

Vergaderjaar 2019–2020

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 437**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 september 2019

**1 Inleiding**

Tijdens het Algemeen Overleg over de verpleeghuiszorg van 25 juni 2019 (Kamerstuk 31 765, nr. 431) is aan de orde geweest of er voldoende verpleeghuiscapaciteit beschikbaar is voor het groeiend aantal ouderen. Ik heb toegezegd om u in september een brief hierover te sturen met daarin de beschikbare gegevens, relevante trends en ontwikkelingen, zodat op basis daarvan een debat kan plaatsvinden. Met deze brief kom ik deze toezegging na. Deze brief biedt inzicht in de ontwikkeling van de vraag, de ontwikkeling van de capaciteit, hoe deze zich tot elkaar verhouden en hoe de afstemming daartussen tot stand komt. Het betreft een terugblik op recente jaren.

**De belangrijkste conclusies zijn:**

- In de periode 2015 t/m 2018 was de groei van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie ongeveer 4% per jaar. De capaciteit verpleeghuiszorg inclusief pgb en vpt groeide in deze periode met circa 2,5% per jaar.
- De groei van de capaciteit werd voor 1% per jaar gerealiseerd in het traditionele verpleeghuis. De overige groei is gerealiseerd via het pgb en vpt, waarmee cliënten op basis van scheiden van wonen en zorg in een geclusterde setting hun zorg kunnen krijgen. Dit hangt ook samen met veranderende voorkeuren van cliënten. In de periode 2017 t/m 2019 is het aantal cliënten met mpt met 24% gestegen.
- Er wordt een toenemend beroep wordt gedaan op de actieve bemiddeling door zorgkantoren om snel een passende plek te vinden voor cliënten met een indicatie. Veruit het grootste deel van deze «actief wachtenden» kan momenteel binnen de geldende Treeknorm (zes weken) worden bemiddeld, maar het aantal dat langer moet wachten loopt wel op. In geval van urgentie of crisis wordt vrijwel altijd op tijd een plaats gevonden.

- Tegen de achtergrond van het gegeven dat het aantal ouderen de komende jaren verder zal toenemen staan we voor een dubbele opdracht: het bieden van meer verpleeghuiszorg om wachtlijsten te beheersen en het blijven verhogen van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg.
- In december van dit jaar leg ik uw Kamer voor welke stappen ik de komende periode voor mij zie om, mede in relatie tot de in de beleidsagenda aangekondigde contourennota, de toegang tot verpleeghuiszorg voor de toekomst te blijven waarborgen. Het is de bedoeling dat ik u dan ook een onderzoek van TNO, RIVM, CBS en Zorginstituut Nederland stuur naar de relatie tussen het bestaande vastgoed en de demografische ontwikkelingen.

De toegang tot verpleeghuizen is niet los te zien van het bredere beleid dat ik voer ten aanzien van de krapte op de arbeidsmarkt en in het kader van het programma Langer Thuis. Ik heb uw Kamer hierover geïnformeerd via de Voortgangsrapportage Langer Thuis<sup>1</sup>. Ten aanzien van Langer Thuis zijn de acties relevant waarmee ik samen met partijen de samenwerking tussen professionals uit het medisch en sociaal domein in de wijk bevordert, de aansluiting tussen thuis en het verpleeghuis wil verbeteren en de toegang tot tijdelijk verblijf vereenvoudigt. Daarnaast richt ik mij in dit programma op het stimuleren van een geschikte woonsituatie voor ouderen. Daarom heb ik samen met gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders en mijn collega van BZK de Taskforce Wonen en Zorg gestart onder voorzitterschap van wethouder Adriani met de opdracht om overal in het land te zorgen dat de lokale woonopgave voor ouderen in beeld wordt gebracht en hieraan concrete plannen worden verbinden. Bovendien stimuleer ik met de Stimuleringsregeling Wonen en zorg de realisatie van vernieuwende gemeenschappelijke wooninitiatieven en verspreid ik kennis over innovatieve wooninitiatieven en lokale gebiedscoalities via kennisprogramma's bij Platform 31.

Met het actieprogramma *Werken in de Zorg* zet ik me, samen met de Minister van MZS en de Staatssecretaris, in om de verwachte personeelstekorten zoveel mogelijk terug te dringen. Daarbij richten we ons op meer zorgverleners, en minstens zo belangrijk, het behoud van zorgverleners voor de sector. In het voorjaar hebben we u geïnformeerd over de voortgang van het programma<sup>2</sup>. Dit najaar doen we dat opnieuw.

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij op 4 juli 2019 vragen doen toekomen van de VVD- en de GroenLinks-fractie. De antwoorden op deze vragen zijn in de bijlage bij deze brief terug te vinden.

## **2 De huidige situatie van vraag en aanbod naar verpleeghuiszorg**

In deze paragraaf beschrijf ik de ontwikkelingen in de zorgvraag (indicaties), de capaciteit (intramuraal, thuis, pgb) en de wachtlijst in de periode 2015–2018.

### *2.1 Ontwikkeling van de zorgvraag (Wlz-indicaties)*

Voor alle mensen die een beroep op de Wlz wordt door het CIZ vastgesteld of zij gezien hun zorgvraag, recht hebben op Wlz-zorg. Het CIZ duidt het recht op zorg in zorgprofielen. Een zorgprofiel is een indicatie van de zorgbehoefte die iemand heeft. Oftewel een zorgprofiel beschrijft hoeveel en wat voor zorg iemand nodig heeft. Onderstaande tabel bevat de

<sup>1</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 425

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 361

ontwikkeling van het aantal indicaties vanaf 2015. Indicaties die betrekking hadden op de verzorgingshuizen zijn weggelaten, omdat daar geen nieuwe instroom meer plaatsvindt.

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
	<b>Totaal</b>	<b>138.255</b>	<b>143.170</b>	<b>147.615</b>	<b>156.215</b>

Bron: CBS, monitor langdurige zorg (op basis van ClZ), peildatum november betreffende jaar.

Het aantal zorgprofielen VV4 en met name VV5 stijgt sinds 2015. Dit zijn de profielen waarin de meeste nieuwe cliënten worden geïndiceerd. Per saldo is de geïndiceerde vraag naar verpleeghuiszorg gestegen van 138.255 in 2015 naar 156.215 in 2018. De afgelopen jaren is de groei gemiddeld ongeveer 4% per jaar. Overigens is het niet zo dat alle mensen met een indicatie deze (volledig) verzilveren.

## 2.2 Ontwikkeling van de capaciteit

Capaciteit wordt gedefinieerd als «plekken» waar mensen zorg kunnen krijgen. Sinds het loslaten van de landelijke aanbodsuring in 2009 is er geen systematische registratie van de intramurale capaciteit van verpleeghuizen. Het is daarom niet bekend wat (de ontwikkeling van) het aantal beschikbare plekken is. Daarbij moet worden bedacht dat een aantal verpleeghuisplekken in de afgelopen jaren ook ingezet is als plek waar eerstelijnsverblijf (ELV) wordt geleverd.

Om toch een indruk te kunnen geven heb ik de capaciteit afgeleid van het gebruik van verpleeghuiszorg<sup>3</sup>. Onderstaande tabel geeft een benadering van het aantal instellingsplekken dat gedurende het gehele jaar bezet is. Dit is daarmee een indicator voor de gerealiseerde intramurale capaciteit voor VV 4 t/m 10, verdeeld naar intramurale capaciteit, plaatsen die worden bekostigd met een volledig pakket thuis en pgb.

	intramurale verpleeghuiszorg <sup>1</sup>	2015	2016	2017	2018
4VV	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	23.848	23.904	23.881	23.815
5VV	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	51.071	53.778	55.485	55.979
6VV	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	24.884	25.661	25.942	25.956

<sup>3</sup> Voor alle cliënten met een Wlz-indicatie is het zorggebruik (aantal gedeclareerde zzp-dagen) opgeteld. Dat is gedeeld door 365 dagen. Dat resulteert in het aantal plaatsen dat het gehele jaar beschikbaar moet zijn. Omdat er altijd wel enige capaciteit niet wordt benut (vanwege verhuizingen e.d.) is dit verhoogd met 2,5%. Daarmee wordt de beschikbare capaciteit benaderd.

	intramurale verpleeghuiszorg <sup>1</sup>	2015	2016	2017	2018
7VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	13.864	12.668	11.533	10.583
8VV	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	2.429	2.256	2.157	2.029
9VVB	Herstelgerichte verpleging en verzorging	554	613	691	791
10VV	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	175	104	74	182
	totaal intramurale verpleeghuiszorg <sup>2</sup>	116.826	118.985	119.762	119.335
	volledig pakket thuis <sup>3</sup>	3.862	4.905	6.206	7.523
	persoonsgebonden budget <sup>4</sup>	5.800	7.705	8.650	9.200
	totaal	126.488	131.595	134.618	136.058

<sup>1</sup> Bron zorg in natura: rapportage ZINL aan VWS over 4e kwartaal 2018

<sup>2</sup> Exclusief de zzp's 1 t/m 3

<sup>3</sup> Bron: Vektis

<sup>4</sup> Bron: monitor langdurige zorg

Er zijn ook mensen die verpleeghuiszorg ontvangen die wordt betaald met een modulair pakket thuis (mpt). Uit informatie van het Zorginstituut blijkt dat het aantal mensen met een mpt ieder jaar toeneemt. Zie hieronder.

	2017	2018	2019
Modulair pakket thuis	6.169	6.803	7.644

Bron: uitvoeringsinformatie Zorginstituut; aantallen personen op peildatum 1 januari (Van de jaren vóór 2017 zijn er geen vergelijkbare cijfers.).

In de periode 2015 t/m 2018 was de groei van de capaciteit verpleeghuiszorg inclusief pgb en vpt ongeveer 2,5% per jaar (van 126.488 naar 136.058 plaatsen).

De groei van de capaciteit werd voor 1% per jaar gerealiseerd in het traditionele verpleeghuis (van 116.826 naar 119.335 plaatsen). Daarbij moet wel worden bedacht dat een aantal verpleeghuisplekken in de afgelopen jaren ingezet is als plek waar ELV wordt geleverd.

De overige leveringsvormen (vpt, pgb en mpt) zijn procentueel sterker gegroeid. Het vpt is in de periode 2015 – 2018 bijna verdubbeld (van 3.862 naar 7.523), het pgb is in dezelfde periode gegroeid met 59% (van 5.800 naar 9.200). In de periode 1-1-2017 t/m 1-1-2019 is het aantal cliënten met mpt met 24% gestegen (van 6.169 naar 7.644). De groei van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie is dus vooral buiten de traditionele intramurale instellingen opgevangen. Daarbij dient te worden opgemerkt dat cliënten ook in wooninitiatieven kunnen verblijven, waarin zij in een geclusterde setting via vpt of pgb op basis van scheiden van wonen en zorg hun zorg krijgen. Dit zijn alternatieven voor de meer traditioneel bekostigde verpleeghuisplekken. Deze verschuiving hangt ook samen met de veranderende voorkeur van cliënten.

### 2.3 Wachtlijsten en wachttijden

Zorgaanbieders en zorgkantoren houden van elke cliënt, waarbij het niet lukt om direct een plek te vinden, de wachtstatus bij. Hieronder is de ontwikkeling van het aantal wachtenden weergegeven. De Treeknorm is een streefnorm voor de tijd waarbinnen een cliënt de zorg zou moeten ontvangen en bedraagt maximaal 6 weken.

Cliënten die een Wlz-indicatie hebben, maar nog wachten op een plek in een verpleeghuis, kunnen Wlz-zorg thuis ontvangen (zoals verpleging, verzorging, dagbesteding). Niet iedereen maakt daarvan gebruik, bijvoorbeeld omdat zij (nog) in het ziekenhuis liggen of omdat de mantelzorg toereikend is.

Cliënten die «actief wachtend» zijn, worden door het zorgkantoor actief bemiddeld. Voor «niet-actief wachtenden» wordt niet actief bemiddeld. Ze hebben aangegeven dat actieve bemiddeling (nog) niet nodig is of hebben een aanbod ontvangen, maar maken daar geen gebruik van. Uit navraag bij zorgkantoren blijkt dat de meest voorkomende argument voor cliënten om het aanbod af te wijzen de afstand ten opzichte van de huidige woonsituatie was. Cliënten dienen zelf aan te geven of zij weer actief bemiddeld willen worden. Periodiek neemt het zorgkantoor contact op met deze cliënten met de vraag hoe het gaat en of zij behoefte hebben aan bemiddeling.

Het aantal wachtenden is in de afgelopen jaren gestegen. Dit geldt zowel voor het aantal actief wachtenden langer dan de Treeknorm als voor het aantal niet actief wachtenden. Uit deze cijfers blijkt dat de toenemende vraag naar een passende plek in een verpleeghuis niet langer wordt bijgehouden door de ontwikkeling van het aanbod van verblijfsplekken.

In voorgaande rapportages over de wachtlijsten werden geen cijfers gepresenteerd over actief wachtenden korter dan de Treeknorm. Het aantal actief wachtenden korter dan de Treeknorm werd gezien als een soort «werkvoorraad» voor het zorgkantoor. In de onderstaande tabel is ook het aantal actief wachtenden korter dan de Treeknorm opgenomen omdat ook in deze cijfers een stijgende trend te zien is. Een stijging van het aantal actief wachtenden korter dan de Treeknorm duidt erop dat er een toenemend beroep wordt gedaan op de actieve bemiddeling door zorgkantoren om snel een passende plek te vinden voor cliënten met een indicatie. In onderstaande tabel zijn de wachtlijstcijfers opgenomen per 1 april van de jaren 2017 t/m 2019 om daarmee een trend te schetsen. Daarnaast zijn de meest recente cijfers (per 1 juli 2019) opgenomen.

Peildatum	1-apr-17	1-apr-18	1-apr-19	1-juli 2019
Actief wachtend > Treeknorm	41	73	179	159
Waarvan zonder zorg uit Wlz	25	38	31	40
Waarvan met zorg uit Wlz	16	35	148	119
Actief wachtend < Treeknorm	421	880	1.144	1.233
Niet-actief wachtend	8.683	10.583	14.398	14.990
Waarvan zonder zorg uit Wlz	1.446	1.483	990	1.018
Waarvan met zorg uit Wlz	7.237	9.100	13.408	13.972
<b>Totaal aantal wachtenden</b>	<b>9.145</b>	<b>11.536</b>	<b>15.721</b>	<b>16.382</b>

Bron: Zorginstituut Nederland, [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl). (Betreft cliënten VV4 t/m 10)

In onderstaande tabel is een uitsplitsing opgenomen van het aantal niet-actief wachtenden naar zorgprofiel.

Niet-actief wachtenden	Omschrijving zorgprofiel	1-apr-2017	1-apr-2018	1-apr-2019	1-juli-2019
VV4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	2.787	3.572	5.031	5.209
VV5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	4.607	5.572	7.515	7.870
VV6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	1.028	1.208	1.632	1.702

Niet-actief wachtenden	Omschrijving zorgprofiel	1-apr-2017	1-apr-2018	1-apr-2019	1-juli-2019
VV7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	123	97	98	106
VV8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	46	58	64	58
VV9	Herstelgerichte verpleging en verzorging	79	76	57	45
VV10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	13	0	1	0
Totaal		8.683	10.583	14.398	14.990

Bron: Zorginstituut Nederland, [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl).

Mensen op de wachtlijst hebben een Wlz indicatie en komen daarmee in aanmerking voor Wlz-zorg. Een plek in een verpleeghuis hoeft voor niet actief wachtenden niet altijd direct nodig of gewenst zijn, maar kan dat wel worden. Ook is het mogelijk dat iemand tijdelijk op een locatie verblijft en later verhuist naar de locatie van zijn/haar voorkeur. Wel is het zo dat het ten opzichte van de AWBZ een groep cliënten betreft met een zwaardere zorgvraag, waarbij de noodzaak om integrale zorg te ontvangen groter is. Het is daarom wenselijk om voor deze groep nader te verkennen waarom zij geen gebruik maken van actieve wachtlijst bemiddeling. Ik zal de komende periode met de zorgkantoren en met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties bezien hoe het mogelijk is om beter inzicht in deze groep te krijgen. Ik zal hierop terugkomen in de reeds genoemde brief in december 2019.

#### *Instroom intramurale Wlz*

De helft van de cliënten die in een verpleeghuis worden opgenomen, komt vanuit de thuissituatie. De andere helft komt veelal na revalidatiezorg (GRZ), eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuiszorg terecht in het verpleeghuis. Deze laatste groep cliënten wordt vaak in een instelling opgenomen zonder dat zij op de wachtlijst hebben gestaan. Vaak wordt – in verband met de urgentie – eerst een plek in een instelling gevonden en krijgen zij met terugwerkende kracht een Wlz-indicatie. In geval van urgentie of crisis wordt vrijwel altijd op tijd een plaats gevonden. Het vinden van een plek is ook dan niet altijd eenvoudig, zeker rond en in het weekend. In dergelijke situaties is het vaak niet mogelijk om de cliënt de plek van zijn voorkeur aan te bieden. Ook voor cliënten die tijdig anticiperen op gebruik van de Wlz (zij laten zich vroegtijdig al op een wachtlijst plaatsen bij de zorgaanbieder van hun voorkeur) geldt dat zij geen garantie hebben dat zij daadwerkelijk bij de voorkeursaanbieder terecht kunnen doordat meer urgente gevallen voor gaan.

#### *Onderscheid actief – niet-actief wachtend*

De motie van het lid Agema (Kamerstuk 31 765, nr. 420) vraagt om het heroverwegen van het onderscheid tussen actief wachtend en niet-actief wachtend, omdat alle cliënten wachten. Ik heb toegezegd om te zoeken naar een adequate presentatie van de wachtlijstcijfers.

Ik heb het onderscheid besproken met de zorgkantoren, want zij hebben zorgplicht. De zorgkantoren vinden het onderscheid functioneel. Actief wachtend drukt uit dat er sprake is van urgentie en dat actieve bemiddeling nodig is om snel een plaats te vinden. Door het onderscheid te laten vervallen, is niet meer bekend welke cliënten actief bemiddeld willen worden. Juist om de cliëntwensen ten aanzien van de bemiddeling scherp in beeld te houden, is het handhaven van het onderscheid wenselijk.

Wel is het van belang dat zij ook voor de groep die nu als niet actief wachtend geregistreerd staat goed op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt, zijn voorkeur, de thuissituatie, de urgentie en de opnamewens. Zorgkantoren willen daarom meer zichtbaar zijn, investeren in betere cliëntondersteuning en communicatie en investeren in het digitaal delen van informatie. Met de zorgkantoren is afgesproken dat zij ook met niet-actief wachtenden regelmatig contact opnemen om te horen hoe het gaat. Deze informatie kan ook leiden tot meer inzicht in de groep niet actief wachtenden.

Ik heb in het overzicht van de wachtlijstcijfers ook de cijfers gepresenteerd van het aantal actief wachtenden korter dan de Treeknorm om daarmee een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de wachtlijsten.

Het feit dat de helft van de cliënten niet vanuit de thuissituatie naar een verpleeghuis gaat (en zij vaak niet op de wachtlijst staan) maakt dat de wachtlijstcijfers niet een compleet beeld geven. Ik wil indachtig de motie-Agema in overleg met betrokken partijen bezien hoe ik de informatie hierover verder kan verbeteren.

#### *2.4 De vraag groeit sneller dan het aanbod*

De cijfers laten zien dat het aantal mensen met een Wlz-indicatie de afgelopen jaren sneller is gegroeid dan de intramurale capaciteit. Cliënten verzilverden hun indicatie in toenemende mate met een pgb, vpt of mpt. Ook de wachtlijsten zijn toegenomen. In de beleidsagenda van de ontwerpbegroting 2020 is aangegeven dat de grootste opdracht van de vergrijzing nog voor ons ligt. Begin 2019 waren er circa 1,9 miljoen 75-plussers (8,1% van de bevolking). Over 20 jaar zijn er naar verwachting bijna 2,6 miljoen 75-plussers (14,2% van de bevolking). Het aantal mensen boven de 90 jaar verdrievoudigt bijna. Het aantal mensen boven de 100 jaar verviervoudigt. Deze trends stellen ons voor het vraagstuk hoe voor de toekomst over voldoende capaciteit te blijven beschikken.

### **3 Balans tussen zorgbehoefte en capaciteit nu en straks**

Het stelsel van langdurige zorg kent diverse waarborgen voor de toegankelijkheid van de verpleeghuiszorg. In dit hoofdstuk ga ik in op de wijze waarop de balans tussen zorgbehoefte en zorgaanbod tot stand moet komen.

#### *3.1 Regie in de regio*

Zorgaanbieders en zorgkantoren zullen er in gezamenlijkheid voor moeten zorgen dat er voldoende capaciteit beschikbaar is voor ouderen. Randvoorwaarde hierbij is dat het budgettaire kader voldoende is (zie volgende paragraaf). Zorgkantoren hebben op basis van de Wet langdurige zorg zorgplicht. Om deze zorgplicht uit te voeren sluiten zorgkantoren contracten met de zorgaanbieders in de regio. In deze contracten worden afspraken gemaakt over de aard, doelmatigheid, prijs, kwaliteit en omvang van de zorg.

Zowel zorgaanbieders als zorgkantoren kijken vooruit. Op basis van ervaringen uit het verleden en inschattingen van de ontwikkeling van de vraag schatten zij de benodigde capaciteit in. Voor de zorgaanbieders betekent dit periodiek bezien van hun vastgoedplanning, de renovatie of zelfs herbouw daarvan en/of capaciteitsuitbreidingen. Dit bespreken zij met de zorgkantoren. Om capaciteitsuitbreidingen te kunnen realiseren zijn zorgaanbieders niet alleen afhankelijk van financiering door het zorgkantoor, maar ook van het gemeentelijke beleid en het betreffende



bestemmingsplan. Ook de beschikbaarheid van personeel is een bepalende factor bij besluitvorming over capaciteitsuitbreiding.

#### *Zorgplicht in de regio: zorgbemiddeling en informeren van cliënten*

Met de invoering van de Wlz heeft het zorgkantoor ook een belangrijke taak gekregen bij het informeren van zijn verzekerden. Onderdeel hiervan is de zorgbemiddeling nadat de indicatie door het CIZ is gesteld. Als er een plek is bij de aanbieder die de cliënt wenst, zal de rol van het zorgkantoor in de praktijk beperkt zijn. Deze bemiddeling wordt dan overgenomen door de voorkeursaanbieder. Wettelijk blijft het zorgkantoor echter verantwoordelijk.

Indien er geen plek is bij de aanbieder van voorkeur, dan moet het zorgkantoor de cliënt wijzen op de mogelijkheid van verschillende leveringsvormen en op het beschikbare zorgaanbod in de regio. Deze informatie dient het zorgkantoor overzichtelijk openbaar te maken. Zorgkantoren kunnen cliënten hierbij ook wijzen op de kwaliteit van de regionale zorgaanbieders.

Zorgkantoren informeren zelf cliënten bij (algemene) vragen en hebben een rol in de zorgbemiddeling. Ze kunnen cliënten ook wijzen op de onafhankelijke cliëntondersteuning onder de Wlz. Deze cliëntondersteuning wordt ingekocht door de Wlz-uitvoerder bij cliëntorganisaties.

#### *Voor nu en voor straks*

Inherent aan de zorgplicht van de zorgkantoren is dat zij het inkoopbeleid in de regio (binnen hun mogelijkheden en verantwoordelijkheden) zo vormgegeven, dat er ook voor de langere termijn voldoende en passende capaciteit beschikbaar is. Dat betekent dat de zorgkantoren zich op de hoogte moeten stellen van de langjarige vraagontwikkeling in hun regio en in aansluiting daarop afspraken moeten maken met de zorgaanbieders. Uiteraard moeten zij zich daarbij kunnen baseren op betrouwbare informatie over de ontwikkeling van de vraag en het aanbod op de langere termijn. De NZa houdt toezicht op de zorgkantoren in de naleving van hun zorgplicht.

#### *3.2 Budgettair kader*

Om zorgkantoren en zorgaanbieders in staat te stellen goede afspraken te maken, stel ik de omvang van het budgettair Wlz-kader voorafgaand aan het betreffende jaar vlak na Prinsjesdag vast in de definitieve kaderbrief Wlz. Hierbij betrek ik eveneens de nominale ontwikkeling, de beschikbare middelen voor volumegroei (hierna: groeimiddelen) en de effecten van maatregelen (zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg).

Lopende het zorgjaar onderzoekt de NZa of de omvang van het beschikbare macrobudget en de gehanteerde verdeling over de regio's nog steeds voldoet met het oog op de ontwikkeling van de realisatiecijfers. De NZa adviseert mij op grond van dit onderzoek in mei en augustus over de toereikendheid van het Wlz-kader en de inzet van de herverdelingsmiddelen die ik voorafgaand aan het jaar reserveer. Deze systematiek maakt het mogelijk dat groeimiddelen gericht ingezet kunnen worden. Dit komt de doelmatige besteding van publieke middelen ten goede.

De basis voor de nominale ontwikkeling en de beschikbare groeimiddelen wordt gevormd door de middellangetermijnraming voor de zorguitgaven (MLT-zorg) bij ongewijzigd beleid van het CBP. Voor wat betreft de omvang van de beschikbare groeimiddelen is de MLT-raming een



belangrijke richtlijn. Hierin wordt onder andere rekening gehouden met demografie en epidemiologie.

Bij het vaststellen van de groeiruimte voor een bepaald jaar in de definitieve kaderbrief WLz kijk ik, naast de MLT-zorg, ook naar de gerealiseerde volumegroei in het verleden en stel ik eventueel de geraamde groei van het CPB voor enig jaar bij. Voor een cijfermatige toelichting verwijs ik naar het antwoord op vraag 9 van de VVD-fractie in de bijlage.

#### **4 Nadere acties**

##### *4.1 Toezegging aan de Tweede Kamer: stand van zaken capaciteit*

Tijdens het algemeen overleg over de verpleeghuiszorg op 20 februari van dit jaar (Kamerstuk 31 765, nr. 398) heb ik u toegezegd onderzoek te laten doen naar de beschikbare capaciteit. Dit was naar aanleiding van de vraag van mevrouw Agema over een mogelijke bouwopgave voor extra verpleeghuisplekken. Ik heb toegezegd onderzoek te laten doen om op basis van demografische ontwikkelingen de bouwopgave voor verpleeghuiszorg voor de aankomende 5, 10 en 20 jaar in kaart te brengen. Ik heb een consortium bestaande uit TNO, Zorginstituut Nederland, CBS en RIVM gevraagd dit onderzoek uit te voeren. In dit onderzoek wordt gekeken naar de intramurale verpleeghuiszorg. Genoemde partijen zullen, in afstemming met ZN, hun gegevens naast elkaar leggen en samenbrengen in een model waarmee de ontwikkeling van de vraag (demografie en ziektebeelden) wordt samengebracht met de beschikbare capaciteit. Ook kunnen in dit model beleidsvarianten in beeld worden gebracht, zoals meer innovaties in wonen en/of meer gebruik van technologie opdat langer thuis wonen gemakkelijker wordt. Met dit model kunnen beleidsscenario's worden doorgerekend op basis waarvan de bouwopgave per regio kan blijken. De planning is dat het onderzoek voor het eind van dit jaar aan de Tweede Kamer wordt gestuurd.

Goed inzicht in de capaciteit ontbreekt nu nog. In december wordt het beeld op dit punt verder gecompleteerd. Ik zal de brief in december gebruiken om aan uw Kamer voor te leggen welke stappen ik de komende periode voor mij zie om, ook in relatie tot de contourennota, de toegang tot verpleeghuiszorg voor de toekomst te blijven waarborgen.

##### *4.2 Facilitering regionaal en landelijk inzicht*

Goede informatievoorziening voor zowel de regio als voor landelijk gebruik is van belang. Goede prognoses over de effecten van ontwikkelingen in o.a. technologie, wonen, de manier waarop wij samenleven etc. voorkomen verrassingen en kunnen helpen beter in te spelen op die vraag. Goede, onomstreden informatie over de in de toekomst benodigde zorgcapaciteit is nodig voor zowel de zorgkantoren als de zorgaanbieders. Het helpt zorgkantoren de zorgplicht in hun regio op de (middel)lange termijn waar te kunnen blijven maken. Dergelijke informatie is ook van belang voor zorgaanbieders, zodat zij in hun bouwplannen, werving van zorgverleners en bedrijfsvoering rekening kunnen houden met de eisen van de toekomst.

Bedoelde informatie kan in de toekomst ook aangrijpingspunten gaan geven voor het toezicht van de NZa op de zorgkantoren. Immers als de plannen van zorgkantoren niet aansluiten op wat de toekomst vraagt, moeten zorgkantoren daarop aangesproken kunnen worden.

Ik zal de bestaande informatiebronnen de komende periode nader in kaart brengen en nagaan in hoeverre deze zijn samen te brengen, opdat de informatievoorziening zoals hiervoor geschetst tot stand gebracht kan worden. Ook zal ik nagaan of het mogelijk is om met de bestaande gegevensbronnen de informatievoorziening aan zowel de regio als voor landelijk gebruik te verbeteren. Ik kom daar in de brief van december 2019 over het capaciteitsonderzoek op terug. Hierbij ga ik tevens in op de motie van de leden Slootweg en Ellemeet<sup>4</sup>.

#### *4.3 Informatievoorziening voor Tweede Kamer*

Tijdens het algemeen overleg over de verpleeghuiszorg op 25 juni 2019 is o.a. gevraagd of de nu voorliggende brief een jaarlijks terugkerende brief zou kunnen worden. Ik heb daarop positief gereageerd en aangegeven dat het zaak is goed te kijken hoe we een dergelijke nieuwe, structurele rapportage kunnen vormgeven. In deze brief heb ik de nu bekende ontwikkelingen van de afgelopen jaren samengevat en geordend. Tegelijkertijd volgt nog het onderzoek dat TNO, Zorginstituut Nederland, CBS en RIVM uitvoeren. Ook daarover wil ik met de Tweede Kamer spreken. Daarop vooruitlopend kan ik mij evenwel goed voorstellen dat wij eens in de vier jaar aan de Tweede Kamer een brief met de relevante trends en ontwikkelingen doen toekomen. Immers, trends wijzigen niet zo snel. In de vorige paragraaf heb ik aangegeven dat ik wil bezien hoe de toekomstgerichte informatievoorziening een structurele plaats kan krijgen in ons informatiebestel. Het periodiek opstellen van een trend- en ontwikkelingsrapportage kan hiervan een onderdeel vormen.

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

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 423