

LIJST VAN VRAGEN

De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van VWS over de brief van 9 april 2018 inzake het **Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg – «Thuis in het Verpleeghuis – waardigheid en trots op elke locatie» (Kamerstuk 31 765, nr. 318)**.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

- Nr. Vraag
- 1 Het programmaplan richt zich alleen op de Wet langdurige zorg (Wlz). Wat wordt voor de doelgroepen gedaan die in het verpleeghuis verblijven met andere titels, zoals Eerstelijns verblijf en Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) vanuit de gemeenten?
- 2 Kunt u een overzicht geven van alle 40 partijen die het Pact voor de Ouderenzorg hebben gesloten?
- 3 Met welke cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen, zorgaanbieders en zorgkantoren heeft u gesprekken gevoerd over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, naast het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.)?
- 4 Heeft u ook gesprekken gevoerd met bewoners en zorgverleners, naast de organisaties die u gesproken heeft over betere verpleeghuiszorg?
- 5 In het regeerakkoord is opgenomen dat bestuurders worden beoordeeld op kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen. In eerste instantie moeten cliëntenraad en de raad van toezicht dit doen, waarom worden bestuurders niet ook beoordeeld door het personeel?
- 6 Hoeveel zorgverleners werken in de ouderenzorg? Kunt u die cijfers vanaf 2010 tot en met heden in een overzicht geven?
- 7 Welke maatregelen gaat u nemen om de deskundigheid en scholing van verpleeghuispersoneel op het terrein van dementie te versterken, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen?
- 8 Wat gebeurt er of gaat er nog gebeuren, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen dat ouderen met dementie nu de grootste groep in verpleeghuizen zijn, om de plannen voor verpleeghuiszorg optimaal op deze doelgroep af te stemmen?
- 9 Welke extra maatregelen gaat het kabinet nemen om de deskundigheid en scholing van verpleeghuispersoneel op het terrein van dementie te versterken, gezien de constatering in de NZa-monitor Zorg voor ouderen dat ouderen met dementie nu de grootste groep in verpleeghuizen zijn?
- 11 Met welke concrete maatregelen wordt de niet-vrijblijvendheid van dit programma ondersteund?
- 12 Voor langer thuis wonen is het Volledig Pakket Thuis (VPT) van belang, heeft dit programmaplan nog effecten op het VPT?
- 13 Waarom wordt in het programmaplan niet ingegaan op de kwaliteit en de te realiseren kwaliteitsverbetering van het VPT en het Modulair Pakket Thuis (MPT)?
- 14 Vallen maatregelen die respijtzorg bevorderen, zodat mensen langer thuis kunnen wonen, ook onder dit programmaplan?
- 15 Wat zou de ontwikkeling van het totale budget voor verpleeghuiszorg tussen 2018–2021 geweest zijn zonder de gelden die gemoeid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?
- 16 Wat is de ontwikkeling van het totale budget voor verpleeghuiszorg tussen 2018–2021, inclusief de gelden die gemoeid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?
- 17 Kan een overzicht gegeven worden wat de ontwikkeling van het totale budget voor de verpleeghuiszorg betekent aan een bedrag per persoon tussen 2018–2021, inclusief en exclusief de gelden die gemoeid zijn met de kwaliteitsimpuls (2,1 miljard euro)?
- 18 Hoe wordt de persoonsgerichte zorg ingericht zodat de behoeften en wensen van de client leidend worden?

- 19 Spelen mantelzorgers, familie en vrienden ook nog een rol in verbetering van de kwaliteit binnen verpleeghuizen? Zo ja, welke dan? Zo nee, waarom niet?
- 20 Hoeveel partners kunnen meeverhuizen naar het verpleeghuis?
- 21 Zijn er ook verpleeghuizen waar het niet mogelijk is om als partner mee te verhuizen? Zo ja, hoeveel?
- 22 Hoe wordt het resultaat gemeten uit één van de doelstellingen uit het programma, namelijk dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, wat blijkt uit meer tevreden zorgverleners? Wat is de huidige tevredenheid onder zorgverleners? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks vergelijken.
- 23 Eén van de doelstellingen uit het programma is dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, het resultaat uit deze doelstelling blijkt uit: 2. Meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners. Hoe wordt dit gemeten? Wat is voldoende? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks kunnen vergelijken.
- 24 Eén van de doelstellingen uit het programma is dat deskundige zorgverleners hun vak bijhouden, het resultaat uit deze doelstelling blijkt uit: 3. Een betere verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners. Hoe wordt dit gemeten? Wat is de huidige verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij straks vergelijken.
- 25 Heeft de huidige tijdelijke norm voor wat betreft personeelssamenstelling uit het kwaliteitskader een afloopdatum?
- 26 Wat is uw verwachting over de contextgebonden norm voor wat betreft personeelssamenstelling uit het kwaliteitskader? Wanneer is deze gereed en hoe verlopen de gesprekken?
- 27 Is het meten van een hogere cliënttevredenheid een juiste indicator voor veilige verpleeghuiszorg, wetende dat uit eerdere inspectierapporten is gebleken dat op sommige locaties de medicatieveiligheid onvoldoende was, maar de bewoners wel erg tevreden waren?
- 28 Het resultaat betreffende de doelstelling meer tijd en aandacht voor de bewoner moet blijken uit een hogere cliënttevredenheid, hoger dan wat? Wat is de nulmeting?
- 29 Wat is de cliënttevredenheid van de afgelopen tien jaar?
- 30 Hoeveel moet de cliënttevredenheid stijgen, opdat de doelstelling wordt gehaald?
- 31 De verpleeghuiszorg moet, naast liefdevol en persoonsgericht, ook veilig zijn. Het resultaat bij deze doelstelling blijkt uit een hogere cliënttevredenheid, hoe hoog is deze op dit moment? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.
- 32 Op welke personeelssamenstelling wordt gedoeld in de passage «een personeelssamenstelling die in lijn is met de normen in het kwaliteitskader»?
- 33 Verpleeghuisorganisaties voldoen aan een erkend kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg, wat houdt dit concreet in? Zorgt dit kwaliteitsmanagementsysteem voor extra administratieve lasten? Hoeveel tijd zijn medewerkers kwijt aan dit kwaliteitsmanagementsysteem? Wat zijn de kosten van dit kwaliteitsmanagementsysteem? Wat zijn de consequenties wanneer een organisatie niet aan het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet?
- 34 Welke ruimte heeft het inspelen op de vraag van de mantelzorger(s) bij het doel naast het zoveel mogelijk inspelen op de vraag van de bewoner?
- 35 Naar welke verhouding wordt gestreefd bij het ruimte en tijd maken voor scholing in de casus van een fulltime baan?

- 36 Betekent dit dat scholing «in eigen tijd» verleden tijd is?
- 37 Hoe wordt de doelstelling van meer tevreden zorgverleners gemeten?
- 38 Wordt dit een uniforme meting voor alle verpleeghuizen? Zo ja, hoe wordt op die manier recht gedaan aan de unieke situatie bij ieder verpleeghuis? Zo nee, hoe zijn de getallen dan te vergelijken?
- 39 Vanaf welke score bij de doelstelling «meer tevreden zorgverleners» is dit programma geslaagd?
- 40 Hoe wordt de doelstelling van meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners gemeten?
- 41 Wordt dit een uniforme meting voor alle verpleeghuizen? Zo ja, hoe wordt op die manier recht gedaan aan de unieke situatie bij ieder verpleeghuis? Zo nee, hoe zijn de getallen dan te vergelijken?
- 42 Vanaf hoeveel «meer inzet van voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners» is dit programma geslaagd?
- 43 Vallen behandelaars, medici en paramedici ook onder de definitie «gemotiveerde zorgverleners met het juiste opleidingsniveau»?
- 44 In welke functie van de gewenste personeelssamenstelling zit het grootste tekort aan mensen?
- 45 Hoe wordt gemeten of er een betere verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners is? Gaat het hier ook om zorgverleners zoals gedefinieerd in voetnoot 1, of over de smallere definitie van zorgverleners?
- 46 Is er een indicatie van hoe tevreden zorgverleners nu en in de afgelopen jaren zijn, zo ja hoe tevreden zijn zij?
- 47 Stel een locatie heeft 200 bewoners die aangewezen zijn op verpleeghuiszorg, hoe ziet grosso modo het huidige personeelsbestand er uit in 2017? Kan dit uitgesplitst worden in Fulltime-equivalent (Fte) naar opleiding en werksoort, inclusief ondersteunende diensten en management?
- 48 Hoeveel verpleeghuizen voldoen niet aan de norm van de personeelssamenstelling zoals genoemd in het kwaliteitskader?
- 49 Kan het zijn dat mensen moeten worden ontslagen omdat verpleeghuizen moeten voldoen aan een bepaalde personeelssamenstelling? Zo ja, welke groep is dat?
- 50 Hoe verhoudt de uitspraak op pagina 8 van het programmaplan dat bewoners, verwanten en zorgverleners zelf kunnen aangeven welke innovatie het meest helpt bij de kwaliteit van leven zich tot de uitspraak in paragraaf 3.3.3 «Ruim baan voor innovatie», waarin wordt gesteld dat zorgkantoren in regionaal verband plannen maken voor innovatie?
- 51 Bestaan er op dit moment al leergemeenschappen? Zo ja, hoeveel leergemeenschappen bestaan er op dit moment en hoeveel zorgorganisaties maken op dit moment deel uit van een dergelijke leergemeenschap?
- 52 Hoe wordt «het resultaat bij deze doelstelling is dat alle zorgorganisaties en zorgverleners in 2021 innovatieve technologie gebruiken bij het verlenen van de zorg» gemeten? Is het resultaat bijvoorbeeld voldoende gehaald wanneer een zorginstelling in 2021 een tablet in gebruik heeft? Kan deze doelstelling concreter en beter meetbaar gemaakt worden?
- 53 Wat wordt bedoeld met arbeidsbesparende technologie om zorgverleners te ontlasten?
- 54 Op welke manier kan worden gezorgd dat op basis van feitelijke informatie conclusies kunnen worden getrokken over de toegevoegde waarde van innovatie in relatie tot kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg?

- 55 Hoeveel zorgorganisaties maken nu al gebruik van de innovatieve technologie, zoals beschreven in de doelstelling?
- 56 Hoe verandert de verhouding tussen het aantal ouderen dat thuis blijft wonen en de ouderen die in een verpleeghuis wonen?
- 57 Hoe groot is de toename van het aantal ouderen dat een beroep zal doen op de verpleeghuiszorg in vergelijking met de groep ouderen die thuis woont? Zal die verhouding veranderen?
- 58 Kunt u toelichten hoe wordt ingezet op «de versterking van de kennisinfrastructuur»? Hoe wordt dit concreet gedaan? Welke middelen zijn hier de afgelopen en komende jaren voor beschikbaar?
- 59 Op welke wijze wilt u opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties versterken?
- 60 Wat houdt de versterking van de kennisinfrastructuur concreet in?
- 61 Wordt met kennisinfrastructuur onder andere de opleidingsorganisaties, kennisinstellingen en beroepsorganisaties bedoeld?
- 62 Zorg in een verpleeghuis is veelal zorg in de laatste levensfase. Wat is de huidige gemiddelde opnameduur?
- 63 Welke initiatieven worden, ten behoeve van een goede start in het verpleeghuis, genomen om de zorgval voor mensen met dementie op te lossen en de continuïteit in de zorg te vergroten? Hoe dragen verpleeghuizen hieraan bij?
- 64 Kunt u de uitspraak: «Verpleeghuiszorg in Nederland is uniek door de integrale aanpak van zorg, wonen, welzijn en behandeling» uitleggen? Hoe wordt de verpleeghuiszorg in andere Europese landen ingericht? Kunt u voorbeelden geven van hoe anders het in andere landen ingericht wordt?
- 65 Hoe wordt bevorderd dat het gesprek over zingeving en naderend levenseinde kort na de diagnose dementie gevoerd wordt, welke rol spelen de vertrouwde arts en de casemanager dementie hierin en hoe wordt ervoor gezorgd dat het verpleeghuis al vóór de verhuizing naar het verpleeghuis informeert naar de wensen van de cliënt?
- 66 Worden in verpleeghuizen al gesprekken gevoerd over «*advanced care planning*»? Zo ja, hoe vaak gebeurt dit?
- 67 Welke belemmeringen ervaren de organisaties die nieuwe vormen van zorg hebben opgezet?
- 68 De extra middelen worden vanaf 2019 aan de zorgorganisaties toegekend via een kwaliteitsbudget op basis van hun kwaliteitsplannen, hoeveel tijd zullen organisaties kwijt zijn aan het opstellen van hun kwaliteitsplan?
- 69 Iedere zorgorganisatie moet jaarlijks een kwaliteitsplan maken, waarin de aanbieder aangeeft welke stappen de instelling gaat zetten om thema's zoals persoonsgerichte zorg, wonen en welzijn, behandeling, veiligheid, leren en verbeteren en personeelssamenstelling te verbeteren. Het kwaliteitsplan bevat een verbeterparagraaf per locatie en dient opgesteld te worden in samenwerking met bewoners en naasten, de cliëntenraad, medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Een (meerjaren)begroting dient aan het kwaliteitsplan toegevoegd te worden. Hoeveel tijd schat u dat zorgorganisaties en medewerkers jaarlijks kwijt zijn aan het opstellen van een dergelijk plan?
- 70 Hoe worden bestuurders beoordeeld op het aantoonbaar verbeteren van kwaliteit? Wie beoordeelt of aantoonbare verbeteringen plaats hebben gevonden? Welke maatregelen kunnen door wie genomen worden indien geen aantoonbare verbeteringen plaatsvinden?

- 71 Welke onderzoeken lopen op dit moment allemaal vanuit de NZa en lopen deze gezamenlijk of parallel? Wanneer is het onderzoek omtrent een mogelijke aangepaste bekostiging in verband met de regionale kostenverschillen gereed?
- 72 Hoe wordt *overhead* verminderd?
- 73 Heeft het Zorginstituut Nederland, net als bij het opstellen van het kwaliteitskader, doorzettingsmacht bij het tot stand komen van de contextgebonden normen? Waarom wel of waarom niet?
- 74 Wat wordt verstaan onder lerende netwerken? Kan daarvan een voorbeeld worden gegeven?
- 75 Is op dit moment op alle locaties de basisveiligheid op orde? Zo nee, op hoeveel locaties is de basisveiligheid niet op orde? Welke maatregelen worden getroffen op locaties waar de basisveiligheid niet op orde is?
- 76 Vanaf wanneer worden de nieuwe tarieven voor verpleeghuiszorg, ontwikkeld op basis van het tarievenonderzoek van de NZa, rekening houdend met regionale kostenverschillen, de best presterende instellingen en de contextgebonden normen, gebruikt voor de inkoop van zorg?
- 77 Wanneer moeten de contextgebonden normen gereed zijn?
- 78 Kan een overzicht worden gegeven aan welke vereisten wanneer moet zijn voldaan?
- 79 Iedere zorgorganisatie moet jaarlijks een kwaliteitsplan maken (zoals staat in het kwaliteitskader). Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit plan niet heel bureaucratisch wordt? Hoe moet een dergelijk plan eruit zien?
- 80 Wie maakt het kwaliteitsverslag, waarin wordt teruggeblikt op het kwaliteitsplan en de mate waarin de verbeteringen en de met het zorgkantoor gemaakte afspraken zijn gerealiseerd? Wie bepaalt of de afspraken zijn gerealiseerd? Wat zijn de consequenties indien de afspraken niet (of deels) gerealiseerd zijn?
- 81 Op welke wijze krijgen cliënten en naasten invloed op het kwaliteitsplan?
- 82 Kunt u de passage «middelen met een structureel karakter die conform het kwaliteitsplan worden besteed, worden zo spoedig mogelijk na de implementatieperiode toegevoegd aan de tarieven en blijven zo structureel beschikbaar» toelichten?
- 83 Klopt het dat er geen verplichting is om een meerjarenbegroting aan het kwaliteitsplan toe te voegen?
- 84 Wie moet het kwaliteitsplan schrijven? Bestuurders, het management of personeel zelf?
- 85 Hoeveel tijd kost het maken van het kwaliteitsplan? Wat zijn de consequenties hiervan voor het personeel op de werkvloer?
- 86 Hoeveel uren van zorgverleners gaan verloren bij het maken van het kwaliteitsplan?
- 87 Kwaliteit hangt voor een groot deel af van de bezetting, dus waarom is een bureaucratisch kwaliteitsplan nodig, als juist voldoende bezetting een groot deel van de problemen oplost?
- 88 Waarom beoordelen zorgorganisaties samen met het zorgkantoor het kwaliteitsplan? Wie bepaalt wat goed is? Zijn het juist niet de zorgverleners en de bewoners die bepalen of de kwaliteit van zorg en voldoende bezetting van personeel geslaagd is? Waarom is hier niet voor gekozen?
- 89 Wie heeft bedacht dat alle verpleeghuizen een kwaliteitsplan – per locatie – moeten opstellen?
- 90 Hoe verhoudt de aanpak van administratieve lasten zich met het opstellen van kwaliteitsplannen?

- 91 Waarom moet in het kwaliteitsplan opgesteld worden hoe persoonsgerichte zorg wordt ingevuld? Worden zorgverleners niet per definitie opgeleid om integraal naar de behoefte van mensen te kijken? Waarom is niet gekozen in het vertrouwen dat zorgverleners daarvoor opgeleid en bevoegd zijn en dat op een goede en liefdevolle wijze vervullen?
- 92 Waarom moet in het kwaliteitsplan uitgelegd worden waarom zorgorganisaties de afweging maken om wel of niet deel te nemen aan «Thuis in het Verpleeghuis»?
- 93 Hoe gaan zorgkantoren jaarlijks sturen op de inkoop op basis van kwaliteitsplannen en -verslagen wanneer sprake is van meerjarige contracten met zorgaanbieders? «Middelen met een structureel karakter die conform het kwaliteitsplan worden besteed, worden zo spoedig mogelijk na de implementatieperiode toegevoegd aan de tarieven en blijven zo structureel beschikbaar». Wat zegt deze zin precies? Hoe kunnen middelen die op basis van een kwaliteitsplan van een individuele zorgaanbieder zijn toegekend uiteindelijk in de algemene tarieven lopen?
- 94 Stel een verpleeghuis krijgt in 2019 één miljoen euro in het kader van een kwaliteitsplan, maar achteraf blijkt dat maar 800.000 euro in lijn met het kwaliteitsplan en conform de afspraak met het zorgkantoor is uitgegeven, hoe verloopt de verrekening dan?
- 95 Welke gegevens uit het kwaliteitsplan worden nu ook al uitgevraagd in het kader van de verantwoording?
- 96 Welke gegevens zijn echt nieuw, en moeten echt nieuw verzameld worden, voor het opstellen en monitoren van het kwaliteitsplan?
- 97 Kunnen plannen die kleinschaligheid bevorderen ook deel uitmaken van het kwaliteitsplan?
- 98 Kan de aanschaf van «*smart sensors*» of «GPS-trackers» ook deel uitmaken van het kwaliteitsplan?
- 99 Kan het ontwikkelen van expertise bij en de opleiding van personeel, denk bijvoorbeeld aan meer kennis van palliatieve zorg, deel uitmaken van het kwaliteitsplan?
- 100 In 2021 voldoen alle zorgorganisaties aan het kwaliteitskader. Op welke manier gaan de zorgkantoren en de IGJ i.o. ervoor zorgdragen dat daar waar niet aan het kader wordt voldaan, dit alsnog gebeurt? Kunt u hiervan meerdere concrete voorbeelden geven?
- 101 In 2018 merken bewoners de eerste verschillen, hoe wordt dit gemeten? Wordt de Kamer hiervan op de hoogte gesteld, zo nee waarom niet? Zo ja, op welke manier?
- 102 Hoe stimuleert u dat er meerjarencontracten worden afgesloten tussen zorgorganisaties en zorgkantoren?
- 103 Wordt geregeld dat alle zorgorganisaties meerjarige contracten krijgen?
- 104 Bevatten de in het tekstkader opgenomen onderwerpen voor het kwaliteitsplan aanvullende onderwerpen ten opzichte van datgene dat is vastgelegd in het Programmaplan kwaliteit verpleeghuiszorg?
- 105 Op welke manier voorkomt u dat bij het terugvorderen of verrekenen van het geld de bewoners of medewerkers daarvan niet de dupe worden? Hoe worden de eerste verschillen voor bewoners per locatie en als landelijk beeld in kaart gebracht?
- 106 Wat is de ambitie voor 2019 en 2020 ten aanzien van het implementeren van het kwaliteitskader bij alle instellingen?

- 107 Waarom is ervoor gekozen om tot en met 2021 het nieuwe kwaliteitskader stapsgewijs te implementeren, gezien het feit dat het kwaliteitskader vorig jaar is ingediend in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland, en daarmee een kwaliteitsstandaard is geworden en dus onderdeel is van de dagelijkse beroepsuitoefening?
- 108 De zorgkantoren krijgen een rol in de toekenning van middelen, hoe wordt voorkomen dat dit een nieuwe bureaucratische last oplevert?
- 109 Met ingang van 2019 wordt informatie met onder andere de cliënttevredenheid (Net Promoter Score (NPS), de bewonerservaringen (Zorgkaartnederland.nl) en de basisveiligheid (indicatoren) per locatie in beeld gebracht, zodat toekomstige bewoners in één oogopslag een indruk krijgen van de locatie waarvoor zij kiezen, in welk systeem wordt deze informatie gebundeld?
- 110 Waarom is besloten vanaf 2018 de NPS niet meer verplicht te stellen?
- 111 Welke vraag wordt gesteld bij de NPS?
- 112 Welke aanvullende instrumenten «kunnen» zorgorganisaties gebruiken vanaf verslagjaar 2018?
- 113 Hoe ondersteunen de bij zorginkoop en gesprekken opgedane inzichten door zorgkantoren, die zij gebruiken voor zorgbemiddeling, mensen bij het kiezen van een zorgorganisatie?
- 114 Elke zorgorganisatie levert jaarlijks via de gegevensmakelaar gegevens aan zoals de basisveiligheidsindicatoren, kunt u aangegeven wat een gegevensmakelaar precies is?
- 115 Wie is de gegevensmakelaar? Is dat een nieuwe functie? Zo ja, waar werkt deze persoon? Is er budget voor vrijgemaakt? Zo ja, hoeveel?
- 116 Wat wordt bedoeld met aanvullende instrumenten voor kwaliteitsverbetering?
- 117 Welke website wordt bedoeld met «een publieke website»?
- 118 Hoe wordt voorkomen dat door het gebruik van vijf verschillende websites voor informatie over één zorginstelling de informatie versnipperd raakt?
- 119 In hoeverre leidt het aanleveren van diverse informatie aan verschillende kanalen tot meer administratieve lasten?
- 120 Hoe worden de drie verschillende informatiebronnen voor patiënten aangeboden?
- 121 Op welke manier(en) wordt geborgd dat de uitgevraagde informatie, die later ook via verschillende digitale kanalen gecommuniceerd wordt, aansluit bij de informatiebehoefte van toekomstige bewoners en hun naasten om tot een goede keuze te komen?
- 122 Hoeveel subsidie krijgt de Patiëntenfederatie en vanuit welk begrotingsartikel komt dit?
- 123 De Patiëntenfederatie krijgt in 2018 en 2019 subsidie voor het verzamelen van informatie voor Zorgkaartnederland.nl, wat gebeurt er met deze taak na 2019? Zijn dan nog middelen beschikbaar?
- 124 Is over elk verpleeghuis op dit moment informatie beschikbaar op Zorgkaartnederland.nl?
- 125 Hoeveel reacties zijn gemiddeld per verpleeghuis op Zorgkaartnederland.nl beschikbaar?
- 126 Hoe verhoudt het vermoeden dat technologie de noodzaak voor extra mensen tempert zich tot de hardheid van de personeelsnorm?
- 127 Als een hogere medewerkers- en cliënttevredenheid wordt gekoppeld aan meerdere acties, hoe weet de Kamer straks welke actie welk effect heeft gehad?

- 128 «Voor de verpleeghuiszorg worden verpleeghuizen en het onderwijs gestimuleerd om in hun regio aanvullende activiteiten op te zetten. Zorgkantoren hebben de rol deze activiteiten te faciliteren.» Is dit een rol die past en hoort bij zorgkantoren? Hebben zij hiervoor capaciteit?
- 129 Hoe voorkomt u dat de merkbaarheidsscan niet bijdraagt aan juist meer administratieve lasten en hoe verhoudt zich dat tot de actie om «de kraan dicht te draaien»?
- 130 Wat is het verschil tussen de merkbaarheidsscan en het overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen zorgorganisaties?
- 131 Met wie wordt het overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen en buiten zorgorganisaties gedeeld en besproken?
- 132 In welke regio's is het arbeidstekort het grootst?
- 133 In 2018/2019 zijn in alle zorgkantorregio's concrete afspraken gemaakt tussen verpleeghuizen, opleidingsorganisaties en zorgkantoren over de arbeidsmarkt zodat de beoogde extra zorgverleners ingezet worden (onder andere door behoud van zorgverleners), waardoor de bewoners zullen merken dat er genoeg zorgverleners zijn die tijd een aandacht voor hen hebben. Hoe wordt dit gemeten? Zijn op dit moment al zulke concrete afspraken gemaakt? Zo ja, hoeveel?
- 134 Hoe verhouden de indicatoren rondom keuze-informatie in paragraaf 3.1.2 zich tot de passage «om de administratieve lasten te beperken [...] brengen we gegevensuitvraag aan zorgorganisaties terug»?
- 135 Hoe wordt dit precies vormgegeven dat «Thuis in het Verpleeghuis» zorgorganisaties gaat helpen interne administratieve lasten op te ruimen?
- 136 Door welke partij zal de informatie om te komen tot een gemeenschappelijke dataset worden uitgevraagd? Wanneer moet deze set klaar zijn?
- 137 In het kader van de administratieve lasten wordt beoogd dat de jaarlijks ervaren administratieve lasten zullen dalen, zodat bewoners merken dat de zorgverleners meer tijd voor ze hebben. Dit blijkt uit: 1. een hogere medewerkerstevredenheid en een hogere cliënttevredenheid, hoe wordt dit gemeten? Hoe hoog is de medewerkers en cliënttevredenheid op dit moment? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.
- 138 In het kader van de administratieve lasten wordt beoogd dat de jaarlijks ervaren administratieve lasten zullen dalen, zodat bewoners merken dat de zorgverleners meer tijd voor ze hebben. Dit blijkt uit: 2. een manier om de daling van de administratieve lasten in beeld te brengen, dit heet de merkbaarheidsscan. Hoe hoog zijn de administratieve lasten op dit moment? Hoe wordt dit gemeten? Kunt u uitleggen hoe de daling door middel van de merkbaarheidsscan concreet gemeten wordt? Gaarne niet verwijzen naar een website, maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.
- 139 Wordt naast «een overzicht van geschrapte regels en opgeruimde administratieve lasten binnen zorgorganisaties» ook gekeken naar de nieuwe regels (op instellingsniveau) om zo een beeld te krijgen van de netto administratieve lastenverlichting?
- 140 Kunt u voorbeelden geven van situaties waarin aanvullend op het kwaliteitskader bij uitzondering extra gegevens kunnen worden gevraagd? Kan extra informatie door iedereen worden opgevraagd of door slechts één partij?

- 141 Door wie wordt de merkbaarheidsscan opgesteld en op basis van welke informatie en indicatoren? Wie vraagt de data voor de merkbaarheidsscan uit?
- 142 Klopt het dat nieuwe wetgeving, denk bijvoorbeeld aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), tot nieuwe administratieve lasten gaat leiden?
- 143 Ter bestrijding van de administratieve lasten wordt een oplossing gezocht door de persoonsgegevens van de onder de overheid vallende organen te integreren? Zijn hierbij risico's voor de privacy van persoonsgegevens?
- 144 Komt er een plan om tot een eenduidig format te komen van het toetsingskader van het zorgkantoor en van de IGJ i.o.? Zo ja, hoe ziet dit format eruit?
- 145 Klopt het dat de externe verantwoordingseisen van de zorginstellingen nog meer toenemen?
- 146 Hoeveel moet de medewerkerstevredenheid stijgen om de doelstelling te halen?
- 147 Hoe staat het nu met de medewerkerstevredenheid?
- 148 De NZa onderzoekt hoe in de bekostiging rekening gehouden kan worden met regionale kostenverschillen, zoals grondprijzen, wanneer is dit onderzoek afgerond? Wanneer is dit onderzoek voor de Kamer beschikbaar?
- 149 De extra middelen voor 2018, namelijk 435 miljoen euro, zijn in de tarieven opgenomen, hoeveel extra medewerkers zijn hier reeds voor aangenomen?
- 150 Hoe verhouden de onderzoek(en) van de NZa (hoofdstuk 2 pagina 12) zich tot de voorspelbaarheid over bekostiging?
- 151 Is de prestatie die zorgaanbieders tijdens de ingroefase mogen gebruiken ook een maximumtarief? Op basis waarvan wordt bepaald welk percentage van het maximumtarief wordt gehanteerd? Op welke wijze wordt de prestatie rekening gehouden met maatwerk per locatie?
- 152 Leidt die nieuwe prestatie tot extra administratieve lasten voor zorgorganisaties?
- 153 Als het ingroeipad langer wordt, wat gebeurt dan met de reeds gereserveerde middelen voor extra personeel?
- 154 Op welke wijze worden instellingen na de implementatieperiode blijvend uitgedaagd om hun kwaliteit te verbeteren als het kwaliteitsbudget overgaat naar de reguliere bekostiging?
- 155 Er wordt achtereenvolgens gesproken over spelregels die moeten worden nageleefd in het inkoopkader 2019 en de beleidsregels van de NZa en «voorwaarden» in het inkoopkader 2019 voor de inzet van het kwaliteitsbudget. Wat wordt hier bedoeld met spelregels? En wat met voorwaarden?
- 156 Van best presterende instellingen is bekend dat ze met de huidige middelen meer zorgverleners beschikbaar hebben door onder andere het wegnemen van onnodige *overhead*. Dit bleek ook uit de Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen (ERA1). Waarom is de aangenomen motie 31765–175 uit december 2015 niet uitgevoerd?
- 157 Op basis van welke indicatoren doen de NZa en veldpartijen onderzoek naar wat de best presterende instellingen zijn?
- 158 Betekent het beschikbaar zijn van het NZa-advies op 1 januari 2019 inzake de best presterende instellingen dat dit kan worden meegenomen in de tarieven voor 2020?
- 159 Hoe ziet de stapsgewijze invoering van de tarieven voor alle instellingen er idealiter uit?

- 160 Welke rol speelt vastgoed in de ruimte voor het aannemen van personeel van de best presterende instellingen die hebben bewezen met dezelfde middelen meer personeel aan te kunnen nemen, naast het wegnemen van onnodige *overhead*?
- 161 Wat wordt bedoeld met een verbeterarrangement?
- 162 Hoeveel capaciteit (fte) is er beschikbaar binnen «Thuis in het Verpleeghuis»? Hoeveel verpleeghuizen kunnen vanuit het programma ondersteund worden?
- 163 Welke ervaringen zijn er met *best practices* die ook daadwerkelijk veralgemeniseerd zijn in de afgelopen vijf jaar?
- 164 Op basis waarvan zullen de voortgangsrapportages worden opgesteld nu slechts één keer per jaar officieel informatie wordt uitgevraagd bij de instellingen? Kan dit leiden tot extra administratieve lasten voor de instellingen die gebruik maken van «Thuis in het Verpleeghuis»?
- 165 Hoe ziet het financiële fundament onder de werkplaatsen eruit?
- 166 Hoe groot is het «financieel fundament» dat door u via de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) aan academische werkplaatsen geboden wordt?
- 167 Wat wordt gedaan om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bij dementie te verminderen en welke streefcijfers gelden hiervoor?
- 168 Vanaf 2019 komt extra kennis beschikbaar om zorg te verlenen, zodat de bewoners merken dat zorgverleners bijvoorbeeld beter pijn bij dementie of hartfalen behandelen, beter kunnen helpen bij revalidatie of een plezierige dag kunnen bezorgen. Hoe wordt dit gemeten?
- 169 Hoeveel geld is beschikbaar voor het structurele onderzoeksprogramma dat u zult vormgeven voor beantwoording van kennisvragen op de werkvloer?
- 170 Hoe wordt geborgd dat kennisvragen van de werkvloer het onderzoeksprogramma bereiken?
- 171 Hoe worden onderwijsinstellingen betrokken bij de kennisontwikkeling in zorginstellingen?
- 172 Hoe wordt opgedane kennis in zorginstelling vertaald naar de modernisering van diverse opleidingen tot zorgverlener?
- 173 Kan concreter worden aangegeven wat gedaan wordt om onderbehandeling bij pijn bij mensen met dementie te verminderen, bijvoorbeeld via verbetering van pijn diagnostiek door gebruik van een pijnobservatielijst?
- 174 Wanneer is het structurele onderzoeksprogramma vormgegeven?
- 175 Eind 2021 maakt bij elke instelling een arts of verpleegkundige deel uit van het bestuur van de instelling of is er structureel overleg tussen de Raad van Bestuur en een vertegenwoordiging van de genoemde beroepsgroepen, zodat cliëntenraden en bewoners merken dat iemand met praktijkervaring meestuur. Hoe wordt dit gemeten? Wat is de consequentie wanneer instellingen niet voldoen aan deze eis? Zijn er nu al instellingen waarbij een arts of verpleegkundige deel uitmaakt van het bestuur? Zo ja, bij hoeveel instellingen is dit het geval? Gaarne niet verwijzen naar een website maar concrete cijfers die wij kunnen vergelijken.
- 176 Zorgorganisaties gaan meer gebruik maken van technologie. Hier wordt in 2018 een nulmeting verricht. Wanneer gaat deze nulmeting plaatsvinden? Wordt de Kamer geïnformeerd over de resultaten van deze nulmeting? Zo nee, waarom niet?
- 177 Hoe ondersteunt u bij de opschaling van arbeidsbesparende technologieën?

- 178 «Thuis in het Verpleeghuis» zal bijdragen aan het delen van kennis en goede voorbeelden van *e-health*. Wat verstaat u onder goede voorbeelden van *e-health*?
- 179 Welke innovatieve technologie, bijvoorbeeld op het terrein van *e-health* en domotica, heeft daadwerkelijk handen aan het bed vervangen?
- 180 Hoe worden instellingen gestimuleerd om tot beleid dan wel transparante verbeterplannen te komen voor bewegingsprogramma's en activiteiten die aansluiten bij de wensen van de bewoners en mensen met dementie? Hoe worden de cliënten hierbij betrokken?
- 181 Hoe worden instellingen gestimuleerd om tot beleid dan wel transparante verbeterplannen te komen voor bewegingsprogramma's en activiteiten die aansluiten bij de wensen van mensen met dementie en hoe wordt de cliëntenraad van de instelling hierbij betrokken?
- 182 Welke rol spelen werknemers van een zorginstelling in de keuze voor het inrichten van hun inspraak?
- 183 Welke interval in het structurele overleg beoogt u als de zorginstelling in plaats van vertegenwoordiging in het bestuur kiest voor een structureel overleg met medewerkers?
- 184 Klopt het dat de regionale plannen van zorgkantoren, zorgorganisaties en derden naast de kwaliteitsplannen van instellingen komen? Zo ja, waarvoor worden deze regionale plannen gebruikt? Wat staat er idealiter in deze plannen?
- 185 Op basis waarvan kunnen zorgkantoren in specifieke gevallen extra middelen ter beschikking stellen aan aanbieders? Zijn dit middelen uit de transitiebudgetten of de extra middelen in het kader van het kwaliteitskader? Kunt u voorbeelden geven van dergelijke specifieke gevallen?
- 186 Wanneer wordt de Kamer op de hoogte gesteld van de resultaten van de nulmeting?
- 187 De begeleidingsgroep bespreekt en bevordert de voortgang? Wat betekent bevorderen in dit verband? Welk mandaat heeft de begeleidingsgroep?
- 188 Welke maatregelen kan een zorgkantoor nemen wanneer door een zorgorganisatie niet wordt voldaan aan gemaakte afspraken?
- 189 De IGJ i.o. houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De IGJ i.o. heeft het kwaliteitskader meegenomen in haar nieuwe toetsingskader, wat bestaat uit persoonsgerichte zorg, deskundigheid en inzet personeel, en sturen op kwaliteit en veiligheid, maar waarom stuurt de IGJ i.o. niet ook op de handelwijze van bestuurders?
- 190 Als een zorgkantoor concludeert dat niet de juiste en afgesproken kwaliteit is behaald door de zorginstelling, wordt deze informatie dan ook gedeeld met de IGJ i.o.?
- 191 Er wordt aangegeven dat de inkooptaak van zorgkantoren en de toezichtstaak van de IGJ i.o. gescheiden blijven, maar wel gericht zijn op de noodzakelijke kwaliteitsverbetering, vindt wel communicatie plaats tussen de IGJ i.o. en de zorgkantoren ondanks de gescheiden taken? Hoe is dit vormgegeven? Verandert dit programma de relatie en werkwijze tussen IGJ i.o. en zorgkantoren? Zo ja, welke?
- 192 Welke rol spelen de in het kwaliteitsplan opgenomen punten over personeelssamenstelling en een scholingsprogramma in de Wlz-contractering, met name in relatie tot deskundigheid over dementie?
- 193 Zorgkantoren kunnen bij het niet voldoen aan de norm afspreken om tot een lagere vergoeding dan het NZa-maximumtarief te komen, hoe gaat hiermee de kwaliteit van zorg omhoog?

- 194 Niet de huidige kwaliteit, maar de gerealiseerde kwaliteitsverbetering wordt bekostigd via het separate kwaliteitsbudget. Met ingang van de zorginkoop 2019 is op landelijk niveau 85% van de extra middelen geoormerkt voor extra personeel. De middelen zijn immers bedoeld om de zorgorganisaties in staat te stellen te voldoen aan de personeelsnormen zoals die zijn beschreven in het kwaliteitskader. Maximaal 15% van het extra geld mogen zorgorganisaties inzetten voor andere investeringen die nodig zijn voor het realiseren van het kwaliteitsplan. Deze percentages zijn een richtsnoer, waarvan lokaal kan worden afgeweken, op basis van het ingediende kwaliteitsplan, waarop ook wordt gemonitord. Uit de interviews van de organisatie van zorgondernemers (ActiZ) blijkt dat er instellingen zijn die 80% van de middelen hebben ingezet voor extra personeel of een derde van het geld besteed hebben aan scholing, maar is deze manier van monitoring niet heel omslachtig als met elke organisatie afwijkende afspraken gemaakt kunnen worden? Bestaat het kwaliteitskader niet uit meer dan alleen het aantrekken van personeel? Hoe is gekomen tot deze richtsnoer?
- 195 Hebben zorgkantoren in het verleden al wel eens gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot het afspreken van een lagere vergoeding dan het maximumtarief van de NZa? Zo ja, hoe vaak? Zo nee, waarom niet? En hoe zit dat met de opnamestop, is dat instrument al wel eens ingezet? Zo ja, hoe vaak? Zo nee, waarom niet?
- 196 Hoe zorgt u dat zorgkantoren hun rol kunnen pakken en dat bewoners ook echt iets merken van de kwaliteitsverbetering?
- 197 Zijn de transitiemiddelen van het kwaliteitskader bedoeld voor de arbeidsmarkt ook bedoeld voor het behouden van het huidige personeel door de arbeidsomstandigheden te verbeteren?
- 198 Wat gebeurt met de transitiemiddelen bedoeld voor de arbeidsmarkt, als een verpleeghuis reeds beschikt over het benodigde personeel? Mag het geld dan worden besteed aan andere zaken?
- 199 Hoeveel middelen worden beschikbaar gesteld om zorgkantoren te ondersteunen in hun ontwikkelopgave? Zijn deze middelen onderdeel van het transitiebudget?
- 200 Hoe ondersteunt u de zorgkantoren om te komen tot een uniforme wijze van inkopen?
- 201 Bezoekt de IGJ i.o. de komende jaren alle locaties van alle instellingen die vallen onder de reikwijdte van het Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg?
- 202 De inspectie houdt toezicht op de instellingen. Daarom bezoekt de IGJ i.o. de komende vier jaar alle instellingen die vallen onder de reikwijdte van het Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuiszorg. Heeft de IGJ i.o. hier voldoende capaciteit voor?
- 203 Is de IGJ i.o. in staat om adequaat te controleren op ouderenmis-handeling bij de bezoeken die de komende vier jaar in iedere instelling gebracht worden?
- 204 Op welke wijze kan de zorgcontinuïteit worden geborgd indien het zorgkantoor besluit een contract met een instelling niet te verlengen en de instelling dus geen financiële middelen meer krijgt?
- 205 Hoe is sturen op leren en verbeteren in verpleeghuizen in het toezicht van de IGJ i.o. geborgd?
- 206 De IGJ i.o. zal de komende jaren ook jaarlijks toezicht houden op een zorginhoudelijk thema. Hoe wordt dat thema bepaald? Is een jaar voldoende om een goed beeld te krijgen van de stand van zaken en de ontwikkelingen op een dergelijk thema?
- 207 De komende jaren besteedt de IGJ i.o. meer aandacht aan het toegankelijk maken van toezichtinformatie, welk doel, welke ambitie streeft de IGJ i.o. na op dit punt?

- 208 Over welke instrumenten beschikt de NZa om indien nodig handhavend op te treden tegen zorgkantoren die onvoldoende sturen?
- 209 Voor de spiegelinformatie wordt gebruik gemaakt van gegevens die in het kwaliteitskader zijn vastgelegd, namelijk cliënttevredenheidsgegevens, basisveiligheidsindicatoren en kwaliteitsverslagen, maar hoe verhouden deze drie zich tot de in het programma opgesomde lijst van resultaten? Wat is de spiegelinformatie meer dan die lijst van resultaten? Gaan spiegelinformatie en informatie op de resultaten naast elkaar bestaan?
- 210 Kunt u in duidelijke taal uitleggen wat u precies bedoelt met de zin: «Voor keuze-informatie, leerinformatie, inkoopinformatie, toezichtsinformatie en beleidsinformatie zijn gegevens nodig. We willen spiegelinformatie die eenduidig is en de administratieve lasten vermindert»?
- 211 Wie controleert en stuurt op de resultaten die in het plan van aanpak staan en hoe verhouden deze zich tot de indicatoren basisveiligheid die worden ontwikkeld door de beroepsgroepen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?
- 212 Het kwaliteitskader zet in op een beweging van leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg. Hoe verhoudt de resultaatgerichte inzet van het programma zich tot deze beweging?
- 213 Hoe wordt in brede zin ingezet op psychosociale interventies en persoonsgerichte zorg bij en scholing over gedrag, mede in relatie tot de Wet Zorg en Dwang?
- 214 Wat gebeurt er, behalve toezichtbezoeken van de IGJ i.o., om het gebruik van antipsychotica en/of psychofarmaca bij dementie omlaag te brengen?
- 215 Wanneer komt Actiz met een voorstel voor het standaardiseren van een aantal gegevens (medewerkertevredenheid, ervaringsgegevens bewoners)? Wie worden betrokken bij het voorbereiden van dit voorstel?
- 216 Hoe lang duurt het voordat de doorontwikkeling en de uiteindelijke algemene beschikbaarheid van «de spiegel» komt?
- 217 Twee keer per jaar komt er een voortgangsrapportage voor landelijke partijen in het kader van «Thuis in het Verpleeghuis». Wie worden in dit geval verstaan onder landelijke partijen? Betreffen deze rapportages ook de informatievoorziening over de voortgang aan de Kamer?
- 218 Wanneer de extra inzet van personeel achterblijft bij de raming van het Centraal Planbureau (CPB), dan heeft dit geen effect op het structureel beschikbare bedrag van 2,1 miljard euro. Het kan wel tot gevolg hebben dat de extra middelen voor de jaren 2019–2021 niet volledig worden ingezet en dat het structurele bedrag later wordt bereikt. Hoe kan dit gegarandeerd worden?
- 219 «Indien blijkt dat de extra inzet van personeel achterblijft bij de CPB-raming heeft dit geen effect op het structurele bedrag van 2,1 miljard euro, maar het kan wel betekenen dat extra middelen niet volledig worden ingezet en het structurele bedrag later wordt bereikt». Wat gebeurt in dat geval met de incidentele middelen die dat jaar overblijven?
- 220 Kan gekwantificeerd worden onder welke omstandigheden en criteria het kabinet van mening is dat de extra inzet van personeel zodanig achterblijft bij de CPB-raming dat de extra middelen voor de rest van de kabinetsperiode niet volledig worden ingezet?

- 221 Indien het CPB heeft berekend dat maximaal 10.000 extra Fte per jaar ingezet kan worden en de extra middelen die voortvloeien uit het kwaliteitskader voor 85% uitgegeven wordt aan personeel, hoe kunnen de extra middelen dan in 2018 maar ongeveer 400 miljoen euro extra zijn terwijl deze extra middelen in 2019 en 2020 ruim 600 miljoen euro zijn?
- 222 Staan de overige middelen uit tabel 2 op pagina 35 los van de middelen uit tabel 1? Zijn de totale uitgaven voor verpleeghuiszorg in 2021 dus 13,337 miljard euro (= 13,0 + 0,337 miljard euro)?
- 223 Wat gebeurt er indien de totale kosten van de kwaliteitsplannen lager zijn dan de beschikbare extra middelen vanuit het kwaliteitskader?
- 224 Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 t/m 2017?
- 225 Er gaat optimaal ingezet worden op *job-carving*, niet-zorgtaken zullen worden uitbesteden aan mensen zonder een zorgopleiding. Mogen de extra middelen gebruikt worden voor deze nieuwe functies?
- 226 Hoe kan het dat de jaarlijkse uitvoeringskosten van het kwaliteitskader tot 2021 € 6,5 miljoen bedragen maar dan oplopen tot een structureel jaarlijks bedrag van € 12 miljoen?
- 227 Waarom is in de tabel opgenomen dat voor de middelen «Thuis in het Verpleeghuis» structureel 180 miljoen euro beschikbaar is, terwijl eerder met de Kamer is gecommuniceerd dat dit structureel 210 miljoen euro is?
- 228 Voor de uitvoeringskosten zijn middelen vrijgemaakt, 6,5 miljoen euro structureel vanaf 2018. Voor het borgen van de spiegelinformatie is per 2022 onder andere 12 miljoen euro vrijgemaakt, hoe verhouden deze bedragen zich tot de opstartfase die nu ingaat? Is het niet zo, dat juist in de eerdere jaren meer geld nodig is om een en ander op te zetten? Wat moet allemaal betaald worden uit die 6,5 miljoen euro?
- 229 Hoeveel geld is per zorginstelling gemiddeld beschikbaar van de in totaal 50 miljoen euro per jaar voor de ontwikkelruimte?
- 230 Op welke wijze en in welke (budgettaire) mate dragen de investeringen in kwaliteit bij aan betere betrokkenheid en ondersteuning van mantelzorgers van mensen met dementie?
- 231 Hoe dragen de investeringen bij om de deskundigheid over mantelzorgondersteuning bij medewerkers te vergroten en wordt het extra personeel ook ingezet voor de ondersteuning en het laten participeren van mantelzorgers?
- 232 Wat gebeurt er met de middelen die in overleg teruggevorderd worden van zorgorganisaties als zij aangeven dat deze middelen niet uitgegeven kunnen worden aan personeels- of kwaliteitsverbetering? Wat gebeurt er met het totaal aan middelen indien veel zorginstellingen het budget niet uitgegeven krijgen?
- 233 Met ingang van de zorginkoop 2019 is op landelijk niveau minimaal 85% van de extra middelen geormerkt voor extra personeel. De middelen zijn immers bedoeld om de zorgorganisaties in staat te stellen te voldoen aan de personeelsnormen in het kwaliteitskader. Landelijk gezien mogen zorgorganisaties maximaal 15% van de extra middelen inzetten voor andere investeringen dan extra personeel, maar hoe wordt voorkomen dat die 15% ingezet wordt voor doeleinden die niet ten gunste komen van betere zorg?
- 234 Wat is het tijdpad voor het ontwikkelen van indicatoren voor onbegrepen gedrag, wordt hierbij aandacht besteed aan gedrag bij dementie en welke organisaties behalve Verenso zijn hier nog meer bij betrokken?