljard. Scenario 2 veronderstelt een hogere productiviteit per medewerker waardoor de geraamde structurele kosten in de impactanalyse uitkomen op € 2,1 miljard. Bij scenario 3 worden 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

²⁴ TK 2016-2017, 29 515, nr. 400.

verpleeghuizen moeten hun prestaties verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen.

De hiervoor genoemde bedragen uit de impactanalyse houden nog geen rekening met demografische effecten, extra overhead vanwege de personeelsuitbreiding en de aanzuigende werking van het kwaliteitskader. Het CPB houdt hier in haar integrale ramingsmethodiek wel rekening mee. Daardoor komen de kosten hoger uit voor alle drie scenario's hoger uit. Voor scenario 3 betekent dit dat op basis van de huidige inzichten en wettelijke kaders een totaal bedrag nodig is van € 2,1 miljard (in plaats van € 1,3 miljard).

Er is sprake van een ingroeipad

Met teleurstelling hebben de leden van de GroenLinks-fractie kennisgenomen van de lange tijdsduur die implementatie van het kwaliteitskader behelst. Ziet de staatssecretaris op korte termijn andere mogelijkheden om bijvoorbeeld meer zorgmedewerkers in verpleeghuizen aan de slag te laten gaan, bijvoorbeeld van MBO niveau 1 en 2?

Bovenstaande vraag van de leden van de GroenLinks-fractie heb ik eerder in dit stuk beantwoord binnen het integrale perspectief van de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Er zijn namelijk diverse fracties (CDA, GroenLinks, SP en ChristenUnie) die vragen hebben gesteld op ditzelfde terrein. U kunt daar lezen dat er verschillende mogelijkheden zijn waar het kabinet met betrokken partijen op inzet om meer zorgmedewerkers in verpleeghuizen aan de slag te gaan. Het gaat daarbij om het aantrekken van medewerkers van MBO niveau 1 en 2. U treft dit integrale antwoord aan in de paragraaf met de antwoorden op de vragen en opmerkingen van de CDA-fractie van dit VSO.

Voorts vragen zij wat de verwachte extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren, IGZ, transitiekosten zijn, of de kosten van additioneel arbeidsmarktbeleid al zijn berekend en door wie deze worden gedragen. De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat dit niet ten koste moet gaan van de implementatie van het kwaliteitskader in verpleeghuizen. Zij zijn benieuwd of de staatssecretaris deze constatering deelt en hoe deze extra kosten opgevangen gaan worden in de toekomst?

De Nza impactanalyse houdt geen rekening met kosten die buiten de tariefstelling vallen en/of incidenteel van aard zijn. Bij de extra uitvoeringskosten gaat het om een bedrag van € 6,5 miljoen structureel. Dit bedrag wordt ingezet voor de Wlz-uitvoerders om te sturen op het kwaliteitskader en de efficiencyopgave van minder goed presterende zorgaanbieders en voor de IGZ om toezicht te houden op de zorginstellingen op basis van haar nieuwe toetsingskader dat mede gebaseerd is op het nieuwe kwaliteitskader. Tevens zal de IGZ in een meerjarencyclus van vier jaar de gehele sector van de verpleegzorg in beeld houden. Voor de transitiekosten gaat het kabinet uit van een bedrag van € 125 miljoen per jaar gedurende de periode 2018-2021. Deze bedragen gaan niet ten koste van de middelen voor implementatie van het kwaliteitskader. Bij de transitiekosten gaat het om zaken als ondersteuning van arbeidsmarktbeleid, e-health, incidentele uitgaven aan vastgoed en de ontwikkeling van een benchmark die onder meer zal worden gebruikt bij de bekostiging en zorginkoop door Wlz-

uitvoerders. Dit stemt overeen met de inzichten hierover van het CPB. Deze bedragen zullen worden verwerkt in de ontwerpbegroting 2018.

Factoren die van invloed zijn op de (geraamde) kosten

Kostprijsonderzoek NZa

De leden van de GroenLinks-fractie kijken uit naar het kostprijsonderzoek van het NZa. Zij betreuren dat de nieuwe tarieven pas in juli 2018 worden vastgesteld, die pas van toepassing zijn op de zorginkoop van 2019. Ziet de staatssecretaris alternatieve mogelijkheden om implementatie van het kwaliteitskader te versnellen? Zij vragen hoe dit in de tussentijd toch nog zoveel mogelijk wordt geïmplementeerd. Daarbij vragen zij welke betrokken partijen onderdeel zijn van het intensief overleg met onder andere de NZa en de Wlz-uitvoerders voor wat betreft de voorwaarden van extra middelen die beschikbaar worden gesteld? Zij vragen of verpleeghuizen hier zelf intensief bij betrokken zijn?

Voor het jaar 2017 zijn reeds extra middelen vrijgemaakt om te kunnen investeren in de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Een bedrag van € 100 miljoen is begin 2017 incidenteel gereserveerd voor de instellingen die de middelen het hardste nodig hebben. Nog eens € 100 miljoen is structureel gereserveerd als eerste stap om de kwaliteit in alle verpleeghuizen te verbeteren. Voor 2018 zal het kabinet in de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 een bedrag beschikbaar stellen van € 435 miljoen. Dat is € 335 miljoen extra ten opzichte van het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 100 miljoen voor 2017.

Ik ben verheugd te kunnen melden dat de NZa op grond van het voorgaande reeds medio juli 2017 de tarieven voor alle verpleeghuizen in de jaren 2017 en 2018 zal verhogen. Daarmee is ook voor verpleeghuizen duidelijk hoeveel middelen zij er in 2017 en 2018 bij krijgen om in lijn met het kwaliteitskader stappen te zetten in hun personele bezetting. Verpleeghuizen kunnen hiermee bestaande arbeidscontracten uitbreiden en meer personeel aannemen, zodat er structureel meer zorgpersoneel met de juiste deskundigheid beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. Daarmee kunnen ook de huidige bewoners ervaren dat de zorg en aandacht in hun instelling, en daarmee de kwaliteit van zorg, stapsgewijs verbetert.

De leden van de GroenLinks-fractie informeren voorts welke partijen onderdeel zijn van het intensief overleg met onder andere de NZa en de Wlz-uitvoerders voor wat betreft de voorwaarden van extra middelen die beschikbaar worden gesteld. Hier zijn behalve VWS, de NZa en de Wlz-uitvoerders ook de IGZ, het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland, Actiz, BTN en individuele verpleeghuizen zelf bij betrokken.

Contextgebonden normen

De leden van de GroenLinks-fractie kijken ook uit naar de ontwikkeling van landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij de context van de zorgorganisatie en aard van de doelgroepen. Zij constateren dat deze eind 2018 gereed zijn, en pas vanaf 2020 daadwerkelijk worden geïmplementeerd. Voorts vragen zij of er een mogelijkheid bestaat dat er tussentijdse vorderingen kunnen worden geïmplementeerd, zodat de effecten op de kwaliteit van verpleeghuizen sneller gemerkt worden?

Voor zover deze tussentijdse vorderingen implementeerbaar zijn, kan de sector dit zeker doen. Het feit dat het kwaliteitskader de aanbeveling heeft gedaan om per kwartaal de opgedane kennis en ervaring te delen, geeft daarvoor een goede basis. Het kabinet zal uw Kamer daarvan ook periodiek op de hoogte houden.

Toekomst verpleeghuiszorg

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat de toekomstige ontwikkelingen van de vraag naar thuis versus intramurale zorg zeer belangrijk zijn. Voorts vragen zij of de staatssecretaris hiervoor een visie voor de toekomst paraat heeft? Zij delen namelijk de constatering dat het zorgaanbod zo goed mogelijk moet aansluiten bij de wensen van de cliënt. Genoemde leden vragen welke juridische mogelijkheden er zijn om gedeeltelijke besteding van de extra middelen op termijn naar zorg thuis kan gaan?

Het kabinet heeft haar visie op de toekomstige ontwikkelingen van de verpleeghuizen vervat in de hervorming van de langdurige zorg, de Wet langdurige zorg en de programma's 'Waardigheid en trots' respectievelijk 'Waardig leven met zorg'.

De leden van de GroenLinks-fractie informeren voorts naar de juridische mogelijkheden om op termijn de extra middelen gedeeltelijk ook voor de zorg thuis in te zetten. Juridisch gezien zijn hiervoor mogelijkheden. In mijn brief van 31 mei j.l heb ik aangegeven dat het kabinet de impactanalyse van de NZa heeft aangevuld met de CPB-methode. Deze houdt onder meer rekening met een aanzuigende werking van de verbeterde kwaliteit in verpleeghuizen. Binnen het huidige totaal geraamde bedrag van € 2,1 miljard is hiervoor een bedrag van € 0,3 miljard opgenomen. Het CPB onderschrijft dat met een investering in de Wlz-zorg thuis de aanzuigende werking kan worden voorkomen. In mijn eerder genoemde brief heb ik reeds aangegeven dat de ontwikkeling van de cliëntvoorkeuren (intramuraal of thuis) van invloed is op het bedrag dat nodig is voor verpleeghuiszorg. Dat sluit ook aan bij het huidige zorginkoopbeleid waarin persoonsvolgende inkoop een steeds grotere rol speelt. De NZa heeft de wettelijke taak de tarieven zo vast te stellen dat zorgaanbieders redelijkerwijs aan de verplichtingen uit het kwaliteitskader kunnen voldoen. Aangezien de NZa de kosten *per* cliënt berekent, is de aanzuigende werking van het *aantal* cliënten niet direct relevant voor de tariefstelling. Het is daarom ook juridisch mogelijk om de middelen van de aanzuigende werking in te zetten om de zorg thuis te verbeteren.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg' en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. De staatssecretaris heeft aangegeven dat het kwaliteitskader juridisch geborgd en bindend is. De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris nader toe te lichten wat dit precies inhoudt en welke consequenties dit precies heeft. Betekent dit dat de miljarden die nodig zijn voor goede verpleeghuiszorg daadwerkelijk hiervoor worden ingezet, ongeacht als er een nieuwe regering aantreedt?

Op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders is een totaal bedrag nodig van circa € 2,1 miljard. Een aanbieder van verpleeghuiszorg moet op grond van de Wkkgz goede zorg aanbieden. IGZ houdt hierop toezicht. Het

aanbieden van goede zorg houdt onder meer in dat de aanbieder voldoet aan de één of meer toepasselijke kwaliteitsstandaarden. Dit betekent voor het leveren van verpleeghuiszorg dat de zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Op basis van jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) moeten het beschikbare budgettaire kader en de door de NZa gereguleerde tarieven voor verpleeghuiszorg het mogelijk maken dat een zorgaanbieder dekking krijgt voor zijn redelijkerwijs te maken kosten voor het aanbieden van verpleeghuiszorg. De redelijkerwijs te maken kosten om te voldoen aan de toepasselijke kwaliteitsstandaard voor verpleeghuiszorg behoren tot die kosten.

In mijn brief van 31 mei heb ik tot slot een drietal factoren genoemd op grond waarvan de huidige geraamde kosten in de toekomst nog hoger of lager kunnen worden. Dit betreffen inzichten vanuit het kostprijsonderzoek van de NZa, de ontwikkeling van contextgebonden normen en de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar verpleeghuiszorg (intramuraal of thuis).

Zoals de staatssecretaris weet zijn de leden van de SP-fractie erg teleurgesteld in het kwaliteitskader dat er ligt. In de minimale norm kunnen slecht functionerende bestuurders nog steeds ervoor kiezen om 2 zorgverleners op een te grote groep zetten. Neemt de staatssecretaris de aanneming van de NZa over om 2 zorgverleners op een groep van 8 bewoners te zetten? Genoemde leden vinden het kwalijk dat er alleen op piekmomenten 2 zorgverleners worden ingezet, deze leden vinden dat de hele dag 2 zorgverleners op een groep van 8 bewoners zouden moeten worden ingezet. Deelt de staatssecretaris deze mening en gaat hij ervoor zorgen dat niet alleen tijdens de piekmomenten, maar de hele dag voldoende personeel wordt ingezet? Graag een toelichting van de staatssecretaris op deze punten.

Het kwaliteitskader stelt een aantal minimale normen voor de periode tot eind 2018. Daarmee is er de hele dag voldoende personeel. Deze normen geven kaders om te komen tot voldoende en bekwaam personeel in verpleeghuizen. Het kwaliteitskader schrijft onder meer voor dat er tijdens de zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan, intake en rond het sterven) minimaal twee zorgverleners beschikbaar moeten zijn om deze taken te verrichten. De omvang van de groep is daarbij niet gespecificeerd. Het kwaliteitskader stelt dat deze normen bewust ruimte laten voor invulling van de specifieke situatie waarin verpleeghuiszorg wordt geleverd. Niet elk verpleeghuis is immers gelijk: er zijn verpleeghuizen met grootschalige zorg, met kleinschalige groepen van 6, 8, 10 of 12 bewoners, met 'cliënten met somatische of psychogeriatrische achtergronden. Het kwaliteitskader verwacht verantwoordelijkheid en leiderschap vanuit de verpleeghuisorganisaties om hier naar eer en geweten zelf invulling aan te geven. Het kwaliteitskader wil juist dat organisaties met hun medewerkers en cliënten vaststellen wat goede zorg is in hun situatie, rekening houdend met wat haalbaar is. Hierover leggen zij verantwoording af in het kwaliteitsverslag, dat ook openbaar is. De Inspectie zal toezien dat de organisatie op een zorgvuldige wijze keuzes maakt en blijft zoeken naar vernieuwing en verbetering.

De Kwaliteitsraad merkt in dit kader op dat deze landelijke vertaling van de tijdelijke normen niet moet leiden tot een eenduidige numerieke norm, die de ruimte voor de context beperkt en leren en verbeteren frustreert. De normen van het kwaliteitskader laten juist bewust ruimte voor invulling voor de specifieke

situatie waarin verpleeghuiszorg wordt geleverd. Elke verpleeghuisorganisatie dient te voldoen aan de normen van het kwaliteitskader. Daarmee is de inzet van voldoende gekwalificeerd personeel geborgd.

De NZa heeft op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg 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 leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris de tarieven naar de Kamer te sturen als deze zijn vastgesteld?

De NZa publiceert deze tarieven via de beleidsregels op haar website www.nza.nl. Hier kunt u dus altijd de actuele tarieven vinden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de NZa en het CPB verschillende ramingen hebben gemaakt als het gaat hoeveel geld precies nodig is voor de verpleeghuizen. Met welke raming houdt de staatssecretaris nu precies rekening? Welke kosten en effecten worden verwacht? Neemt de NZa de ramingen van het CPB mee in hun kostprijsonderzoek?

Ik houd rekening met de raming op basis van de CPB-methode. Deze vult de uitkomsten van de impactanalyse van de NZa aan met demografische effecten, effecten op overhead en aanzuigende werking. Dit geeft een integraal beeld van de geraamde kosten. Op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders gaat het om een bedrag oplopend tot structureel circa € 2,1 miljard.

De NZa heeft al eerder laten weten dat zij in haar kostprijsonderzoek rekening zal houden met de ontwikkeling van de overhead. De ontwikkeling van de overhead is namelijk van belang voor de tariefstelling. Daartoe vraagt de NZa de huidige overhead uit. Dit element uit de CPB-methode komt dus terug in het kostprijsonderzoek. Het is niet nodig om de effecten van de demografische ontwikkeling en aanzuigende werking mee te nemen in het kostprijsonderzoek. Het gaat daarbij immers om de ontwikkeling van het *aantal* verpleeghuiscliënten, terwijl het bij het kostprijsonderzoek gaat om de *kosten per verpleeghuiscliënt*.

Bij de inzet van de extra middelen is er sprake van een ingroeipad. De leden van de SP-fractie vragen hoe dit groeipad er precies uit ziet. Kan de staatssecretaris dit nader toelichten?

Zoals gemeld wordt bij de inzet van extra middelen rekening gehouden met de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de zorginstellingen. Het kabinet houdt (net als het CPB) op grond daarvan rekening met een ingroeipad van netto 7.000 extra fte gekwalificeerde zorgmedewerkers in verpleeghuizen in 2018 en 10.000 extra fte in de jaren daarna. In verband hiermee is op basis van de huidige inzichten volledige implementatie te voorzien rond 2021. De Wlz-uitvoerders houden rekening met deze restricties bij de zorginkoop.

Jaarlijks kunnen volgens het CPB maximaal 10.000 fte worden ingezet. De leden van de SP-fractie willen weten hoe deze mensen worden geworven. Wordt er een beroep gedaan ook op de medewerkers die hun baan afgelopen jaren verloren zijn? Betekent dit dat zorgverleners met niveau 1 en 2 weer terug gevraagd worden in de verpleeghuizen? Is de staatssecretaris voornemens om werkgevers

*actief te stimuleren dat zorgmedewerkers uitbreiding van contracturen krijgen?
Graag reactie op deze punten.*

Bovenstaande vraag van de leden van de SP-fractie heb ik eerder in dit stuk beantwoord binnen het integrale perspectief van de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Er zijn namelijk diverse fracties (CDA, GroenLinks, SP en ChristenUnie) die vragen hebben gesteld op ditzelfde terrein. U kunt daar lezen dat het kabinet erop inzet om meer zorgmedewerkers in verpleeghuizen aan de slag te gaan, waaronder ook medewerkers die hun baan afgelopen jaren verloren zijn, zoals ook van niveau 1 en 2. Ook zet het kabinet met betrokken partijen in op het stimuleren dat zorgmedewerkers uitbreiding van contracturen krijgen. U treft dit integrale antwoord aan in de paragraaf met de antwoorden op de vragen en opmerkingen van de CDA-fractie van dit VSO.

De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat in de impactanalyse van de NZa en de raming van het CPB nog geen rekening is gehouden met extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar ook kosten voor arbeidsmarktbeleid en transitiekosten. Hoe hoog zijn deze kosten voorzien, of neemt de NZa dit mee in hun kostprijsonderzoek?

De Nza impactanalyse houdt geen rekening met kosten die buiten de tariefstelling vallen en/of incidenteel van aard zijn. Deze kosten neemt zij daarom ook niet mee in hun kostprijsonderzoek. Bij de extra uitvoeringskosten gaat het om een bedrag van € 6,5 miljoen structureel. Dit bedrag wordt ingezet voor de Wlz-uitvoerders om te sturen op het kwaliteitskader en de efficiencyopgave van minder goed presterende zorgaanbieders en voor de IGZ om toezicht te houden op de zorginstellingen. Voor de transitiekosten gaat het kabinet uit van een bedrag van € 125 miljoen per jaar gedurende de periode 2018-2021. Bij de transitiekosten gaat het om zaken als ondersteuning van arbeidsmarktbeleid, e-health, incidentele uitgaven aan vastgoed en de ontwikkeling van een benchmark die onder meer zal worden gebruikt bij de bekostiging en zorginkoop door Wlz-uitvoerders. Dit stemt overeen met de inzichten hierover van het CPB. Deze bedragen zullen worden verwerkt in de ontwerpbegroting 2018.

De staatssecretaris geeft in de brief aan dat er een methode gevonden moet worden die ervoor zorgt dat extra geld de zorg aan cliënten ten goede komt, passend in het kwaliteitskader en de Wmg. De leden van de SP-fractie vragen de staatssecretaris te garanderen dat bij deze methode, die nog ontwikkeld wordt, dit daadwerkelijk wordt ingezet voor cliënten en personeel en geld bestemd voor zorg niet terecht komt bij inhalige bestuurders, dure overhead, en dure prestige- en vastgoedprojecten. Deze leden verwachten hierop een positieve reactie van de staatssecretaris.

De Wlz-uitvoerders sturen op de implementatie van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg bij de zorginkoop. Zij zullen er, tezamen met ook bijvoorbeeld de cliëntraden van individuele instellingen, voor zorgen dat de middelen zo terecht komen dat de benodigde zorg en aandacht voor ouderen structureel wordt verbeterd.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of de staatssecretaris nader kan toelichten wat precies wordt bedoeld dat de 'sector' aan de slag gaat met

landelijke contextgebonden normen die aansluiten bij zorgorganisaties en bij de aard van doelgroepen. Wat wordt hiermee concreet bedoeld?

Ik verwijs daarvoor naar de antwoorden op soortgelijke vragen van de leden van de fracties van het CDA en D66.

In de brief wordt aangegeven dat het kan betekenen dat een deel van de middelen op termijn nodig zal zijn om de zorg thuis te verbeteren. De leden van de SP-fractie vragen of dit betekent dat het geld bestemd voor verpleeghuiszorg in de zorg thuis ingezet zal worden? Is dit mogelijk, aangezien het kwaliteitskader juridisch bindend is? Graag een reactie hierop.

De leden van de SP-fractie informeren naar de mogelijkheden om op termijn de extra middelen gedeeltelijk ook voor de zorg thuis in te zetten. Juridisch gezien zijn hiervoor mogelijkheden. In mijn brief van 31 mei j.l heb ik aangegeven dat het kabinet de impactanalyse van de NZa heeft aangevuld met de CPB-methode. Deze houdt onder meer rekening met een aanzuigende werking van de verbeterde kwaliteit in verpleeghuizen. Binnen het huidige totaal geraamde bedrag van € 2,1 miljard is hiervoor een bedrag van € 0,3 miljard opgenomen. Het CPB onderschrijft dat met een investering in de Wlz-zorg thuis de aanzuigende werking kan worden voorkomen. In mijn eerder genoemde brief heb ik reeds aangegeven dat de ontwikkeling van de cliëntvoorkeuren (intramuraal of thuis) van invloed is op het bedrag dat nodig is voor verpleeghuiszorg. Dat sluit ook aan bij het huidige zorginkoopbeleid waarin persoonsvolgende inkoop een steeds grotere rol speelt. De NZa heeft de wettelijke taak de tarieven zo vast te stellen dat zorgaanbieders redelijkerwijs aan de verplichtingen uit het kwaliteitskader kunnen voldoen. Aangezien de NZa de kosten *per* cliënt berekent, is de aanzuigende werking van het *aantal* cliënten niet direct relevant voor de tariefstelling. Het is daarom ook juridisch mogelijk om de middelen van de aanzuigende werking in te zetten om de zorg thuis te 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 leden van de SP-fractie vragen als er bij de totstandkoming van de begroting van 2018 er nog geen nieuwe formatie heeft plaatsgevonden, of de regering c.q. staatssecretaris ervoor wil zorgen dat het beloofde geld wordt ingezet voor de verpleeghuiszorg. Graag ontvangen deze leden een reactie hierop.

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 mei 2017 wordt in het kader van de begrotingsvoorbereiding 2018 en/of de formatie gezien hoe de financiële consequenties van het Kwaliteitskader meerjarig zullen worden verwerkt.

Voor het jaar 2017 zijn reeds extra middelen vrijgemaakt om te kunnen investeren in de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Een bedrag van € 100 miljoen is begin 2017 incidenteel gereserveerd voor de instellingen die de middelen het hardste nodig hebben om de basisveiligheid op orde te brengen. Nog eens € 100 miljoen is structureel gereserveerd als eerste stap om de kwaliteit in alle verpleeghuizen te verbeteren. Voor 2018 zal het kabinet in de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 een bedrag beschikbaar stellen van € 435 miljoen. Dat is € 335 miljoen extra ten opzichte van het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 100 miljoen voor 2017.

Ik zal de NZa via de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 verzoeken om de extra middelen te vertalen in hogere verpleeghuistarieven in 2017 en 2018. De verhoogde tarieven worden middels de beleidsregels van de NZa kenbaar gemaakt. Naar verwachting zullen deze medio juli gepubliceerd worden. Daarmee is voor alle verpleeghuizen duidelijk hoeveel middelen zij er in 2017 en 2018 bij krijgen om in lijn met het kwaliteitskader stappen te zetten in hun personele bezetting. Verpleeghuizen kunnen hiermee bestaande arbeidscontracten uitbreiden en meer personeel aannemen, zodat er structureel meer zorgpersoneel met de juiste deskundigheid beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. Daarmee kunnen ook de huidige bewoners zien dat de zorg en aandacht in hun instelling, en daarmee de kwaliteit van zorg, stapsgewijs verbetert.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de brief over de 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg' gelezen. Deze leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend. De leden van de PvdA-fractie vinden het noodzakelijk dat de ouderenzorg verbetert. Extra investeringen zijn daarvoor nodig. De middelen moeten wel terechtkomen daar waar het moet: voor extra verpleegkundigen. Hoe zien de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om extra geld te krijgen er precies uit en hoe wordt gecontroleerd dat werkelijk aan de voorwaarden wordt voldaan en hoe wordt er voor gezorgd dat ouderen echt betere zorg krijgen en dat voor de grote, nieuwe bedragen ook echt de beste zorg wordt geleverd?

Een verpleeghuis dient te voldoen aan de voorwaarden voor goede zorg, zoals deze zijn omschreven in het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat sinds 13 januari 2017 van kracht is. De Wlz-uitvoerders hanteren bij de zorginkoop ook de voorwaarden van het kwaliteitskader. Daarnaast vormt het kwaliteitskader een basis voor het toezicht door de inspectie. Met het toetsingskader heeft de IGZ aangegeven wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Vanaf 13 maart gebruikt de IGZ het nieuwe toetsingskader voor het toezicht op de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Daarmee is voor alle partijen duidelijk waaraan men moet voldoen en wat kwalitatief goede zorg inhoudt.

Vaststelling tarieven door de NZa

De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de vaststelling dat de middelen toereikend moeten zijn om zorginstellingen in staat te stellen het kwaliteitskader na te leven. Daarnaast blijkt echter uit de NZa impactanalyse dat er nu al verpleeghuizen zijn die beter presteren dan gemiddeld. Hoe wordt ervoor gezorgd dat middelen niet aan mismanagement en bureaucratie worden besteed maar aan betere zorg?

Het kabinet vindt het van groot belang dat de minder goed presterende verpleeghuizen hun prestaties verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen, zowel in termen van zorglevering als op het terrein van de

bedrijfsvoering, overhead en efficiency. Voorkomen moet worden dat middelen worden besteed aan mismanagement en bureaucratie in plaats van aan betere zorg. Het kabinet zal daarom bij de beschikbaarstelling van de middelen voor het kwaliteitskader uitgaan van scenario 3 van de NZa. Dat betekent dat de tariefstelling wordt afgestemd op de huidige best presterende zorgaanbieders. Deze worden hiermee de norm voor alle zorgaanbieders. Dit brengt een efficiencyopdracht met zich mee voor de minder goed presterende instellingen. Zij dienen hun bedrijfsvoering zodanig te verbeteren dat ook zij volledig kunnen voldoen aan het kwaliteitskader tegen hetzelfde tarief als de huidige best presterende instellingen. Zoals eerder aangegeven is hier bij sprake van een ingroeipad. De Wlz-uitvoerders sturen hierop bij de zorginkoop.

Raming van de structurele meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg
De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier op aanbiedersniveau gekeken wordt hoe tot optimale zorgverlening gekomen kan worden door enerzijds betere organisatie, betere inzet van personeel en betere bedrijfsvoering en anderzijds een hoger budget.

Dat de minder goed presterende verpleeghuizen in scenario 3 hun prestaties zouden moeten verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen is volgens deze leden vanzelfsprekend. Het kan niet zo zijn dat door onvoldoende inzet van de verpleeghuizen zelf geld niet aan zorg wordt besteed. Op welke manier kunnen verpleeghuizen hiertoe nu al worden gestimuleerd c.q. gedwongen?

Naast de mogelijkheid van sturing via de tariefstelling wordt er op dit moment in de verpleeghuissector gewerkt met kwaliteitsplannen. Op basis van deze kwaliteitplannen kan gestuurd worden op de integrale zorginkoop. Hiermee kan zowel door de zorginstelling als de Wlz-uitvoerder worden gestuurd op een ontwikkeling naar de benodigde personeelssamenstelling conform het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg c.q. integrale sturen op aanpassing en verbetering van de bedrijfsvoering. Daarnaast zal een benchmark worden ontwikkeld van verpleeghuizen die Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop kunnen gebruiken.

De leden van de PvdA-fractie vragen of in de berekening van het CPB , waarbij aangenomen wordt dat meer kwetsbare cliënten hun indicatie zullen verzilveren en naar een verpleeghuis zullen gaan, ook rekening is gehouden met de mogelijkheid dat door verbetering van het aanbod in de wijkverpleging mensen toch langer thuis willen blijven wonen?

Dit is geen onderdeel van de berekeningen van het CPB naar de effecten van het kwaliteitskader. Niettemin het is mogelijk dat voorkeuren van cliënten wijzigen in de richting van langer thuis wonen, mede als gevolg van een verbeterd aanbod. Er zijn in dat geval minder extra middelen nodig voor de intramurale verpleeghuissector.

De leden van de PvdA-fractie vragen het volgende. Op welke manier wordt de vinger aan de pols gehouden tijdens het ingroeipad? Op welke manier wordt nu al geanticipeerd op de restricties op de arbeidsmarkt? Hoe zien deze restricties er precies uit en hoe worden ze aangepakt? Wat wordt precies verstaan onder de 'absorptiecapaciteit' van een verpleeghuis? Welke concrete factoren bepalen die

'absorptiecapaciteit' en wat wordt er nu al gedaan om te zorgen dat er zo min mogelijk belemmeringen tijdens het ingroeipad zullen optreden?

Tijdens het ingroeipad houden de Wlz-uitvoerders de vinger aan de pols door te bezien of de zorgaanbieders voldoende stappen maken in hun ontwikkeling. Daarbij wordt nu reeds geanticipeerd op de restricties van de arbeidsmarkt door de extra middelen geleidelijk beschikbaar te stellen. Het kabinet houdt (net als het CPB) op grond daarvan rekening met een ingroeipad van netto 7.000 extra fte gekwalificeerde zorgmedewerkers in verpleeghuizen in 2018 en 10.000 extra fte in de jaren daarna. De "absorptiecapaciteit" van een verpleeghuis houdt in dat een verpleeghuis zelf ook tijd nodig heeft om extra medewerkers te werven, te selecteren en binnen haar organisatie in te passen. Nieuwe medewerkers dienen te worden ingewerkt, terwijl het dagelijkse werk ook doorgang vindt. Dat maakt dat het voor een verpleeghuis niet mogelijk is om, zelfs indien er (lokaal voor de betreffende instelling) voldoende personeel op de arbeidsmarkt beschikbaar zou zijn, de personeelsomvang onmiddellijk uit te breiden tot het niveau van de personeelsnormen uit het kwaliteitskader. De absorptie van het nieuwe personeel vergt dus ook enige tijd. Via flankerend arbeidsmarktbeleid stuurt het kabinet erop om het potentieel aan zorgpersoneel zoveel mogelijk te vergroten, zodat zo snel mogelijk kan worden voldaan aan de personeelsnormen. In verband hiermee is op basis van de huidige inzichten volledige implementatie te voorzien in 2021. De de Wlz-uitvoerders houden rekening met de genoemde restricties bij de zorginkoop.

Daarnaast is het kwaliteitskader een basis voor het toezicht door de inspectie. Met het toetsingskader heeft de IGZ aangegeven wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. In de werkagenda van het zorginstituut voor de langdurige zorg is inzichtelijk gemaakt wanneer de zorginstellingen moeten voldoen aan de verschillende vereisten per thema. Sommige onderwerpen waaronder de norm voor voldoende en vakbekwaam personeel, zijn voorzien van een langer implementatietermijn. Zoals ook gesteld in de brief van 31 mei kan de IGZ daar rekening mee houden in haar toezicht en handhaving.

Factoren die van invloed zijn op de (geraamde) kosten

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie hoe er voor gezorgd wordt dat de contextgebonden normen eind 2018 ook echt klaar zijn. Welke controle op de voortgang zal er plaatsvinden?

De ontwikkeling van de landelijke contextgebonden normen wordt, gegeven de zorgwetgeving, aan de professionals in samenwerking met de aanbieders, inkopers (wlz-uitvoerders) en cliënten overgelaten. Vanuit het kwaliteitskader is de opdracht gegeven aan deze partijen om voor eind 2018 te komen tot landelijke contextgebonden normen. Deze opdrachten zullen ook worden opgenomen op de meerjarenagenda van het Zorginstituut. Daar waar het partijen niet lukt om gezamenlijk normen c.q. kwaliteitsrichtlijnen tripartiet aan te bieden, heeft het Zorginstituut doorzettingsmacht om richtlijnen of normen zelf vast te stellen.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de brief 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Zij willen de staatssecretaris hierover graag enkele vragen stellen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn blij met kwaliteitskader verpleeghuiszorg, maar constateren ook dat er nog veel werk te verrichten is dat meerdere jaren in beslag zal nemen. In feite kunnen 2017, 2018 en 2019 worden gezien als overgangsjaren, omdat de nieuwe tarieven in 2019 van kracht worden en de contextgebonden normen pas in 2020 geïmplementeerd worden. Het is daarom zaak om de komende jaren op een verstandige manier te investeren in de verpleeghuiszorg, zodanig dat de investeringen ten goede komen aan het gewenste transformatieproces. De trend is immers dat mensen langer thuis wonen, of in kleinschalige initiatieven met scheiden van wonen en zorg. Veel nieuwe kleinschalige initiatieven hebben wel voldoende aan de huidige middelen. We moeten dus zorgen dat het geld op de plekken terecht komt waar mensen graag hun zorg op hun oude dag willen ontvangen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn verheugd met de 200 miljoen euro die in 2017 beschikbaar komt. Dit geld dient echter wel zoveel mogelijk te worden besteed aan extra personeel, dat helaas lastig te vinden is. Hoe wil de staatssecretaris voorkomen dat met deze middelen de huidige situatie in stand wordt gehouden en geld wordt besteed aan verkeerde doelen door simpelweg de tarieven een stukje te verhogen? Kan de staatssecretaris aangeven op welke manier hij de extra gelden voor 2017 wil verdelen? Ziet hij hierbij ook een rol voor de cliëntenraad en ondernemingsraad?

Een verpleeghuis dient te voldoen aan de voorwaarden voor goede zorg, zoals deze zijn omschreven in het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat sinds 13 januari 2017 van kracht is. De Wlz-uitvoerders hanteren bij de zorginkoop ook de voorwaarden van het kwaliteitskader. Daarmee is voor alle partijen duidelijk waaraan men moet voldoen en wat kwalitatief goede zorg inhoudt. Daarmee voorkomen we dat de huidige situatie in stand blijft en het geld wordt besteed aan verkeerde doelen.

De extra middelen voor 2017 bestaan uit twee bedragen van € 100 miljoen. Zoals ik eerder heb aangegeven²⁵ is er sprake van een incidenteel bedrag van € 100 miljoen voor de verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van kwaliteitsproblemen en waar de basisveiligheid moet worden verbeterd. Verpleeghuizen hebben hiervoor dit voorjaar een aanvraag kunnen indienen bij het zorgkantoor. Het beoordelingsproces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat de incidentele middelen voor 2017 naar ruim 300 verpleeghuislocaties van ruim 50 aanbieders gaan.

De € 100 miljoen die in de Voorjaarsnota structureel beschikbaar is gekomen is bedoeld voor alle verpleeghuizen, zoals ook gemeld in mijn brief van 31 mei jl. (TK 31765, nr. 273). Hiermee wordt in 2017 een eerste stap gezet in de implementatie van het kwaliteitskader. Deze middelen worden toegevoegd aan de contracteerruimte en de tarieven worden opgehoogd. Daarmee hebben zorgaanbieders snel zekerheid over de extra middelen die zij tot hun beschikking krijgen in 2017. In de tweede ronde productieafspraken in 2017 wordt dit formeel door de zorgkantoren meegenomen, waarmee ook uitbetaling plaats kan vinden.

²⁵ TK 2016-2017, 31765, nr. 261.

In de tweede ronde productieafspraken in 2017 kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren hierover nadere afspraken maken. Zorgaanbieders krijgen de ruimte om bestaande arbeidscontracten uit te breiden of meer personeel aan te nemen, zodat er structureel meer personeel beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. De rol voor de cliëntenraad en ondernemingsraad verandert door de extra middelen niet.

In 2017 is het geld vooral bedoeld voor kwaliteitsverbetering en om de basisveiligheid te verbeteren. Maar hoe ziet de staatssecretaris de verdeling van extra middelen vanaf 2018 voor zich, als er grotere budgetten beschikbaar komen? Worden verpleeghuizen dan verplicht om hun huidige personeelsbestanden en gewenste personeelsbestanden te overleggen ter onderbouwing van de middelen die ze nodig hebben? De leden van de ChristenUnie-fractie zien in ieder geval graag dat de middelen pas worden verstrekt als er ook daadwerkelijk personeel wordt aangetrokken.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de verdeling van extra middelen vanaf 2018 eruit ziet, als er grotere budgetten beschikbaar komen. Verpleeghuizen dienen zich te houden aan het kwaliteitskader. Dit betreft een integraal kader dat behalve de personeelsnorm ook uit andere onderdelen bestaat. Dat betekent onder meer dat verpleeghuizen verplicht zijn om jaarlijks een kwaliteitsplan en een kwaliteitsverslag op te stellen. Daarin dient een verpleeghuis zoals de leden van de ChristenUnie-fractie vragen onder meer een beeld te schetsen van de huidige personeelssamenstelling en de gewenste samenstelling op grond van het kwaliteitskader. Deze verslagen zijn openbaar en worden volgend jaar ook aangeleverd aan het Zorginstituut. Bij de zorginkoop sturen de Wlz-uitvoerders op het kwaliteitskader en kunnen zij dus gebruiken maken van deze informatie. In de werkagenda voor de langdurige zorg van het Zorginstituut is inzichtelijk gemaakt wanneer de verpleeghuizen moeten voldoen aan de verschillende vereisten per thema. Sommige onderwerpen waaronder de norm voor voldoende en vakbekwaam personeel, zijn voorzien van een langere implementatietermijn. Zoals ook gesteld in de brief van 31 mei houden de Wlz-uitvoerders daar rekening mee bij de zorginkoop en de IGZ bij haar toezicht en handhaving.

Wat betreft de personeelsnormen blijven de leden van de ChristenUnie-fractie ervoor waarschuwen dat een minimumnorm geen maximumnorm mag worden. Verpleeghuizen dienen flexibiliteit te houden hoe ze de normen invullen, zeker nu er een tekort aan voldoende geschoold personeel is. Wat zijn de ideeën van de staatssecretaris over de invulling hiervan?

De leden van de ChristenUnie-fractie waarschuwen dat een minimumnorm geen maximumnorm mag worden. Dat deel ik met deze leden. Juist om die reden is de opdracht gegeven te komen tot contextgebonden normen, die afhankelijk van de omstandigheden de juiste flexibiliteit geven. Ook de huidige personeelsnormen bieden de nodige flexibiliteit om rekening te houden met de specifieke situatie op een locatie of een afdeling.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de staatssecretaris bereid is om zorginstellingen de ruimte te geven om zelf oplossingen te zoeken, waarbij niet alleen wordt gekeken naar opleidingsachtergrond en -niveau, maar ook naar de

potentie van mensen die nu wellicht vooral op het terrein van nabijheid en welzijn een bijdrage kunnen leveren, maar in de toekomst meer zorgverlenende taken kunnen vervullen? De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat in dat verband de stand van zaken is met betrekking tot extra personeel in de verpleeghuiszorg. Volgens de staatssecretaris kunnen er met de extra middelen op termijn 40.000 extra fte aan zorgmedewerkers beschikbaar komen. Welke acties worden er ondernomen om deze mensen te werven? Wordt hierbij ook een imagocampagne opgestart?

Ja, ik ben bereid zorginstellingen de ruimte te geven om zelf oplossingen te zoeken. Hierop zet ik in met de integrale arbeidsagenda voor de zorg van ouderen en specifiek voor verpleeghuizen, met het programma Waardigheid en Trots. Bovenstaande vragen van de leden van de ChristenUnie -fractie heb ik eerder in dit stuk beantwoord binnen het integrale perspectief van de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Er zijn namelijk diverse fracties (CDA, GroenLinks, SP en ChristenUnie) die vragen hebben gesteld op ditzelfde terrein. U kunt daar onder meer lezen welke acties binnen een integrale arbeidsmarktagenda (opgesteld samen met Actiz, BTN, NVZ, FNV, CNV en de MBO-Raad) voor de zorg voor ouderen worden ondernomen. Een imagocampagne maakt daar onderdeel van uit. U treft dit integrale antwoord aan in de paragraaf met de antwoorden op de vragen en opmerkingen van de CDA-fractie van dit VSO.

De staatssecretaris wijst in zijn brief op de landelijke normen die onder andere worden opgesteld voor psychogeriatrische cliënten in verpleeghuizen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de stem van mensen met dementie en hun mantelzorgers wordt betrokken bij de vaststelling van deze landelijke normen? Hoe waarborgt het kwaliteitskader de kwaliteit bij een toename van zorgintensiteit bij mensen met dementie?

Ik vind die betrokkenheid heel belangrijk en zie hem geborgd doordat patiëntenorganisaties één van de drie partijen in het tripartiete overleg zijn dat nodig is om de normen uiteindelijk te kunnen indienen bij het Zorginstituut. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bevat normen voor goede zorg. Deze waarborgen dat deze goede zorg moet worden geboden, ook bij een toename van de zorgintensiteit.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het belangrijk dat zingeving en geestelijke zorg goed verankerd zijn in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, conform de motie Dik-Faber/Keijzer (Kamerstuk 31765, nr. 241). Nu komt het aan op implementatie in de praktijk. Genoemde leden krijgen echter signalen dat verpleeghuizen de geestelijke zorg niet willen bekostigen of hier een eigen bijdrage voor vragen van bewoners. Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze hij concreet wil borgen dat in elk verpleeghuis geestelijke zorg beschikbaar is en ook bekostigd wordt?

Zoals in het kwaliteitskader is beschreven, is de bewoner in de verpleeghuiszorg het vertrekpunt. Alle levensdomeinen die voor hem of haar van belang zijn, dienen daarbij aan bod te komen. Zingeving, waaronder geestelijke zorg en levensbeschouwing kan voor een bewoner één van die domeinen zijn. In het kwaliteitskader is het belang hiervan geborgd. In de vereisten wordt zingeving als één van de vijf thema's genoemd die bij wonen en welzijn leidend zijn voor kwaliteitsverbetering. Elke verpleeghuisorganisatie dient hier aantoonbaar

invulling aan te geven en het zichtbaar te maken in het kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag. In het kwaliteitskader worden suggesties gedaan hoe dit in de praktijk kan worden uitgewerkt. Als het gaat om de implementatie en de beschikbaarheid van geestelijke zorg, vertrouw ik erop dat zorgorganisaties hier in gesprek met de bewoner en zijn naasten redelijkerwijs invulling aan geven. Ook zij willen zo goed mogelijk een bijdrage leveren aan het welbevinden van hun bewoners. De inspectie ziet daar uiteindelijk op toe.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat de stand van zaken is rond de uitvoering van de motie Dik-Faber over het bevorderen van het gesprek over kwaliteit van zorg (Kamerstuk 31765, nr. 256)?

In genoemde motie is aangegeven dat de dialoog tussen de inspectie en zorginstellingen over kwaliteit van zorg nog onvoldoende van de grond is gekomen en wordt de regering verzocht ervoor zorg te dragen dat het kwaliteitskader meer wordt dan een verantwoordingsdocument, namelijk een instrument voor dialoog. De IGZ heeft het kwaliteitskader meegenomen in de totstandkoming van haar toetsingskader dat zij sinds 13 maart hanteert. Daarnaast heeft de IGZ ook haar manier van toezicht houden aangepast. In haar nieuwe manier van toezicht observeert de IGZ hoe de zorg wordt geleverd en spreekt hierover met de zorgverleners.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben begrepen dat een aantal grote zorgverzekeraars in de regio Rotterdam vanaf 2018 eisen dat geplande opnamen in het verpleeghuis zeven dagen per week kunnen plaatsvinden. Het gaat dan om opnamen ter revalidatie, GRZ, en eerstelijns intensief. Omdat het om zeer kwetsbare patiënten gaat, betekent dit dat er ook op zaterdag en zondag een compleet team klaar moet staan: arts, fysiotherapeut, logopedist, en zo nodig ergotherapeut. In de praktijk betekent dit dat de zaterdag en zondag gewone werkdagen worden voor het (para-)medisch team. Dit brengt extra kosten met zich mee, die binnen de bestaande budgetten moeten worden betaald. Verpleeghuizen zullen dus op andere posten moeten bezuinigen om dit allemaal mogelijk te maken. Genoemde leden vragen of de staatssecretaris het redelijk vindt dat zorgverzekeraars dergelijke eisen opleggen zonder hier extra budget tegenover te stellen.

Het is de taak van zorgverzekeraars om kwalitatief goede zorg in te kopen voor hun cliënten. Zorgverzekeraars kunnen daarbij ook eisen stellen op het gebied van de toegankelijkheid van de zorg. Het is niet aan mij te beoordelen of geplande zorg ook in het weekend geleverd zou moeten worden. Dat de noodzaak tot opname ter revalidatie, GRZ, of eerstelijns verblijf zich ook kan voordoen in het weekend kan ik me echter wel voorstellen. Het inkooptraject voor 2018 loopt en het is aan aanbieders en verzekeraars om met elkaar afspraken te maken over een passende zorgverlening en de beloning die daar tegenover staat. Er is met de Voorjaarsnota ook extra budget beschikbaar gekomen ten behoeve van versterking van het eerstelijns verblijf. Dit budget kan hiervoor aangewend worden²⁶.

²⁶ TK 2016-2017, 29 247, nr. 234.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen tot slot of de staatssecretaris de laatste ontwikkelingen kan melden rond het eerstelijnsverblijf. Wat wordt er gedaan om te zorgen dat er voldoende bedden voor eerstelijnsverblijf beschikbaar komen?

Het eerstelijns verblijf is een essentiële voorziening die bijdraagt aan het zo lang als mogelijk thuis kunnen wonen, het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames en tijdig ontslag uit het ziekenhuis. Voor een overzicht van de laatste ontwikkelingen rond het eerstelijns verblijf verwijs ik volledigheidshalve naar de Kamerbrief over de voortgang van de aanpak van de drukte in de acute zorg van 20 juni jl. In deze brief wordt ook aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen dat er regionaal te weinig eerstelijns verblijf is ingekocht. Daarbij is onder meer aangegeven dat vanaf 2017 €55 miljoen extra is vrijgemaakt voor het versterken van het eerstelijns verblijf. Deze middelen kunnen zowel worden ingezet voor uitbreiding van het aantal bedden als voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur.

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van 50PLUS-fractie danken de staatssecretaris voor de brief inzake de 'Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. Deze leden hebben hierover nog wel enige vragen en opmerkingen.

Het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg is juridisch geborgd en bindend geworden voor de inschrijving in het Openbaar Register. Het kader bevat onder meer minimale normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Verderop in de brief wordt gesteld dat de extra middelen kunnen worden ingezet om 40.000 fte aan zorgmedewerkers te kunnen bekostigen. Dat is natuurlijk heel mooi. Maar extra geld voor personeel en een bindend kwaliteitskader wil nog niet zeggen dat er op afroep voldoende personeel beschikbaar is. Nog steeds is er bijvoorbeeld een dreigend tekort aan hoger opgeleid (HBO) verpleegkundig personeel. Hard nodig voor de steeds complexer wordende verpleeghuiszorg. Maar veel studenten kiezen liever voor een andere sector, afgeschrikt door alle negativiteit in de media rondom de ouderenzorg. Maar ook op andere deskundigheidsniveaus kunnen tekorten optreden, en die zijn niet van vandaag op morgen opgelost. Graag een reflectie op de vraag wat de gevolgen zijn als verpleeghuizen niet voldoen aan het kwaliteitskader, als zij niet voldoende personeel van de juiste functieniveaus kunnen aantrekken, gerelateerd aan het door de staatssecretaris genoemde ingroei-pad.

De leden van de fractie van 50Plus vragen naar een reflectie op de vraag wat de gevolgen zijn als verpleeghuizen niet voldoen aan het kwaliteitskader, als zij niet voldoende personeel van de juiste functieniveaus kunnen aantrekken, gerelateerd aan het door de staatssecretaris genoemde ingroei-pad. Deze situatie wordt ondervangen door op verschillende manieren arbeidsmarktbeleid te voeren, zowel zorgbreed als sectorspecifiek en zowel landelijk als regionaal. Daarbij geldt overigens dat zorgaanbieders ook een eigen verantwoordelijkheid hebben. Onderzoeken wijzen uit dat zij makkelijker personeel kunnen aantrekken als er sprake is van een heldere zorgvisie die is doorvertaald naar dagelijks handelen van medewerkers, leiderschap en een strategisch personeels- en opleidingsbeleid.

De NZa stelt de Wlz-tarieven vast die redelijkerwijs de kosten voor de zorgverlening dekken. Wat kan in dit verband verstaan worden onder de term redelijkerwijs?

De dekking van de redelijkerwijs te maken kosten houdt dekking in voor een redelijk te achten kostprijs van de zorgverlening. De redelijk te achten kostprijs voor een prestatie komt overeen met totaalbedrag aan kosten dat een efficiënte zorgaanbieder moet maken om die prestatie te kunnen leveren. Deze kosten zijn dus niet op één lijn te stellen met de werkelijke kosten die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg. De door de NZa gereguleerde tarieven hoeven met andere woorden niet iedere zorgaanbieder dekking te bieden voor zijn werkelijke kosten. Anders zouden de relatief hoge kosten van minder efficiënte zorgaanbieders de norm vormen, wat nadelige effecten heeft voor de kosteneffectiviteit. Aan de vaststelling van gereguleerde tarieven ligt een door de NZa uitgevoerde kostprijsberekening ten grondslag.

In de impactanalyse en de raming is nog geen rekening gehouden met de extra uitvoeringskosten voor zorgkantoren en IGZ kosten additioneel beleid en transitiekosten, meldt de brief. Hoe wordt dit opgepakt?

De Nza impactanalyse houdt geen rekening met kosten die buiten de tariefstelling vallen en/of incidenteel van aard zijn. Bij de extra uitvoeringskosten gaat het om een bedrag van € 6,5 miljoen structureel. Dit bedrag wordt ingezet voor de Wlz-uitvoerders om integrale zorg in te kopen en de IGZ om toezicht te houden op de zorginstellingen. De IGZ heeft begin maart 2017 haar nieuwe toetsingskader gepresenteerd dat mede gebaseerd is op het nieuwe kwaliteitskader. Tevens zal de IGZ mede op verzoek van de Tweede Kamer in een meerjarencyclus van vier jaar de gehele sector van de verpleegzorg in beeld houden. Voor de transitiekosten gaat het kabinet uit van een bedrag van € 125 miljoen per jaar gedurende de periode 2018-2021. Bij de transitiekosten gaat het om zaken als ondersteuning van arbeidsmarktbeleid, e-health, incidentele uitgaven aan vastgoed en de ontwikkeling van een benchmark die onder meer zal worden gebruikt bij de bekostiging en zorginkoop door Wlz-uitvoerders. Dit stemt overeen met de inzichten hierover van het CPB. Deze bedragen zullen worden verwerkt in de ontwerpbegroting 2018.

De NZa levert eind dit jaar een kostprijsonderzoek op. In het kader daarvan worden de voorwaarden besproken waaronder de extra middelen beschikbaar zullen worden gesteld, zo geeft de staatssecretaris aan. Wanneer wordt hierover meer duidelijkheid verwacht?

Zoals de leden van de 50PLUS-fractie opmerken zal de NZa eind van dit jaar een kostprijsonderzoek opleveren. 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. Ik verwacht dus in het voorjaar van 2018 meer duidelijkheid te kunnen geven over de voorwaarden waaronder deze extra middelen beschikbaar worden gesteld en zal de Tweede Kamer vervolgens daarover informeren.

Het kabinet heeft eerder 100 miljoen euro beschikbaar gesteld om de hoogste nood te lenigen. Bijvoorbeeld voor de zomerperiode. Inmiddels is daar overigens nog eens 100 miljoen euro bijgekomen. Kan de staatssecretaris inzicht geven in de verdeling en effectiviteit van de extra middelen en op welke wijze wordt hiermee toereikende zorg de komende zomerperiode bereikt?

De extra middelen voor 2017 bestaan zoals de leden van de 50-PLUS-fractie opmerken uit twee bedragen van € 100 miljoen. Het incidenteel bedrag van € 100 miljoen is bestemd voor de verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van kwaliteitsproblemen en waar de basisveiligheid moet worden verbeterd²⁷. Verpleeghuizen hebben hiervoor dit voorjaar een aanvraag kunnen indienen bij het zorgkantoor. Het beoordelingsproces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat deze incidentele middelen voor 2017 worden verdeeld over ruim 300 verpleeghuislocaties van ruim 50 verschillende verpleeghuisorganisaties. De betreffende verpleeghuizen hebben aan de zorgkantoren duidelijk gemaakt welke concrete maatregelen zij willen treffen en hoe zij het geld daarvoor willen inzetten. Daarbij gaat het om de aanpak van urgente kwaliteitsproblemen en het op orde stellen van de basisveiligheid, in relatie tot de personeelsbezetting. De verantwoording hierover nemen de betreffende verpleeghuizen op in het kwaliteitsplan en -verslag dat zij jaarlijks conform het Kwaliteitskader dienen op te stellen. Elke verpleeghuisorganisatie zal in 2017 een kwaliteitsplan opstellen. Het kwaliteitsverslag is volgend op het betreffende verslagjaar.

De € 100 miljoen die in de Voorjaarsnota structureel beschikbaar is gekomen is bedoeld voor alle verpleeghuizen, zoals ook gemeld in mijn brief van 31 mei jl. (TK 31765, nr. 273). Hiermee wordt in 2017 een eerste stap gezet in de implementatie van het kwaliteitskader. Deze middelen worden toegevoegd aan de contracteerruimte en de tarieven worden opgehoogd. Daarmee hebben zorgaanbieders snel zekerheid over de extra middelen die zij tot hun beschikking krijgen in 2017. In de tweede ronde productieafspraken in 2017 wordt dit formeel door de zorgkantoren meegenomen, waarmee ook uitbetaling plaats kan vinden. Zorgaanbieders krijgen de ruimte om bestaande arbeidscontracten uit te breiden of meer personeel aan te nemen, zodat er structureel meer personeel beschikbaar komt voor cliënten in verpleeghuizen. De Wlz-uitvoerders zien er bij de zorginkoop op toe dat de verpleeghuizen meer personeel inzetten en zich verder ontwikkeling richting het kwaliteitskader.

Beide bedragen van € 100 miljoen dragen eraan bij dat verpleeghuizen de komende zomerperiode extra medewerkers kunnen aannemen. Dat betekent dat zij meer aandacht en betere zorg kunnen leveren aan hun cliënten.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de staatssecretaris de Kamer nader informeert over de juridische en budgettaire consequenties van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Zij zijn er blij mee dat de Kwaliteitsraad het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft opgesteld en dat aan de hand daarvan gewerkt kan worden aan een verbetering van de

²⁷ TK 2016-2017, 31765, nr. 261.

kwaliteit. Deze leden maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal vragen daarover te stellen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg juridisch geborgd en bindend is, wat betekent dat elke verpleeghuisorganisatie gebruik moet maken van de daarin opgenomen personeels- en kwaliteitsnormen. Zij lezen echter ook dat er sprake is van een financieel ingroeipad en dat de IGZ en de Wlz-uitvoerders er rekening mee dienen te houden dat volledige implementatie pas voorzien is in 2021. Betekent dit dat zorgaanbieders als gevolg daarvan pas vanaf 2021 aan alle kwaliteits- en personeelsnormen moeten voldoen? Zo ja, kan de staatssecretaris in dat geval inzichtelijk maken hoe dit invoerpad eruit ziet, aan welke tussentijdse normen de IGZ gaat toetsen en wat de staatssecretaris tussentijds verwacht van de zorginkoop van Wlz-uitvoerders?

Het kwaliteitskader is sinds 13 januari van kracht. Voor de personeelsnormen uit het kwaliteitskader geldt dat er sprake is van een ingroeipad vanwege de restricties op de arbeidsmarkt. Het klopt dat gegeven de huidige inzichten rekening wordt gehouden met een ingroeipad voor de personeelsnormen tot 2021. In de werkagenda voor de langdurige zorg van het Zorginstituut is inzichtelijk gemaakt wanneer de zorginstellingen moeten voldoen aan de verschillende vereisten per thema. Sommige onderwerpen, waaronder de norm voor voldoende en vakbekwaam personeel, zijn voorzien van een langere implementatietermijn. Een aantal kwaliteitsnormen, zoals medicatieveiligheid en basisveiligheid, golden reeds voordat het kwaliteitskader van kracht werd en gelden nog steeds. Zoals ook gesteld in de brief van 31 mei kan de IGZ rekening houden met de implementatietermijn van de verschillende onderdelen in haar toezicht en handhaving. Met het toetsingskader heeft de IGZ aangegeven wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Als de IGZ op basis van haar toezicht concludeert dat er sprake is van een ongewenste situatie, dan zal zij interveniëren. Daarnaast kunnen de Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop consequenties verbinden aan het niet voldoen aan het kwaliteitskader en zal er een benchmark worden ontwikkeld die Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop kunnen gebruiken.

De Wlz-uitvoerders dienen bij de zorginkoop ook rekening te houden met ingroeipad van de verschillende vereisten, waaronder de restricties op de arbeidsmarkt.

De leden van de SGP-fractie lezen dat het totale bedrag dat extra geïnvesteerd moet worden op basis van de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders op circa 2,1 miljard euro structureel uitkomt. Zij lezen ook dat het niet evident is dat de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking voor de volledige omvang van het bedrag gemaakt moeten worden. Wat is de redenering achter deze veronderstelling? Welke extra kosten voor overhead en welk deel van de aanzuigende werking kan volgens de staatssecretaris voorkomen worden? Wat zouden de financiële effecten ervan zijn als deze niet volledig worden meegenomen?

Het CPB raamt de extra kosten voor overhead en aanzuigende werking bij scenario 3 op € 0,5 miljard structureel (waarvan € 0,2 miljard voor overhead en € 0,3 miljard voor aanzuigende werking). Het is niet evident de extra kosten voor

overhead en aanzuigende werking voor de volledige omvang van het bedrag gemaakt moeten worden vanwege de volgende redenen.

Met betrekking tot de overhead geldt dat de NZa in het kostenonderzoek de huidige kosten uit zal vragen. In de vaststelling voor de tarieven van 2019 worden normerende elementen van het kwaliteitskader meegenomen. Meer personeel betekent ook meer overhead. De benodigde overhead wordt vastgesteld op basis van de uitkomsten van de uitvraag van de huidige kosten en inzicht in de beter presterende verpleeghuizen. Het is in afwachting van het kostenonderzoek dus nog niet mogelijk in hoeverre dit het geval zal zijn en welk deel van dit bedrag precies kan worden voorkomen. Rekening houdend met de efficiencyopdracht is overigens wel de verwachting dat de totale overhead zal afnemen.

Met betrekking tot de aanzuigende werking geldt dat deze kan worden verkleind door de middelen die hiervoor zijn geraamd voor een deel in te zetten om de verpleegzorg thuis te verbeteren. Dit biedt mogelijkheden voor een meer doelmatige besteding van de middelen indien de (toekomstige generatie) oudere cliënten in de Wlz hun zorg liever thuis willen gebruiken dan in een verpleeghuis. De kosten die zijn geraamd voor de aanzuigende werking hoeven dan niet voor de volledige omvang te worden gemaakt in verpleeghuizen, maar worden in dat geval ingezet voor verbetering van de zorg thuis. Dat is in lijn met het principe van geld-volgt-cliënt. Aangezien de NZa de kosten per cliënt berekent, is de aanzuigende werking niet direct relevant voor de tariefstelling.

De leden van de SGP-fractie constateren dat nu 100 miljoen euro structureel beschikbaar is gesteld, en dat de staatssecretaris de beslissing over de aanvullende investeringen aan een volgend kabinet laat. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris of dit bedrag van 100 miljoen euro niet te laag is vastgesteld tegen de achtergrond van het behalen van de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2018. Kan de staatssecretaris inzicht geven in het aantal zorgmedewerkers dat zorgaanbieders al in 2018 redelijkerwijs extra zouden kunnen aannemen als er meer geld beschikbaar wordt gesteld?

Met het bedrag van € 100 miljoen structureel kunnen verpleeghuizen in 2017 een eerste stap zetten in het aannemen van meer zorgpersoneel. Dit bedrag is niet te laag tegen de achtergrond van het behalen van de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2018 omdat het kabinet bij de implementatie van het kwaliteitskader rekening houdt met een ingroeipad. Dit ingroeipad is zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 mei in hoofdzaak afhankelijk van de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de verpleeghuizen. Voor 2018 zal het kabinet in de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 een bedrag beschikbaar stellen van € 435 miljoen. Dat is € 335 miljoen extra ten opzichte van het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 100 miljoen voor 2017. Op basis van de beschikbare middelen voor het kwaliteitskader kunnen zorgaanbieders in 2018 7.000 extra fte aan gekwalificeerde medewerkers inzetten voor hun cliënten. Daarbij is er rekening mee gehouden dat de extra medewerkers geleidelijk zullen instromen.

Uit het op 1 juni gepubliceerde Wlz inkoopbeleid 2018 blijkt dat zorgkantoren opnieuw kortingen opleggen voor 2018. De leden van de SGP-fractie vragen wat dit volgens de staatssecretaris betekent voor het behalen van de kwaliteitsdoelstellingen van verpleeghuiszorg? Hoe realistisch is het volgens de staatssecretaris dat deze kortingen worden opgelegd, terwijl tegelijkertijd uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat er veel geld extra bij moet? Is het juridisch

correct dat deze kortingen worden opgelegd, gelet op de jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) dat redelijkerwijs kostendekkende tarieven vastgesteld moeten worden om daarmee te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen?

De kortingen in het Wlz-inkoopbeleid voor 2018 zijn landelijk gezien naar huidig inzicht gemiddeld niet hoger dan de kortingen in 2016 en 2017. De extra middelen die het kabinet voor het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg beschikbaar stelt komen daarmee ten volle beschikbaar voor de zorgaanbieders. Juridisch gezien zijn de huidige kortingen acceptabel in het licht van de jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe snel de staatssecretaris duidelijkheid kan bieden over de ophoging van de tarieven in 2017, om vervolgens ook in 2018 te komen tot meer personeel en niet pas in 2019 zoals CPB berekend heeft?

Zoals aangegeven in de Voorjaarsnota 2017 komt er een extra bedrag van € 100 miljoen beschikbaar om de tarieven in 2017 te verhogen. Voor 2018 zal het kabinet in de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 een bedrag beschikbaar stellen van € 435 miljoen. Dat is € 335 miljoen extra ten opzichte van het eerder beschikbaar gestelde bedrag van € 100 miljoen voor 2017. De voorlopige kaderbrief Wlz 2018 zal ik begin juli naar de NZa versturen met afschrift naar de Eerste en Tweede Kamer. Daarbij zal ik de NZa vragen om de extra middelen te verwerken in de tarieven.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de duidelijkheid over de incidentele 100 miljoen euro er voor zorgorganisaties pas per 1 juli 2017 komt. Zij vragen hoe de staatssecretaris ervoor zorgt dat 2018 niet net als 2017 een verloren jaar wordt, in de zin dat het geld in het eerste half jaar al is toegezegd en zelfs beschikbaar is, maar dat hierop pas halverwege het jaar op ingespeeld kan worden met het aannemen van personeel?

De incidentele € 100 miljoen voor 2017 heb ik bekend gemaakt met mijn brief van 13 januari 2017. De gezamenlijke zorgkantoren en de NZa zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregel ten aanzien van de € 100 miljoen. Het proces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat de incidentele middelen naar ruim 300 verpleeghuizen van ruim 50 aanbieders zullen gaan. De NZa verwacht in juli het tarief behorende bij de prestatiebeschrijving te kunnen vaststellen en deze aan de betreffende verpleeghuizen toe te kennen.

Voor 2017 en 2018 zal de NZa reeds medio juli 2017 de structurele extra middelen verwerken in de verpleeghuistarieven. De NZa zal de tarieven verhogen op grond van mijn verzoek in de voorlopige kaderbrief Wlz 2018 die ik begin juli 2017 naar de NZa zal versturen met afschrift naar de Eerste en Tweede Kamer. Deze afspraken zorgen ervoor dat de extra middelen voor 2018 veel sneller bekend bij de verpleeghuizen dan de incidentele middelen voor 2017 en dat zorgorganisaties hier dus goed op kunnen inspelen met het aannemen van extra personeel.

De leden van de SGP-fractie lezen aan het einde van pagina 5 hoe de staatssecretaris de incidentele 100 miljoen euro inzet. Zij vragen of hij zicht heeft op het lopende proces voor de aanvraag van de incidentele 100 miljoen euro voor

verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen. Hoe wordt de term 'grote kwaliteitsproblemen' gedefinieerd en hoe moeten de betrokken zorgorganisaties laten zien dat ze daaraan voldoen?

De gezamenlijke zorgkantoren en de NZa zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de maatregel ten aanzien van de € 100 miljoen. Het proces bij de zorgkantoren is in de afrondende fase. De verwachting is dat de incidentele middelen naar ruim 300 verpleeghuizen van ruim 50 aanbieders zullen gaan. De NZa verwacht in juli het tarief behorende bij de prestatiebeschrijving te kunnen vaststellen en deze aan de betreffende verpleeghuizen toe te kennen.

In het aanmeldproces bij de zorgkantoren is de expertise van het programma 'Waardigheid en Trots' ingezet om de feiten rondom het kwaliteitsprobleem via een snelle methode te verzamelen. Op basis van een aantal speerpunten uit het plan 'Waardigheid en Trots', zoals veiligheid, samenwerking met de cliënt en professionaliteit is de mate van het kwaliteitsprobleem in gesprek met de verpleeghuislocaties in kaart gebracht. Daarnaast hebben de zorgkantoren gekeken naar de eigen mogelijkheden van aanbieders ten aanzien van de benutting van reserves.