Bijlage Vragen bij de brief over Capaciteit Verpleeghuiszorg

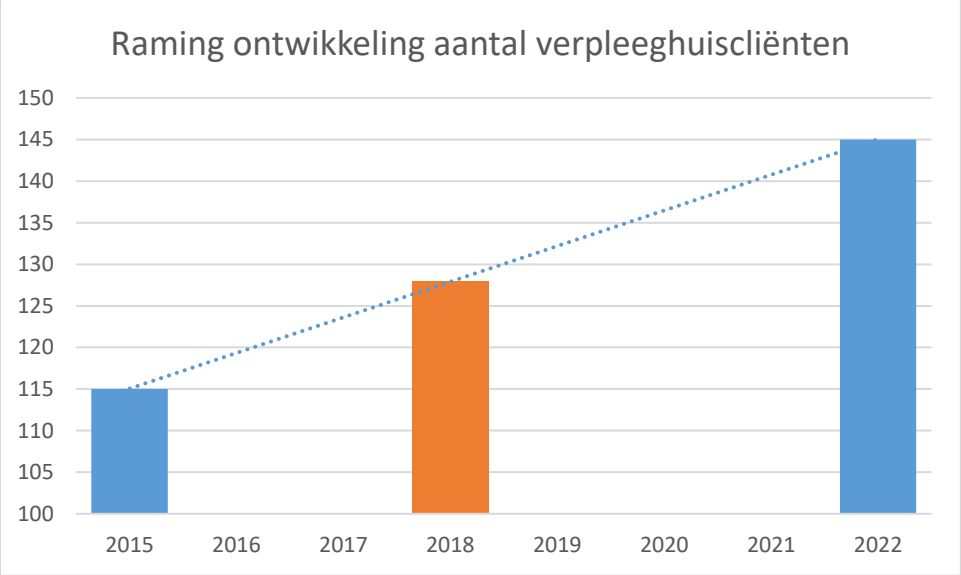
Vragen van de VVD-fractie

1. In de impactanalyse van de NZa is uitgegaan van circa 115.000 cliënten in 2015 (brief d.d. 31 mei 2017). Het CPB heeft aanvullend een analyse gedaan en schatte de stijging van het aantal cliënten hoger in als gevolg van demografie én aanzuigende werking en berekende daarvoor een bedrag van 300 miljoen euro en 500 miljoen euro (in dat laatste bedrag zit ook een reservering voor *overhead).* Op welke cliëntenaantallen baseerde het CPB zich destijds?

Het CPB heeft destijds hetzelfde uitgangspunt genomen als de NZa, dus circa 115.000 cliënten in 2015. De impactanalyse van de NZa beperkte zich tot de directe kosten van de personele inzet van de zorgmedewerkers voor het aantal cliënten in 2015. Dat leidde tot meerkosten van € 1,3 miljard, Het CPB heeft vervolgens ten behoeve van de verwerking in de begroting op grond van haar integrale ramingssystematiek rekening gehouden met bijkomende overhead, demografische ontwikkelingen en aanzuigende werking. Daarmee kwamen de meerkosten op € 2,1 miljard. Hiermee kan het kwaliteitskader per 2022 voor circa 145.000 cliënten worden gerealiseerd[1].

2. Hoeveel lopen de ramingen van 2017 uiteen met de werkelijke aantallen verpleeghuiscliënten nu, in 2019?

In 2018 waren er gemiddeld circa 128.000 verpleeghuiscliënten. Uitgaande van een lineaire stijging van 115.000 in 2015 naar 145.000 per 2022 ligt dit ongeveer in lijn met de ramingen uit 2017. De grafiek laat dit zien. Het aantal cliënten in 2019 is nu nog niet bekend.

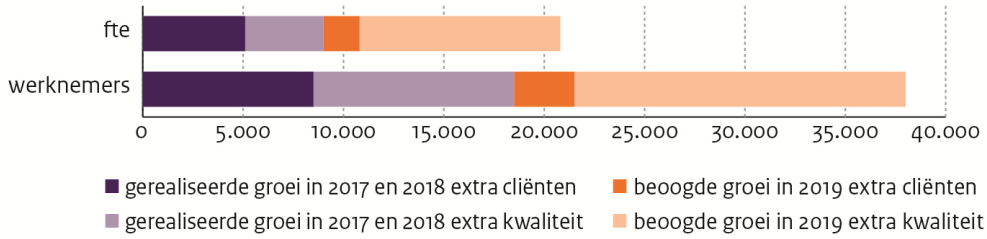


3. In de begeleidende brief bij de voortgangsrapportage Thuis in het verpleeghuis (21 mei jl.) staat op pagina 3 een figuur met daarin een

[1] Het CPB heeft bij haar raming geen specifiek aantal cliënten genoemd. Het feitelijk aantal cliënten waarvoor op basis van de 2,1 miljard kan worden voldaan aan het kwaliteitskader is afhankelijk van de cliëntenmix en daarmee samenhangende zorgkosten per cliënt.

beeld van de gerealiseerde en beoogde groei van het aantal (extra) cliënten. In hoeverre wijken de werkelijke cijfers af van de aantallen zoals opgenomen in deze figuur?

De figuur in de begeleidende brief bij de voortgangsrapportage geeft een beeld van de gerealiseerde en beoogde groei van het aantal *werknemers en het aantal fte*, dus niet van het aantal (extra) cliënten. Beide maken onderscheid tussen personeel dat nodig is om de toeloop van extra cliënten op te vangen en personeel dat beschikbaar is om de kwaliteit te verbeteren (verbetering personeelsbezetting per cliënt). Ik heb deze figuur hieronder nogmaals weergegeven.



De figuur bestaat uit twee balken:
- De bovenste balk laat de toename zien van het aantal fte.
- De onderste balk laat de toename zien van het aantal werknemers.

Voor 2019 is op dit moment alleen de beoogde groei van de personeelsinzet bekend. Voor 2017 en 2018 is de gerealiseerde groei opgenomen. De bovenste balk laat zien dat het aantal fte in verpleeghuizen in de jaren 2017-2018 in totaal met circa 9.000 is toegenomen. Hiervan waren circa 5.000 fte nodig om de groei van het aantal cliënten op te vangen (donkerpaars) en waren circa 4.000 fte beschikbaar voor extra kwaliteit en meer zorg en aandacht per cliënt (lichtpaars). Zoals ik eerder heb aangegeven[2] bedroeg de beoogde groei van de personeelsinzet over 2017 en 2018 voor meer kwaliteit circa 7.000 fte.

4. Hoe is de extra vraag naar verpleeghuiszorg zoals de NZa die inzichtelijk maakt in het mei-advies te verklaren? Welk deel is demografische ontwikkeling en welk deel is het gevolg van aanzuigende werking?

De extra vraag naar verpleeghuiszorg hangt samen met demografische ontwikkelingen en met overige maatschappelijke, economische en beleidsmatige ontwikkelingen, waaronder de aanzuigende werking van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De NZa kan deze effecten niet los van elkaar specificeren.

5. In het mei-advies van de NZa valt te lezen dat de toegenomen vraag mogelijk deels samenhangt met het feit dat meer mensen hun indicatie verzilveren. Wat betekent dit concreet? Een Wlz-indicatie is toch een voorliggende voorziening? Zodra die indicatie er is, moet deze toch verzilverd worden? Wat verklaart dus de toename in het aantal verzilverde indicaties?

Het klopt dat een Wlz-indicatie een voorliggende voorziening is en dat mensen met een Wlz-indicatie aanspraak hebben op Wlz-zorg. De NZa signaleert dat het aantal uitstaande indicaties is toegenomen en dat er daardoor dus ook meer mensen zijn die een indicatie kunnen verzilveren. De toename hangt dus niet samen met een hogere verzilveringsgraad,

[2] Tweede Kamer 2016-2017, 31 765, nr. 280 en Tweede Kamer 2018-2019, 35200 XVI, nr 8 (antwoord 24 en antwoord 57).

maar met een hoger aantal mensen met een Wlz-indicatie.

6. Hoe is de stijging van de zorgvraag verdeeld over de verschillende zorgprofielen? Is er een duidelijk sterke(re) stijging waar te nemen voor bepaalde profielen?

Sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 worden de indicaties uitgedrukt in zorgprofielen. Onderstaande tabel laat voor de sector verpleeghuiszorg zien hoeveel mensen een V&V zorgprofiel hebben.

Cliënten met een Wlz-indicatie	Omschrijving zorgprofiel	2015	2016	2017	2018
VV4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	31.310	31.785	32.680	35.060
VV5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	62.500	66.340	69.670	74.845
VV6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	27.425	29.005	29.750	31.350
VV7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	13.670	12.560	11.700	11.090
VV8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	2.330	2.360	2.515	2.575
VV9	Herstelgerichte verpleging en verzorging	680	840	1.030	1.190
VV10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	340	280	270	105
	Totaal	138.255	143.170	147.615	156.215

Bron: CBS, monitor langdurige zorg (op basis van CIZ)

7. Hoe ziet de verwachte verdere ontwikkeling van de vraag naar verpleeghuiszorg eruit, in aantallen en in type zorgvraag gebaseerd op de cijfers over de afgelopen jaren? Welke trend in de ontwikkeling van cijfers is waarneembaar en wat betekent die trend voor de toekomst?

Bij vraag 6 is aangegeven wat de trend is van de afgelopen jaren. Ik kan volgen wat gerealiseerd is. Dat is wat anders dan het maken van een prognose. Basis is natuurlijk de prognose van het CBS over de demografische ontwikkeling. Op basis hiervan is de groei van het aantal ouderen betrouwbaar te voorspellen. Deze wordt ook betrokken door het CPB bij het opstellen van de ramingen voor de middellange termijn. Deze zijn vervolgens voor mij een belangrijke basis voor de vast te stellen groeiruimte.

Het maken van een prognose van de zorgvraagontwikkeling is lastiger, want er zijn diverse variabelen waar rekening mee gehouden moet worden. Zie ook de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2018 van het RIVM (https://www.vtv2018.nl/themaverkenningen#themaverkenning-1). Dat leidt tot diverse scenario's. De zorgkantoren hanteren voor de eigen regio's modellen die een voorspellend karakter hebben. Maar deze zijn onderling niet vergelijkbaar.

8. Is er een vergelijking te maken van de vraag naar verpleeghuiszorg en het aanbod ervan? In hoeverre matchen vraag en aanbod? Waar zitten de grootste knelpunten?

Ik verwijs kortheidshalve naar de brief waarin de ontwikkeling van het aantal indicaties, de ontwikkeling van de capaciteit en de ontwikkeling van de wachtlijsten is aangegeven.

9. In de begeleidende brief bij de voortgangsrapportage Thuis in het verpleeghuis (21 mei 2019) maakt de minister op pagina 3 een som voor het opvangen van de volumegroei in 2020. Kan de minister deze som nader toelichten? Welke bedragen komen precies waar vandaan? Welke bedragen zijn nu bedoeld voor kwaliteit en welke voor extra vraag naar zorg? Hoe zit in deze bedragen de door het CPB berekende extra kosten van 500 miljoen euro voor aanzuigende werking en *overhead* verwerkt?

Tabel 4 in de tweede voortgangsrapportage laat zien welke bedragen beschikbaar zijn voor de implementatie van het kwaliteitskader. Onderstaande tabel geeft de kerngegevens die voor een deel ook zijn gebruikt in de begeleidende brief.

bedragen in miljaren euro	2017	2018	2019	2020
Beschikbaar voor kwaliteitskader op begroting	0,1	0,4	1,1	1,8
Toename 2020 ten opzichte van 2019				0,7
waarvan toename kwaliteit				0,5
waarvan toename extra vraag naar zorg				0,2

De beschikbare middelen voor het kwaliteitskader lopen op van 1,1 miljard in 2019 naar 1,8 miljard in 2020. Ten opzichte van 2019 is er in 2020 dus € 700 miljoen extra beschikbaar. Dat bedrag wordt voor € 500 miljoen toegevoegd aan het kwaliteitsbudget en voor € 200 miljoen aan de contracteerruimte om de extra vraag naar zorg op te vangen (volume).

De door het CPB berekende extra structurele kosten van € 500 miljoen landen deels in het kwaliteitsbudget (overhead) en deels in de contracteerruimte (aanzuigende werking).

10. De verwachte overschrijding binnen het Wlz-kader wordt deels opgevangen door de inzet van de herverdelingsmiddelen en deels door inzet van middelen elders uit het Uitgavenkader zorg. Kan de minister aangeven waar die middelen precies vandaan komen? Met andere woorden, waar wordt het geld 'weggehaald'?

De NZa heeft mij in haar mei-advies op grond van haar analyses geadviseerd om de herverdelingsmiddelen 2019 à € 200 miljoen volledig in te zetten. Daarnaast concludeerde zij dat aanvullend een bedrag nodig is van circa € 210 miljoen voor de zorguitgaven en een bedrag van circa € 60 miljoen om voldoende manoeuvreerruimte in het kader te creëren.

Als verklaring voor de verwachte stijging van de zorguitgaven noemt de NZa de stijging van het aantal Wlz-indicaties (met name bij de sector Verpleging en Verzorging (V&V)) en de beëindiging van de samenloop tussen declaraties wijkverpleging en Wlz-indicaties. Dit laatste houdt in dat zorgverzekeraars vanaf 1 april 2018 declaraties voor wijkverpleging afwijzen als er sprake is van een Wlz-indicatie. Hierdoor verschuiven kosten van de Zvw naar de Wlz. Uit onderzoek van CBS is gebleken dat hiermee een bedrag van € 80 miljoen gemoeid is. Het Wlz-kader was daar echter niet voor gecompenseerd.

In lijn met het advies van de NZa heb ik de herverdelingsmiddelen à € 200 miljoen vanaf 2019 structureel ingezet. Daarnaast heb ik met de partijen die het hoofdlijnakkoord (HLA) wijkverpleging hebben ondertekend bestuurlijk afgesproken dat er een structurele technische

schuif à € 80 miljoen vanuit het kader wijkverpleging plaats vindt naar het budgettair kader Wlz. Met deze overheveling wordt een omissie hersteld, omdat dit bedrag ten onrechte in het kader is opgenomen bij het opstellen van de HLA wijkverpleging. Verder heeft de relatief hoge stijging van het aantal V&V-indicaties, zoals gerapporteerd door de NZa, mij aanleiding gegeven om vanaf 2020 € 200 miljoen van de gereserveerde middelen voor de aanzuigende werking van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in te zetten. Hierover heb ik u ook in de tweede voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis[3] geïnformeerd. Hiervan wordt € 190 ingezet als dekking voor het tekort. De resterende € 10 miljoen is opgenomen in de groeiruimte voor 2020. De resterende incidentele tegenvaller à € 190 miljoen in 2019 is gedekt door een incidentele meevaller in de curatieve zorg. Het bovenstaande staat hieronder ook schematisch weergegeven.

Bedragen * € 1 miljoen	2019	2020	2021 en verder
Verwacht tekort	470	470	470
Structurele inzet gereserveerde herverdeelmiddelen	-200	-200	-200
Structurele technische schuif i.v.m. samenloop Zvw-Wlz bij wijkverpleging	-80	- 80	-80
Structurele inzet deel aanzuigende werking KWK		-190	-190
Incidentele inzet meevaller cure	-190		
Resterend tekort/overschot	0	0	0

Vragen van de GroenLinks-fractie

1. Uit cijfers van de Zorgautoriteit blijkt dat dit jaar het macro-kader met tenminste 470 miljoen euro zou worden overschreden. De volumegroei komt daarmee ver boven het geraamde volume uit. De minister gaf aan dat hij de dekking zoekt in de herverdelingsmiddelen en het ophogen van het Wlz-kader. Maar er zijn signalen dat de overschrijdingen nog hoger gaan uitvallen. Kan de minister garanderen dat hij ook die zal opvangen en zo ja, uit welke middelen hij van plan is dat te doen?

In augustus heeft de NZa mij opnieuw geadviseerd over de toereikendheid van het Wlz-kader in 2019. Op basis van deze geactualiseerde prognose voorziet de NZa een beperkte overschrijding van het kader in 2019 van afgerond € 40 miljoen (0,2% van het Wlz-kader). Over de conclusies die ik hieraan verbind in relatie tot het Wlz-kader, wordt u in de definitieve kaderbrief Wlz 2020 geïnformeerd.

2. Het CBS heeft berekend dat de komende jaren nog 40.000 extra verpleeghuisplekken nodig zijn. In ieder geval zal er genoeg personeel nodig zijn om voor de hoge toestroom van ouderen goede verpleeghuiszorg te kunnen bieden, of dat nu in een verpleeghuis is of ergens anders. Kan de minister aangeven wat de meest recente stand van zaken is ten aanzien van het beschikbare personeel in de verpleeghuiszorg en wat de prognose is ten aanzien van de beschikbaarheid van dat personeel de komende jaren?

De verpleeghuiszorg heeft te maken met een dubbele personele opgave. Ten eerste is er de noodzaak om meer personeel per cliënt in te zetten voor meer kwaliteit. Ten tweede zal het aantal cliënten in de verpleeghuiszorg – onder andere vanwege demografische ontwikkelingen - de komende jaren toenemen. In de tweede voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de Zorg is een prognose gegeven voor de komende jaren. In het jaar 2022 wordt voor de verpleeghuiszorg een tekort verwacht van ruim 50.000 werknemers, rekening houdend met de

[3] Tweede Kamer 2018-2019, 31 765, nr. 411

in- en uitstroom zoals die zich tot en met 2017 manifesteerden. Inmiddels zien we in 2018 een aantal ontwikkelingen (meer zij-instromers en herintreders, meer instroom in het onderwijs, maar ook hogere uitstroom en meer ziekteverzuim) waardoor per saldo het verwachte tekort in 2022 lager zal uitvallen. In de derde voortgangsrapportage Werken in de Zorg worden de meest recente prognoses opgenomen.
Het is van het grootste belang om ook de komende jaren fors te blijven investeren in de arbeidsmarkt van de verpleeghuiszorg, de positieve ontwikkelingen voortzetten de negatieve ontwikkelingen omkeren. In de bovengenoemde voortgangsrapportages is daar nader op ingegaan.

3. De minister is niet duidelijk over de 85/15-verdeling van de kwaliteitsbudgetten. In zijn brief schrijft hij dat hiervan afgeweken mag worden, maar aan de andere kant staat er dat de personeelssamenstelling uitgangspunt blijft van de besteding. Wat is het nu? Hoe ruim is die flexibiliteit? Kan de minister dit specificeren?

De totale investering van € 2,1 miljard is hoofdzakelijk gebaseerd op een forse personele uitbreiding in de verpleeghuiszorg. De 85-15 verdeling is daarop gebaseerd. Deze verdeling blijft voor mij dan ook het uitgangspunt. Voor het jaar 2019 bestond al de mogelijkheid voor zorgkantoren om in specifieke gevallen hiervan af te wijken. In de praktijk is daar voor dat jaar niet of nauwelijks gebruik van gemaakt. Om die reden is voor 2020 besloten om de zorgkantoren meer ruimte te bieden om in specifieke situaties (op basis van een goed onderbouwd plan van een zorgaanbieder) hiervan af te wijken (‘comply or explain’). Dat heeft als consequentie dat op macroniveau de uitkomst anders kan zijn dan 85-15.

4. Verpleeghuisinstellingen worstelen met de toekenning van een deel van het kwaliteitsbudget aan compensatie voor volumegroei. Op instellingsniveau wordt de maatstaf gehanteerd: 600 miljoen euro kwaliteitsbudget erbij in een jaar betekent voor mijn instelling 6% personeel erbij volgens de richtlijnen van het kwaliteitskader. Maar een deel van het budget voorziet in de volumegroei. Erkent de minister deze spagaat waar verpleeghuizen in zitten? Wat gaat hij daaraan doen?

Het kwaliteitsbudget van € 600 miljoen in 2019 (respectievelijk € 1.100 miljoen in 2020) is volledig beschikbaar om extra personeel per cliënt te kunnen inzetten en voor andere investeringen in het kwaliteitskader op basis van de richtlijn 85-15. Voor de volumegroei van het aantal cliënten worden (los van het kwaliteitsbudget) voldoende middelen beschikbaar gesteld via de contracteerruimte. Verpleeghuizen zitten dus niet in de spagaat dat zij hun kwaliteitsbudget moeten inzetten voor de volumegroei van het aantal cliënten.

Zoals ik ook in de tweede voortgangsrapportage signaleerde hebben zorgaanbieders te maken met een krappe arbeidsmarkt en een toenemend aantal verpleeghuiscliënten. Het is belangrijk dat problematische wachtlijsten worden voorkomen en dat zorgkantoren en zorgaanbieders er dus op inzetten dat er voldoende plaatsen bij komen om de groei van het aantal cliënten op te vangen. Zoals ik 24 juni jl. aan de Kamer heb gemeld heb ik in dat kader op grond van het advies van de NZa de contracteerruimte voor 2019 met een bedrag van € 470 miljoen verhoogd. Omdat voor de uitbreiding van het aantal plaatsen extra zorgpersoneel nodig is kan dit -gegeven de restricties op de arbeidsmarkt- ertoe leiden dat het ingroeipad van het kwaliteitskader langer wordt.

5. Om te kunnen werken aan een oplossing is meer inzicht wenselijk in de

benodigde verpleeghuiscapaciteit voor de komende jaren. Kan de minister een duiding van de relevante ontwikkelingen geven? Zijn er bijvoorbeeld signalen dat de hoger dan verwachte toestroom mede veroorzaakt wordt doordat de zorg thuis te wensen overlaat?

In antwoord op vraag 1 heb ik de ontwikkeling van de volumegroei reeds genuanceerd. De volumeontwikkeling die eind 2018 heeft plaatsgevonden zorgt voor een hoger startpunt van het volume in 2019. De volumegroei 2019 is op zichzelf niet significant hoger dan verwacht.

6. Wat betekent de hogere instroom in het verpleeghuis voor de inzet van de kwaliteitsbudgetten? Bestaat de mogelijkheid om daar andere keuzes in te maken?

De hogere instroom in verpleeghuizen betekent dat er meer zorgverleners nodig zullen zijn. Hiervoor zijn via de contracteerruimte ook extra (groei)middelen beschikbaar. Dat betekent dat verpleeghuizen op basis van de reguliere zzp-bekostiging extra zorgverleners kunnen inzetten om de groei van het aantal cliënten op te vangen. Daarmee kan het gemiddelde aantal zorgverleners per cliënt gelijk blijven. Het kwaliteitsbudget is erop gericht om de personeelsbezetting per cliënt te verhogen. Verpleeghuizen kunnen deze middelen op grond van een kwaliteitsplan inzetten om op die manier toe te groeien naar het kwaliteitskader.

Het is dus niet zo dat hogere volumegroei leidt tot een lager kwaliteitsbudget. Het kan wel zo zijn dat een onverwacht hogere volumegroei, als gevolg van restricties van de arbeidsmarkt en het vermogen van zorgaanbieders om zorgverleners te werven, leidt tot een lager dan beoogde toename van de personeelsbezetting per cliënt in het betreffende jaar. Er is dus sprake van een dubbele wedstrijd.