

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
3295392-1021254-LZ

Bijlagen
1

Uw brief
2 december 2021

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

Datum 27 januari 2022
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de leden Simons (BIJ1) en
Hijink (SP) over financiële tekorten en gevolgen in de ouderenzorg (2021Z22287).

Hoogachtend,

de minister voor Langdurige Zorg
en Sport,

Conny Helder

Antwoorden op Kamervragen van de leden Simons (BIJ1) en Hijink (SP) over financiële tekorten en gevolgen in de ouderenzorg (2021Z22287) (ingezonden d.d. 2 december 2021)

1. Bent u op de hoogte van het bericht 'Hilverzorg schrapt 'met pijn in het hart' tientallen banen: brasserieën dicht, servicebalies weg' uit de Gooi en Eembode d.d. 26 november 2021?[1]

Antwoord vraag 1.

Ja daar ben ik van op de hoogte.

2. Wat is uw reactie op dit bericht?

Antwoord vraag 2.

In de beantwoording van hiernavolgende vragen geef ik tevens een reactie op dit artikel.

3. Speelt dergelijke problematiek (dat wil zeggen structurele financiële tekorten in de ouderenzorg) bij meer zorgorganisaties? Zo ja, kunt u uw antwoord onderbouwen met cijfers?

4. Klopt het dat bij een groot deel van de zorgorganisaties in de ouderenzorg met structurele financiële tekorten, deze tekorten verband houden met lage vergoedingen door zorgverzekeraars? Welke rol speelt onderindicering hierin? Kunt u uw antwoord onderbouwen met onderzoek?

Antwoord vraag 3 en 4.

Over het algemeen geldt dat instellingen in de intramurale ouderenzorg in de afgelopen jaren gemiddeld genomen positieve resultaten hadden. In 2020 bedroeg het gemiddelde resultaat uit gewone bedrijfsvoering 3,8% (bron: CBS, voorlopige financiële kengetallen zorginstellingen 2020). De NZa stelt voor de Wlz-zorg maximumtarieven vast in haar beleidsregels. De zorgkantoren maken voorafgaand aan het jaar hun inkoopbeleid en tariefstelling bekend. Deze tariefstelling geldt voor iedere instelling. Uit het feit dat instellingen gemiddeld genomen met deze tarieven positieve resultaten behalen, leid ik af dat tekorten geen verband houden met de hoogte van de afgesproken tarieven. Voor de Wlz geldt dat het CIZ onafhankelijk de toegang bepaalt en het best passende zorgprofiel indiceert. Daarmee is er geen sprake van onderindicering.

5. Klopt het dat er komend jaar een daling in de vergoedingen door zorgverzekeraars aan Hilverzorg plaatsvindt? Is daarvan ook dit jaar al sprake?

6. Wat zijn de oorzaken van de daling in de vergoedingen door zorgverzekeraars aan Hilverzorg?

Antwoord vraag 5 en 6.

Er is geen sprake van een daling van de vergoedingen, maar van een verlaging van het percentage dat van de maximum NZa-tarieven wordt vergoed. De maximum NZa-tarieven zijn gestegen. Afgelopen jaren zijn er extra middelen beschikbaar gesteld voor de kwaliteit binnen verpleeghuizen. Deze middelen zijn nu opgenomen in het NZa-tarief. Per saldo zijn de vergoedingen daarmee gestegen. Daarnaast wordt het NZa-tarief jaarlijks geïndexeerd voor loon- en prijsbijstellingen.

Voorafgaand aan het jaar maken de zorgkantoren hun tariefstelling bekend, waarbij ze rekening houden met de beschikbare regionale contracteerruimte, de groei in de komende periode en de uitgaven in voorgaande periodes. Het percentage van de maximum NZa-tarieven dat zorgkantoor Zilveren Kruis aan Hilverzorg en de andere zorginstellingen uit de regio vergoedt, bedraagt in 2021 97%, in 2022 96,2% en in 2023 95,8%. Dat ligt in lijn met percentages die gemiddeld genomen in het land door andere zorgkantoren worden vergoed. Daarnaast zijn er regionale middelen beschikbaar voor het oplossen van regionale knelpunten en projecten. Indien Hilverzorg hieraan deelneemt, zullen zij hier ook een deel van ontvangen.

7. Speelt de daling in de vergoedingen door zorgverzekeraars ook bij andere zorgorganisaties? Heeft u inzicht in het aantal zorgorganisaties dat hiermee kampt? Zo ja, kunt u die cijfers delen? Kunt u uitweiden over de vraag hoe andere zorgorganisaties met de vermindering van vergoedingen omspringen?

8. Als er sprake is van een dalende vergoeding, terwijl de zorg zwaarder wordt, bent u het ermee eens dat deze daling in vergoeding ongewenst is? Bent u ook van mening dat deze daling in vergoeding, zeker in coronatijd, absoluut stopgezet moet worden omdat het de belasting van de primaire zorg vergroot? Bent u dan bereid om met de zorgverzekeraars te gaan praten om dit terug te draaien?

Antwoord vraag 7 en 8.

Zoals in het antwoord op vraag 5 en 6 aangeven, is er geen sprake van een daling van de vergoedingen, maar van een verlaging van het percentage dat van de maximum NZa-tarieven wordt vergoed. De NZa-tarieven zijn gestegen en per saldo zijn daarmee de vergoedingen gestegen.

Zorgkantoren maken jaarlijks voorafgaand aan het jaar hun Wlz-inkoopbeleid openbaar. Daarin maken zij onder andere bekend onder welke voorwaarden zij zorg inkopen en tegen welke tarieven dat plaatsvindt. Zorgorganisaties moeten in hun eigen bedrijfsvoering keuzes maken hoe zij met de beschikbare middelen goede zorg kunnen bieden die voldoet aan de eisen die de kwaliteitskaders daaraan stellen. Als de zorgvraag van cliënten toeneemt, krijgen zij bij de indicatiestelling (of bij aanvraag van een herindicatie) een hoger zorgprofiel toegekend. Een hoger zorgprofiel leidt tot een hoger tarief, waarmee ook extra inzet van zorg mogelijk is.

9. Is het correct te stellen dat de hogere verlooptijd van cliënten door de coronacrisis en de daardoor minder snelle kamervulling een rol spelen bij de daling in vergoedingen door zorgverzekeraars? Zo nee, is de rol van deze factoren in de financiering van de ouderenzorg onderzocht? Indien dat het geval is, kunt u de uitkomsten delen in uw antwoord?

10. Is het correct te stellen dat ook het hoge ziekteverzuim onder medewerkers door infecties met het coronavirus, alsook de werkdruk verband houdend met de coronacrisis, heeft bijgedragen aan de financiële tekorten bij organisaties in de ouderenzorg? Zo nee, is de rol van deze factoren in de financiering van deze ouderenzorg onderzocht? Indien dat het geval is, kunt u de uitkomsten delen in uw antwoord?

11. Indien u bovenstaande stellingen kunt bevestigen, deelt u de analyse dat er in het geval van Hilverzorg, en wellicht in meerdere gevallen in de ouderenzorg, sprake kan zijn van aanpalende coronakosten?

12. Wat is het beleid ten opzichte van dergelijke kosten? Bent u van mening dat deze kosten dienen te worden gecompenseerd door het Rijk? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid deze kosten van zorgorganisaties in kaart te brengen en te compenseren? Op welke termijn zult u dit doen?

Antwoord vraag 9 t/m 12.

De coronacrisis heeft voor de sector ouderenzorg – net als voor vele andere sectoren – gezorgd voor vele uitdagingen. Voor de compensatie van de financiële effecten daarvan als gevolg van vraaguitval (leegstaande kamers) en bijkomende personele kosten (o.a. als gevolg van extra inhuur in verband met een hoog ziekteverzuim) en materiële kosten (bijvoorbeeld voor testen, beschermingsmateriaal e.d.) heeft de NZa al in mei 2020 een eerste beleidsregel opgesteld om deze kosten te kunnen opvangen. Deze beleidsregel is nadien nog enige malen aangepast aan de nieuw ontstane actuele situatie. Zoals in het antwoord op vraag 3 en 4 aangegeven bedraagt het (voorlopige) gemiddelde resultaat uit gewone bedrijfsvoering 3,8% in 2020.

13. Zoals te lezen valt in de Gooi en Eembode worden ook gerichte therapieën door vaktherapeuten en welzijnsspecialisten gestopt, klopt het dat daarmee ook welzijnsspecialisten worden ontslagen? Zo ja, betekent dit dat welzijnsactiviteiten uit indicaties worden weggehaald? Zo ja, kunt u uitleggen waarom dit gebeurt?

Antwoord vraag 13.

Er is sprake van een reorganisatie waarbij een deel van de mensen boventallig wordt. Voor de gespecialiseerde zorg aan Korsakov-cliënten blijven de vaktherapeuten wel in dienst. Er is sprake van zorg aan Wlz-cliënten die geïndiceerd zijn voor een zorgprofiel. Welzijn vormt een onderdeel van zo'n zorgprofiel. Er is dus geen sprake van dat welzijnsactiviteiten uit indicaties worden weggehaald. Hoe het welzijn precies vorm krijgt is niet voorgeschreven. De zorgkantoren sturen bij de zorginkoop op het voldoen aan de kwaliteitskaders en de IGJ toetst daarop. Hilverzorg kiest er voor om het welzijn in de toekomst meer op de huiskamer(s), dichtbij de cliënt, met participatie van de bewoners en naasten vorm te geven.

14. Zijn er afspraken gemaakt tussen Hilverzorg en de gemeente Hilversum over de opvang van de weggevallen welzijnsactiviteiten? Indien dergelijke bezuinigingen op welzijnsactiviteiten plaatsvinden bij meerdere zorgorganisaties, kunt u dan aangeven of zorgorganisaties en gemeenten afspraken maken over de opvang van de weggevallen welzijnsactiviteiten?

Antwoord vraag 14.

Omdat het hier gaat om mensen met een Wlz-indicatie vormt het welzijn geen onderdeel van de Wmo 2015 (waarvoor afspraken gemaakt worden met de gemeenten), maar van de Wlz. Welzijn vormt een onderdeel van het geïndiceerde zorgprofiel en wordt door Hilverzorg op een andere wijze vormgegeven.

[1] Gooi en Eembode, 26 november 2021, 'Hilverzorg schrapt met pijn in het hart tientallen banen brasserieën dicht, servicebalies weg' <https://www.gooieneembode.nl/nieuws/zorg/254938/hilverzorg-schrapt-met-pijn-in-het-hart-tientallenbanen>