

Voortgangsrapportage project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen.

1. Inleiding

Vanaf 2018 is een sterkere toename zichtbaar van de wachtlijsten verpleeghuizen, die duidt op een knelpunt met betrekking tot de verpleeghuiscapaciteit op dit moment. Daarnaast is het van belang om zicht te hebben op de behoefte aan verpleeghuiscapaciteit op de langere termijn. In december 2019 heb ik u de studie aangeboden van TNO over de verwachte behoefte aan verpleeghuiscapaciteit tot 2040¹. Op 12 januari en 15 februari 2020 heb ik met uw Kamer overleg gevoerd over dit onderwerp. De conclusie van het overleg was dat er een grote opgave ligt om aan de behoefte aan verpleeghuiszorg te kunnen blijven voldoen.

Om tot de gewenste resultaten te komen (snellere toeleiding van cliënten naar het verpleeghuis) heb ik in het voorjaar van 2020 de regie op me genomen en alle betrokken partijen verenigd in een stuurgroep die alle activiteiten coördineert.

Aan de invulling van de opgave kan het beste regionaal tegemoet worden gekomen, omdat de opgave en de mogelijkheden om deze opgave in te vullen regionaal verschilt. Ik heb aan de Tweede Kamer toegezegd dat nog dit jaar regioplannen aan de Tweede Kamer worden gepresenteerd, waarin de voorziene aanpak is geschetst, dit in het verlengde van een tweetal Kamerstukken die aandringen op een snelle aanpak van de gesignaleerde knelpunten². Ook is aangedrongen op een herziening van de wachtlijstregistratie³ omdat de huidige indeling in actief en niet actief wachtenden onvoldoende inzicht geeft in de groep die bemiddeld moet worden naar een verpleeghuisplek. Daarenboven heb ik toegezegd dat ik voor het eind van 2020 een gebouwenregistratie zal vormgeven.

Door de coronacrisis is de situatie van de verpleeghuizen in een ander daglicht komen te staan. De aandacht van de verpleeghuizen is nu vooral gericht op het beheersen van de coronacrisis waarbij letterlijk het leven van de bewoners op het spel staat. Alles wordt in het werk gesteld om de blootstelling aan het virus te voorkomen en de gevolgen zoveel mogelijk in te perken. Tegen deze achtergrond heb ik u in mijn brief van 20 april 2020⁴ aangegeven dat, anders dan ik eerder in het debat van 15 februari heb toegezegd, ik me zou beperken tot het versturen van één brief. Ondanks de druk van de coronacrisis, hebben de betrokken landelijke partijen ActiZ, NZa, Zorgkantoren, ZN, Zorginstituut en CIZ, zich ingespannen om ook activiteiten te ontplooiën gericht op het tijdvak na de coronacrisis. Deze voortgangsrapportage geeft inzicht in de activiteiten die in het eerste half jaar van 2020 zijn verricht.

2. Ontwikkeling van de wachtlijstcijfers

Via het Zorginstituut worden maandelijks de wachtlijstcijfers geactualiseerd. Op dit moment zijn de wachtlijstcijfers tot en met begin april bekend. De ontwikkeling is in tabel 1 weer gegeven.

Tabel 1: Wachtlijstcijfers Wlz V&V-sector 2019-2020

Peildatum	1-apr-19	1-jan-20	1-feb-20	1-mrt-20	1-apr-20
Actief wachtend > Treeknorm	179	328	309	324	270
Waarvan zonder zorg uit Wlz	31	99	68	79	69
Waarvan met zorg uit Wlz	148	229	241	245	201
Actief wachtend < Treeknorm	1144	1614	1802	1477	1459
Niet actief wachtenden	14398	18117	18055	18693	19377
Waarvan zonder zorg uit Wlz	990	1379	1313	1292	1251
Waarvan met zorg uit Wlz	13408	16738	16742	17401	18126
Totaal wachtenden	15721	20059	20166	20494	21106

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

¹ TNO: "Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg", 17 december 2019

² Kamerstukken II 2019/2020, 31 765, nr 473 Motie Laan-Bergkamp en nr 474 Motie Van der Staaij c.s.

³ Kamerstukken II 2019/2020, 31 765, nr 467 Motie Sazias c.s.

⁴ Kamerstukken II, 2019/2020, 34 104, nr 278

Uit tabel 1 blijkt dat de grote toename van het aantal wachtenden vooral in 2019 heeft plaatsgevonden. In 2020 is de toename van het aantal wachtenden beperkter. Het aantal actief wachtenden is afgenomen, net als het aantal wachtenden zonder zorg vanuit de Wlz. De toename in 2020 concentreert zich op de niet-actief wachtenden. Hierbij kan ook een relatie worden gelegd met de coronacrisis. Bij niet actief wachtenden betreft het vooral cliënten waarbij de huidige zorgverlening voldoet maar die een voorkeur hebben voor een specifieke locatie. Door de huidige bezoeksregeling en het feit dat op het hoogtepunt van de crisis in 40% van de verpleeghuislocaties sprake was van een coronabesmetting⁵, zien met name niet actief wachtenden af van een plaats in het verpleeghuis. In hoofdstuk 5 ga ik in op een voorgestelde nieuwe wachtlijstindeling (per 2021).

3. Proces

Alle partijen zijn zich bewust van de urgentie van het vraagstuk met betrekking tot de wachtlijsten en de capaciteit. Onder leiding van VWS is vanaf februari 2020 een aantal gerichte acties in gang gezet. Bij de uitvoering van de acties gericht op deze twee onderwerpen zijn de volgende partijen betrokken:

- ZN en de zorgkantoren
- ActiZ
- NZa
- Zorginstituut
- CIZ
- BZK
- VWS

Om de acties gericht op de capaciteit verpleeghuizen af te stemmen met de activiteiten van de Taskforce Wonen en Zorg (onderdeel van het programma "Langer Thuis") is ook de voorzitter van de Taskforce (Hans Adriani) als lid van de 'Stuurgroep capaciteit verpleeghuizen' betrokken.

Conform de doelstelling zijn voor de zomer de volgende activiteiten afgerond:

- Nader onderzoek naar onder meer de ontwikkeling van het aantal indicaties (hoofdstuk 4)
- Een nadere analyse van de huidige wachtlijsten uitmondend in een overzicht per zorgkantorregio van het verschil tussen de behoefte en het aanbod aan verpleeghuiszorg en een herdefiniëring van de wachtlijstindeling (hoofdstuk 5).
- Inzicht in de huidige capaciteit per regio alsmede de bouwplannen van de zorgaanbieders (hoofdstuk 6).
- De technische prognose in het rapport van TNO van december 2019 aangevuld met de effecten van grote trends op de behoefte aan verpleeghuiszorg in de komende 20 jaar en een vertaling daarvan naar de regio's (hoofdstuk 6 en 9).

Vervolgens kunnen dan in het najaar door alle zorgkantorregio's regioplannen worden ontwikkeld waarbij uitgaande van de regionale opgave stappen worden gezet om invulling te geven aan deze opgave op korte en langere termijn.

4. Onderzoeksactiviteiten

In de afgelopen periode hebben er vier onderzoeksactiviteiten plaatsgevonden, die ik nader zal toelichten.

4.1 Ontwikkeling Wlz-indicaties

Om meer inzicht te krijgen in de recente ontwikkelingen is een analyse van de volumeontwikkelingen opgesteld. Hierbij is met de stakeholders onder andere gekeken naar de ontwikkeling van het aantal door het CIZ afgegeven Wlz-indicaties. Ook heeft het CBS ten behoeve van de analyse verschillende maatwerktabellen aangeleverd waarmee een beeld is verkregen van de dynamiek in de verpleeghuissector. Aan de hand van dit cijfermateriaal zijn mogelijke verklaringen getoetst.

Uit de analyse komt het beeld naar voren van een stijgende zorgvraag en dat de stijging van het aanbod van verpleeghuiszorg hierbij achterblijft. Cliënten kiezen hierdoor vaker voor extramurale leveringsvormen maar hebben al dan niet op termijn wel een opnamewens. Er is een mix van mogelijke oorzaken te geven, maar de invloed per oorzaak is moeilijk te bepalen.

⁵ Bron: RIVM

Vast staat dat de demografische ontwikkeling een belangrijke oorzaak is in de groei van de zorgvraag. Het aantal Nederlanders van 80 jaar of ouder neemt snel toe. Van hen had 14,1% in 2015 een hoge VV-indicatie (VV4-10). Tussen begin 2015 en eind 2019 groeide het aantal 80-plussers in de bevolking met 88.000. Dat is een groei van ca. 12%. Indien het aantal cliënten met een hoog VV-profiel ook 12% zou zijn toegenomen, zou de toename van het aantal cliënten met een indicatie 12.000 zijn geweest. De werkelijke groei van het aantal cliënten met een hoge VV-indicatie bedroeg echter 20.000. Ruim 60 procent van die groei was dus al te verwachten op grond van een toename van het aantal ouderen in de bevolking.

Tabel 2: Bevolking en indicaties 80 jaar en ouder

	Q1 2015	Q4 2019	Groei
Bevolking 80 jaar of ouder	730.925	818.510	87.585
Aantal cliënten 80 jaar of ouder met hoge VV indicatie (4VV-10VV)	103.100	123.080	19.980
Aandeel personen van 80 jaar of ouder in de bevolking met hoog zzp-VV (4VV-10VV)	14,1%	15,0%	
Verwacht aantal personen van 80 jaar of ouder met hoog zzp-VV (obv toename aantal 80-plussers)	103.100	115.454	12.354

Bron: CBS/CIZ

Daarnaast speelt waarschijnlijk mee dat het aantal cliënten dat in een vroegtijdig stadium een Wlz-indicatie aanvraagt is toegenomen. Deze toename zien we nadat in 2018 maatregelen zijn genomen om een zorgval te voorkomen, waaronder het openstellen van de extra kosten thuisregeling (EKT) voor alle cliënten met MPT (zonder directe opnamewens)⁶. Uit de evaluatie van deze maatregelen bleek dat de maatregelen positieve uitkomsten hadden en dat in het overgrote deel van de gevallen cliënten hun zorg in de thuissituatie kunnen behouden bij een overstap naar de Wlz⁷. Het betreft vooral ouderen die wel voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz en willen wachten op een plek bij een voorkeursaanbieder maar nog geen opnamewens hebben voor de korte termijn. Zorgkantoren constateren op grond van een steekproef dat juist deze groep ruim is vertegenwoordigd in de wachtlijstregistratie. De cliënten die uit voorzorg een Wlz-indicatie vragen, zijn niet zozeer beter af in de Wlz, maar aangezien zij wel een Wlz-profiel hebben, kunnen gemeenten en verzekeraars deze cliënten doorverwijzen naar de Wlz.

De dynamiek in de sector is beïnvloed door de extramuralisering. De totale groei van het aantal indicaties in de V&V-sector is in de periode 2015-2018 beperkt gebleven, omdat de groei van de hoge zzp's gecamoufleerd werd door een daling van het aantal cliënten met een laag zzp. De uitstroom van cliënten met een laag zzp (VV1, VV2 en VV3) is echter de laatste jaren afgenomen. De totale groei in de V&V-sector wordt daarom nu bepaald door de groei van het aantal zorgvragers met een hoog zzp. Bij de inwerkingtreding van de Wlz hadden nog 24.000 cliënten een laag VV-zzp. Eind 2019 waren dat er nog ruim 3.500. Cliënten met een laag zzp ontvangen Wlz-zorg op grond van het overgangsrecht. Van een sterke trendmatige groei van vooral de cliënten met een VV4, VV5 en VV6 was ook al sprake in de AWBZ-periode. De stijging van het aantal cliënten met indicatie VV5 is een trend die samenhangt met de toename van dementie in de samenleving.

Inmiddels zijn we op een punt gekomen dat er veel minder cliënten met een laag zzp zijn overgebleven. Dientengevolge is in de verpleeghuizen de natuurlijke uitstroom van deze cliënten ook zeer klein geworden.

Een andere belangrijke verklaring voor het beeld is gelegen in externe factoren die de gemiddelde verblijfsduur beïnvloeden. De nieuwe instroom in de verpleeghuizen is afhankelijk van het aantal cliënten dat uitstroomt, in de meeste gevallen door overlijden. Deze kent een zekere seizoensinvloed. Daarnaast is het effect van de griep epidemie goed zichtbaar in de sterftcijfers van begin 2018. Het uitblijven van een griep epidemie heeft een toename van de verwachte verblijfsduur tot gevolg. Uit de analyses op basis van CBS-gegevens blijkt dat vanaf medio 2018 het aantal nieuwe Wlz-clieënten met een VV-indicatie hoger is dan de uitstroom door overlijden. Uit gegevens van Zilveren Kruis en CZ blijkt dat het aantal cliënten met een verblijfsduur langer dan 15 maanden in 2018 is toegenomen van 54% naar 72%. Een toename van de verblijfsduur heeft

⁶ Zie brief van 17 mei 2018, TK 34104, nr. 222.

⁷ Zie brief van 6 juni 2019, TK 34104, nr. 251.

tot gevolg dat er minder plekken vrij zijn gekomen voor nieuwe cliënten waardoor de wachtlijstproblematiek in deze periode is toegenomen.

4.2 Ontwikkeling van VPT/MPT/pgb

Uw Kamer heeft gevraagd om bij de analyse aandacht te besteden aan de ontwikkeling van VPT/MPT/pgb⁸. In deze motie van de leden Bergkamp en Ellemeet wordt aangegeven dat het VPT, MPT en pgb leveringsvormen zijn die mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen en ook kunnen leiden tot nieuwe woonzorginitiatieven. Om die reden is gevraagd om het gebruik van VPT, MPT en pgb in groepssetting/geclusterde setting te monitoren. Daarbij wordt ook gevraagd aan te geven hoe vaak VPT en MPT in een individuele woonsituatie worden aangeboden.

In reactie hierop kan ik aangeven dat ik permanent de ontwikkeling van de indicatiestelling en de zorgverlening in de diverse leveringsvormen (intramuraal met een zzp, maar ook via pgb, MPT en VPT) monitor.

In mijn brief van 23 september 2019⁹ heb ik aangegeven dat de groei van het aantal cliënten met een Wlz-indicatie in de sector verpleging en verzorging in de afgelopen jaren vooral buiten de traditionele intramurale instellingen is opgevangen. De groei van de leveringsvormen pgb, MPT en VPT was in de afgelopen jaren zowel procentueel als absoluut groter dan de groei van de traditionele intramurale zorg. In onderstaande tabel is de verdeling opgenomen van de cliënten over de diverse leveringsvormen voor VV 4 t/m VV 8¹⁰ per 1 april 2020. Het aantal cliënten dat intramuraal verblijft is groter naarmate de zorgzwaarte hoger is.

Tabel 3: Cliënten naar leveringsvorm (Wlz: VV 4-8)

cliënten per leveringsvorm (stand 1-4-2020)	geïndiceerd	intramuraal (o.b.v. zzp)	intramuraal in percentage	mpt	pgb (incl combi pgb mpt)	vpt	overbruggingzorg	geen zorg uit Wlz
VV 4	35.564	21.159	59%	2.719	2.188	2.597	5.621	1.280
VV 5	83.485	56.894	68%	4.013	5.620	4.162	11.141	1.655
VV 6	34.707	26.677	77%	1.301	1.936	1.678	2.372	743
VV 7	11.876	11.105	94%	76	220	174	122	179
VV 8	2.849	2.194	77%	85	364	57	68	81
Totaal VV 4 t/m VV 8	168.481	118.029	70%	8.194	10.328	8.668	19.324	3.938

Bron: standgegevens iWlz/Zorginstituut Nederland per 1 april 2020; bewerking VWS

Het totaal aantal cliënten dat zorg ontvangt met VPT, pgb en MPT in de sector verpleging en verzorging is ten opzichte van de aantallen die ik in mijn brief van 23 september 2019 heb gepresenteerd verder toegenomen.

Het aantal V&V-cliënten met pgb is gestegen van ongeveer 9.200 in het 4^e kwartaal 2018 tot ongeveer 10.300 per 1 april 2020 (stijging van 12% in ongeveer anderhalf jaar). Het aantal V&V-cliënten met VPT is gestegen van ongeveer 7.500 in het vierde kwartaal 2018 tot ongeveer 8.700 per 1 april 2020 (een stijging van 15% in anderhalf jaar). Ook het aantal V&V-cliënten met een MPT is gestegen van ongeveer 7.600 per 1 januari 2019 tot ongeveer 8.200 per 1 april 2020 (een stijging van ruim 7% in 15 maanden).

De leveringsvormen pgb en VPT worden zowel in een geclusterde setting geleverd als in de individuele woonsituatie. Daarbij geldt dat het merendeel (exacte verdeling niet bekend) van de VPT-cliënten in een geclusterde setting woont. Bij het pgb kan op basis van het aantal cliënten met een wooninitiatieventoelag bepaald worden hoeveel cliënten er in een geclusterde setting wonen. Dat zijn er in de sector verpleging en verzorging ongeveer 3.000 (stand april 2020). Voor het MPT geldt dat dit vooral ingezet wordt voor zorgverlening in de individuele woonsituatie.

⁸ Kamerstukken II 2019/2020, 31 765, nr 468 Motie Bergkamp en Ellemeet

⁹ TK 2019 – 2020, 31 765, nr. 437

¹⁰ VV 9 en VV 10 zijn kortdurend en om die reden zal de cliënt niet bewust een keuze maken voor een bepaald leveringsvorm.

Al voor het indienen van de hiervoor genoemde motie heb ik in het kader van het uitvoeren van de pgb-agenda een onderzoek uitgezet naar de financiering van kleinschalige woonvormen in de Wlz (zowel intramuraal als via VPT, MPT en pgb). Daarbij komt de vraag over omvang van de diverse vormen van kleinschaligheid aan de orde, maar ook de motieven van zowel zorgvragers als zorgaanbieders om te kiezen voor een bepaald leveringsvorm. Ook de ervaren kwaliteit, hoogte van tarieven, mate van regievoering en wijze van contracteren en daarmee gepaard gaande ervaren administratieve lasten komen aan de orde. De rapporten worden binnenkort aan uw Kamer aangeboden.

4.3 Eigen bijdrage en overbruggingszorg wachtlijst

Uw Kamer heeft ook gevraagd om in beeld te brengen wat de impact en omvang is van de eigen bijdrage die mensen die op de wachtlijst staan, betalen¹¹.

Voor cliënten die op de wachtlijst staan is de volgende eigen bijdragesystematiek van toepassing. Voor de zorg verkregen vanuit de Wlz betaalt de cliënt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De eigen bijdrage in de Wlz is daarmee gebaseerd op de financiële draagkracht van de cliënt. De Wlz kent twee eigen bijdragesystematieken. Voor de intramurale leveringsvorm betaalt de cliënt de zogenoemde hoge eigen bijdrage (HEB), tenzij er een van de uitzonderingsituaties geldt.¹² Voor de extramurale leveringsvormen (VPT, MPT en pgb) betaalt de cliënt de zogenoemde lage eigen bijdrage (LEB).

De cliënten die op de wachtlijst staan en overbruggingszorg via VPT, MPT of pgb ontvangen, ontvangen dezelfde zorg als alle andere cliënten die hebben gekozen voor deze leveringsvormen (en niet op de wachtlijst staan). Beide groepen betalen voor deze zorgvormen de bijbehorende lage eigen bijdrage.

Van de cliënten met een MPT betaalt 72% de minimale eigen bijdrage van € 23,80 per maand. Van de cliënten met een pgb is dit 75%. Dit is nagenoeg gelijk aan het abonnementstarief van € 19,50, zoals dat onder de Wmo2015 wordt betaald.

Voor de leveringsvorm VPT betaalt 51% van de cliënten met deze leveringsvorm de minimale eigen bijdrage van € 168,00 per maand.¹³ De aanspraak van het VPT is echter ruimer gedefinieerd dan het MPT. Het VPT is een integraal zorgpakket, waar bijvoorbeeld het eten en drinken ook onderdeel is van de aanspraak.

4.4 Cliënten met profiel VV4

Op verzoek van uw Kamer besteed ik afzonderlijk aandacht aan de ontwikkeling van het aantal cliënten met een profiel VV4¹⁴. Ik heb de NZa gevraagd om dit onderzoek uit te voeren. Het onderzoek kan in het najaar worden afgerond. De resultaten van dit onderzoek zullen in de volgende voortgangrapportage (december 2020) worden opgenomen.

5. Wachtlijsten verpleeghuizen

Onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland is de huidige wachtlijstinformatie aan een nadere analyse onderworpen. Bij de grotere Wlz-uitvoerders CZ en Menzis zijn cliënten op de wachtlijst individueel benaderd. Vervolgens zijn deze bevindingen ook getoetst bij Zilveren Kruis en VGZ. Dit heeft de volgende inzichten opgeleverd met betrekking tot de zorgbehoefte van cliënten.

Indien de resultaten bij de genoemde Wlz-uitvoerders van toepassing zouden zijn op de gehele wachtlijstpopulatie, dan geldt dat 82% van de cliënten op de huidige wachtlijst (ruim 17.000) aangeeft dat zij momenteel een adequaat zorgarrangement ontvangen en wachten op een plek op hun voorkeurslocatie. Bij deze cliënten zullen het zorgkantoor en de zorgaanbieder actief monitoren of de plek bij de voorkeurslocatie beschikbaar komt.

¹¹ Kamerstukken II, 2019/2020, 31 765, nr. 476 Motie Hijink en Agema.

¹² De uitzonderingssituaties waarbij de lage eigen bijdrage van toepassing is, zijn: de eerste vier maanden van opname, indien de cliënt een thuiswonende partner heeft, als de cliënt moet voorzien in het levensonderhoud van thuiswonende kinderen of als de cliënt naar verwachting terug naar huis kan keren betaalt hij de laatste vier maanden van opname de lage eigen bijdrage.

¹³ Peildatum november 2018, bron CBS

¹⁴ Kamerstukken II, 2019/2020, 31 765, nr. 486 Motie Bergkamp c.s.

Bij de overige 18% van de wachtlijst (bijna 4.000 cliënten) is er de wens tot actieve plaatsing in een verpleeghuis. Voorheen was de aandacht van de zorgkantoren vooral gericht op de actief wachtenden (1.700), maar ook voor de niet actief wachtenden zijn de zorgkantoren beschikbaar voor bemiddeling. Het is de bedoeling dit onderscheid structureel inzichtelijk te krijgen. Vanaf dat moment kunnen zorgkantoren ook hun bemiddelingsactiviteiten meer specifiek richten op de groep die een wens heeft tot actieve plaatsing. In geval van urgentie uiterlijk binnen 4 weken. Zo mogelijk gebeurt dit bij de voorkeurslocatie, maar zeker in geval van urgentie is het dan ook mogelijk dat plaatsing gebeurt bij een niet voorkeurslocatie. De groep die wacht op plaatsing is een dynamische groep, waarbij cliënten van de wachtlijst verdwijnen als zij zijn geplaatst en weer nieuwe cliënten zich aanmelden.

Indien alleen wordt gekeken naar de cliënten die al zorg ontvangen, dan blijkt dat 84% van de cliënten met een Wlz-indicatie zorg met verblijf ontvangen (de overige ontvangen zorg via MPT/VPT of pgb). In 2019 hebben deze cliënten gemiddeld 23 dagen gewacht op opname in het verpleeghuis. De cliënten die nu zorg ontvangen, hebben voor 92% minder dan 6 weken gewacht op deze zorg. Cliënten die nu overbruggingszorg ontvangen staan toch op de wachtlijst omdat zij veelal wachten op een plek van voorkeur.

De primaire aandacht van de zorgkantoren is gericht op de cliënten die een actieve wens en/of noodzaak hebben voor een opname in het verpleeghuis. De zorgkantoren geven aan dat de huidige indeling van de wachtlijstinformatie (naar actief en niet-actief wachtenden) onvoldoende informatie geeft om de plaatsingsactiviteiten op te richten. Immers ook onder de niet-actief wachtenden zijn cliënten die op korte termijn in aanmerking moeten komen voor een plaats in een verpleeghuis.

Tegen deze achtergrond is samen met het Zorginstituut gezocht naar een betere indeling van de wachtlijstregistratie. Het voorstel is nu om vanaf 1-1-2021 te gaan werken met de volgende indeling:

- Urgent plaatsen (plaatsing uiterlijk binnen 4 weken, zo mogelijk bij voorkeursaanbieder)
- Actief plaatsen (plaatsing zo spoedig mogelijk, liefst bij de voorkeursaanbieder)
- Wacht op voorkeur (actief monitoren door zorgkantoren en zorgaanbieder en plaatsing als plek bij voorkeursaanbieder beschikbaar komt of de zorgvraag van de cliënt verandert)

Daarnaast zullen de cliënten worden geregistreerd die geen opnamewens hebben en zelf zullen aangeven wanneer bemiddeling nodig is en opgestart kan worden (wacht uit voorzorg).

Door de aanpassingen in de wachtlijstregistratie verwachten zorgkantoren beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke behoefte van de wachtende cliënt. Daarmee kunnen de zorgbemiddelingsactiviteiten gericht worden ingezet voor cliënten die echt een opnamewens of opname-urgentie hebben.

Het komende half jaar gaan de zorgkantoren hun bemiddelingsactiviteiten herinrichten naar deze nieuwe indeling. Daarbij zullen ook nieuwe kwartaalrapportages worden uitgebracht, die inzicht bieden in de regionale wachtlijstsituatie.

Eind 2020 hebben alle zorgkantoren regioplannen opgesteld waarin de regionale inzichten met betrekking tot de vraag- en aanbodontwikkeling zijn opgenomen. Zorgkantoren geven inzicht in het huidige zorgaanbod zowel met vastgoedcapaciteit (intramuraal en geclusterd VPT) als in de overige zorgcapaciteit via MPT.

Zorgkantoren inventariseren de bouwplannen van zorgaanbieders in de regio en maken samen met alle betrokken stakeholders een uitvoeringsagenda met procesafspraken waaruit de activiteiten blijken die op korte termijn worden ondernomen om in de toenemende zorgvraag van Wlz-clieënten te voorzien.

6. Capaciteit

Om ook in de toekomst te voldoen aan de behoefte aan voldoende verpleegzorg is de bestaande capaciteit in beeld gebracht en is de behoefte aan verpleegzorg tot 2040 verkend. Dit zijn belangrijke bouwstenen om per regio te komen tot plannen die de zorgkantoren in overleg met de zorgaanbieders opstellen en voor het eind van 2020 zullen presenteren.

Capaciteit verpleegzorg tot 2040

Bij mijn brief van 20 december 2019 was een rapport van TNO¹⁵ gevoegd met een beleidsarme prognose van de capaciteitsontwikkeling van de verpleeghuiszorg in 2040. Uit deze prognose bleek dat er grofweg een verdubbeling aan verpleegzorg capaciteit zou moeten worden gerealiseerd. Zoals ik ook heb aangegeven in het debat over de aanpak van de wachtlijsten van 15 januari 2020 heb ik TNO als vervolgoopdracht gegeven om de gevolgen van trends op de behoefte aan verpleegzorg in beeld te brengen en deze naar de regio's te vertalen.

Voor de begeleiding van deze opdracht is een werkgroep samengesteld die bestaat uit ActiZ, ZN, de zorgkantoren van CZ en Zilveren Kruis, TNO en VWS.

Op 9 juni jl. heb ik op mijn verzoek een voortgangsnotitie van TNO gekregen, die u ook als bijlage bij de stukken aantreft. De planning voor het eindrapport is juli 2020.

Effecten van trends op de behoefte aan verpleegzorg

In het rapport van december 2019 had TNO trends benoemd maar kon toen nog niet de cijfermatige impact aangegeven. In de tussenrapportage heeft TNO (voorzichtig) toch een kwantitatieve inschatting gemaakt.

De grote trends die TNO benoemd zijn:

- Oldest Old Support ratio: dat is de verhouding tussen het aantal 50-74 jarigen en het aantal 85-plussers. Dit getal geeft een indicatie van de beschikbaarheid van mantelzorgers; als er minder mantelzorgers zijn is de behoefte aan verpleegzorg groter. Daarvan is sprake. Door urbanisatie ontstaat bovendien een behoorlijk verschil tussen de regio's.
- Levensverwachting: o.a. dankzij de toename van medische kennis worden we steeds ouder en overleven we meer aandoeningen die vroeger fataal waren. Daardoor zal de prevalentie van dementie toenemen. Dit leidt tot een grotere vraag naar verpleegzorg. Dit wordt versterkt omdat de verblijfsduur van iemand met dementie langer is dan de bij somatische aandoeningen.

In de rapportage van eind 2019 was de beleidsarme prognose een behoefte aan verpleegzorg van 260.959 plaatsen in 2040. Rekening houdend met de Oldest Old Support ratio betekent een toename tot 278.280 plaatsen in 2040. Dit samennemend met de toenemende levensverwachting leidt tot een prognose van 287.397 plaatsen in 2040.

In aansluiting op de trends die al waren genoemd in het rapport van eind 2019 werkt TNO driegroepen aan trends uit die voor de behoefte aan verpleegzorg in het bijzonder relevant zijn:

- o Inzet van Technologie (zelfredzaamheid, ondersteuning zorgverleners, ondersteunen van gezondheid). TNO geeft aan dat het effect op de behoefte aan verpleegzorg capaciteit beperkt is.
- o Sociale omgeving (nieuwe woonvormen, ontmoetingsplaatsen nabij, sociale cohesie, gebiedsontwikkeling). TNO geeft aan dat het effect op de behoefte aan verpleegzorg capaciteit beperkt is, met uitzondering van de nieuwe woonvormen.
- o Zorgsysteem (zorg buiten de muren van het ziekenhuis, zorg buiten de muren van het verpleeghuis, integratie van formele- en zelfzorg, aandeel private markt). Met name inzetten op zorg buiten de muren van het verpleeghuis heeft effect op de behoefte aan verpleegzorg.

Uit het literatuur en gesprekken met experts concludeert TNO dat zowel de inzet van technologie en de sociale omgeving weinig effect heeft op de behoefte aan verpleegzorg. Er zijn wel aanknopingspunten, maar geen bewijs dat hierdoor de behoefte aan verpleegzorg significant wijzigt. Maximaal inzetten op nieuwe woonvormen heeft wel een significant effect. Daardoor neemt de behoefte aan verpleegzorgcapaciteit af tot 243.217 in 2040. Uit een mondelinge toelichting van TNO blijkt dat dit effect wordt bereikt indien er 4.000 a 5.000 nieuwe woonvormen bij komen tot 2040 (uitgaande van 25 bewoners in een nieuwe woonvorm).

Uit deze tussenrapportage blijkt dat met name nieuwe woonvormen en zorg buiten het verpleeghuis invloed hebben op de behoefte aan verpleegzorg. De overige trends hebben slechts een beperkt effect.

¹⁵ TNO: "Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg", 17 december 2019

In de bijlage van de tussenrapportage zijn de cijfermatige resultaten per regio aangegeven.

Beschikbare capaciteit.

In het rapport van eind 2019 was het nog niet mogelijk om een overzicht van de verpleegzorg capaciteit per regio in beeld te brengen. Bovendien was de bestaande capaciteit berekend op basis declaratiegegevens. Nu is ook de bestaande capaciteit geïnventariseerd, Dankzij de inzet van de zorgkantoren en ActiZ heeft TNO deze nadere informatie in beeld kunnen brengen.

De beschikbare capaciteit bestaat uit de volgende onderdelen:

- a. Intramurale capaciteit
- b. Extramurale capaciteit
- c. Niet benutte capaciteit
- d. Bouwplannen

In het TNO-rapport zijn de aantallen gebaseerd op het peiljaar 2018. De aantallen worden in het rapport ook per regio uitgesplitst.

a Intramurale capaciteit

Uit de administraties van de zorgkantoren blijkt dat zij in 2018 ruim 125.000 plekken hebben gecontracteerd. Dit bestaat uit ruim 119.000 VV4-VV10 plekken en ca. 6.000 plekken VV0-VV3.

b Extramurale zorg

De verpleegzorg die buiten de intramurale zorg wordt geleverd is op basis van informatie van de zorgkantoren in beeld gebracht. Het gaat om zorg betaald met VPT: 8.000, PGB: 4.000 en MPT: 31.000. Samen wordt zo de zorg georganiseerd voor ruim 43.00 mensen in 2018.

c Niet benutte capaciteit

In de rapportage van eind 2019 kon de onbenutte capaciteit slechts worden benaderd. Een van de opdrachten was dit scherper in beeld te krijgen. Door COVID-19 was het niet mogelijk om een uitvraag bij de zorgaanbieders te doen hiernaar. Voor een geheel sluitend beeld is dit wel wenselijk. Als alternatief heeft TNO (in overleg met de werkgroep) een 'best guess' gedaan door informatie uit meerdere registraties te combineren. Het gaat in totaal om ca. 22.500 plekken. Niet al deze plekken zijn geschikt voor bewonen. Soms worden deze plekken ook als reservecapaciteit aangehouden. TNO bespreekt nog met partijen hoe hieromtrent nadere duidelijkheid kan worden verkregen en zal hier in de eindrapportage nader op in gaan.

d Bouwplannen

Uit een enquête van ActiZ is informatie beschikbaar gekomen over de bouwplannen van zorgaanbieders.¹⁶ Uit deze informatie komt het volgende beeld naar voren.

Vooraf voor de periode 2021-2023 heeft een ruime meerderheid van de onderzochte verpleeghuisorganisaties concrete bouwplannen. Twee derde van de respondenten verwacht de komende vijf jaar groei van capaciteit met 9.000 plaatsen met verblijf en 4.000 zonder verblijf. Voor de hele verpleeghuissector betekent dit ongeveer 14.000 extra verpleeghuisplekken met verblijf en 8.000 extra verpleeghuisplekken zonder verblijf. 42% van de ActiZ-leden (163 zorgorganisaties) vulden de vragenlijst in, zodat het onderzoek een breed landelijke beeld biedt. Het onderzoek dat ActiZ heeft laten doen heeft plaats gevonden voor de uitbraak van COVID-19. De effecten en gevolgen daarvan zijn niet opgenomen in deze publicatie.

De huidige beschikbare capaciteit en de voorziene uitbreiding is onvoldoende om de toenemende vraag naar verpleeghuiszorg de aankomende jaren op te vangen. Ook in de bijgestelde prognoses van TNO is de verwachting dat met name als gevolg van de vergrijzing minstens twee keer zo veel capaciteit nodig is tot 2040. Veel zorgorganisaties geven aan wel meer capaciteit te willen creëren, maar belemmeringen te ervaren. Voorbeelden zijn onzekerheid over de toekomstige bekostiging van verpleeghuiszorg, te weinig mogelijkheden om te investeren en geen geschikte locaties. Maar als grootste belemmering wordt gewezen op de tekorten op de arbeidsmarkt. Om in de toekomst zorg te kunnen bieden aan het toenemend aantal ouderen zou het aantal ouderenzorgbanen ook sterk moeten toenemen in de komende twintig jaar.

Wat per regio nodig is aan wonen en zorg verschilt enorm. Zorgkantoren zijn in gesprek met zorgaanbieders en andere stakeholders in hun regio. In de regioplannen komt de

¹⁶ ActiZ: Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg 2020, ICSB mei 2020.

uitvoeringsagenda uitgebreid aan bod. Het is goed dat zorgorganisaties daar graag aan meewerken. Wat betreft de arbeidsmarkt stelt ActiZ dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid en de sector is om concrete plannen te maken om het arbeidstekort in de verpleeghuiszorg aan te pakken. Dit betekent volgens ActiZ onder meer investeren in passende woonvormen waar ouderen langer zelfstandig kunnen wonen. Meer technologie in huis en slimme combinaties tussen professionele zorg en informele zorg thuis, zodat ouderen minder vaak een beroep hoeven te doen op verpleeghuiszorg.

7. Financiën

Het is van belang dat er voor de extra activiteiten van zorgaanbieders extra middelen beschikbaar zijn. In de Maartbrief¹⁷ raamde de NZa het tekort op het Wlz-kader op € 550 miljoen. In de voorjaarsnota zijn de benodigde middelen vrijgemaakt om dit tekort volledig op te lossen. Op 20 april is de Tweede Kamer en de NZa geïnformeerd over dit besluit¹⁸.

De NZa is in haar advies ook ingegaan op de wachtlijsten verpleeghuizen en heeft geadviseerd om ook voor de verlichting van de wachtlijsten geld te reserveren. Dit betekent dat er ook in 2020 al financiële ruimte is om capaciteit uit te breiden en de wachtlijst te verlichten, bijvoorbeeld door het contracteren van nu nog niet benutte capaciteit. Of uitbreiding bij een individuele zorgaanbieder ook echt mogelijk is, hangt ook af van de beschikbaarheid van personeel en inpasbaarheid binnen de beschikbare bebouwing. Daarnaast moet gezegd worden dat de raming van de NZa is gemaakt voordat het coronavirus in alle hevigheid uitbrak. Medio 2020 informeert de NZa opnieuw over de verwachte uitputting van het Wlz-kader.

8. Toezicht

Zoals hiervoor aangegeven houdt de NZa toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgkantoren jegens hun verzekerden. De zorgkantoren hebben de taak dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen. Zij zijn verantwoordelijk voor onder meer de zorginkoop en de cliëntondersteuning en moeten daarbij ook letten op de betaalbaarheid van de zorg.

De wettelijke zorgplicht van zorgkantoren houdt in dat zij mensen met toegang tot de langdurige zorg, goed informeren, hen helpen naar zorg binnen een redelijke termijn en daarbij recht te doen aan hun noden en wensen.

In het Samenvattend rapport 2018/2019 over het toezicht op de Wlz-uitvoerders bij de uitvoering van de Wlz (november 2019)¹⁹ is de NZa ingegaan op haar bevindingen omtrent de inzet van de zorgkantoren en op de aanvullende stappen die de zorgkantoren kunnen nemen zowel wat betreft het contact met cliënten als het sturen op doelmatige zorginkoop. De NZa ziet dat zorgkantoren steeds beter hun rol pakken. Zo merkt de NZa op dat zorgkantoren met grote betrokkenheid werken aan goede informatievoorziening en cliëntondersteuning.

De NZa constateert daarnaast, dat het aantal mensen met een Wlz-indicatie toeneemt en dat zorgkantoren in toenemende mate een capaciteitsprobleem ervaren voor zorg in een verpleeghuis. In mijn beleidsreactie op dit rapport heb ik ook aangegeven, dat de NZa terecht wijst op de samenhang tussen de toename van de wachtlijsten en de beperkt beschikbare capaciteit.²⁰

In de hiervoor in hoofdstuk 7 genoemde Maartbrief van de NZa²¹ waarin zij advies heeft uitgebracht over de toereikendheid van het Wlz-kader, onderschrijft de NZa met de zorgkantoren dat het beschikbaar stellen van financiële middelen waarschijnlijk niet de enige oplossing is voor de wachtlijstproblematiek. In de bijlage bij deze brief heeft de NZa haar uitgangspunten toegelicht ten aanzien van het toezicht op de zorgkantoren, specifiek voor het onderwerp wachtlijsten.

De NZa verwacht van zorgkantoren dat zij zich –binnen de gegeven omstandigheden- maximaal inspanssen om de langdurige zorg zo toegankelijk mogelijk te maken. Dat houdt in:

¹⁷ NZa: "Maartbrief benutting budgettair kader Wlz", 31 maart 2020 (kenmerk: 366526/583024)

¹⁸ Kamerstukken II, 2019/2020, 34 104, nr 278.

¹⁹ Kamerstukken II, 2019/2020, 34 104, nr. 270

²⁰ Kamerstukken II, 2019/2020, 34 104, nr 273

²¹ NZa: "Maartbrief benutting budgettair kader Wlz", 31 maart 2020 (kenmerk: 366526/583024)

- A. Cliënten hebben duidelijkheid over hun keuzemogelijkheden, rechten en plichten binnen de zorg in de Wlz, inclusief de periode waarin zij nog in afwachting zijn van een passende plek.
- B. Cliënten komen met zo kort mogelijke wachttijd op de juiste, passende plek terecht.
- C. Als cliënten moeten wachten, dient die wachttijd verantwoord overbrugd te worden.
- D. Zorgkantoren monitoren dat zorgaanbieders hun rol bij de bemiddeling goed invullen. Daarbij hoort ook controle of de gemaakte afspraken (bijvoorbeeld in het voorschrift zorgtoewijzing) worden nagekomen.

Daarbij is de insteek dat de zorgkantoren goed zicht hebben op de ontwikkeling in de zorgvraag in combinatie met het regionale aanbod. Dit vraagt zicht op zowel de regionale zorgvraag als, wanneer daartoe aanleiding is, op de individuele zorgvraag van de verzekerde.

De NZa zal dit jaar vooral de zorgkantoren (en zorgaanbieders) aansporen om zich –gegeven de veranderende omstandigheden en mogelijkheden die ze hebben- maximaal in te zetten om wachtlijsten terug te dringen. Mensen die geconfronteerd worden met wachttijden dienen die verantwoord te kunnen overbruggen.

De uitkomsten van deze toezichtsactiviteiten zal de NZa presenteren in haar "Samenvattend rapport over de uitvoering van de Wet langdurige zorg door zorgkantoren 2019/2020", dat eind 2020 zal verschijnen. Ook zal de NZa eind 2020 de "monitor ouderenzorg" publiceren.

9. Afstemming met Taskforce Wonen en Zorg

Bij de nadere uitwerking van de regioplannen verpleeghuiscapaciteit is het van groot belang dat er afstemming wordt gezocht met de Taskforce Wonen en Zorg. De opgaven van de capaciteit verpleeghuiszorg en van huisvesting van ouderen zijn aan elkaar verbonden. Verondersteld mag worden dat als een woning en woonomgeving geschikt zijn, de kans dat iemand langer thuis kan blijven wonen groter is. Hierdoor ontstaat er minder vraag naar intramurale zorg en kan verblijf in een verpleeghuis worden uitgesteld of voorkomen.

In de "Stand van zaken programma Langer thuis", die ik gelijktijdig aan uw Kamer aanbied ga ik uitgebreid in op de voorgenomen activiteiten.

Kort samengevat worden de volgende stappen voorzien:

1. Om het woningtekort te verminderen zet het kabinet in op een woningmarktbrede aanpak, zowel gericht op het vergroten van de voorraad als een betere benutting van de bestaande voorraad.
2. Provincies bepalen op verzoek van de minister van BZK voor de zomer op basis van analyses door gemeenten hoeveel ruimte er nodig is om ervoor te zorgen dat het verwachte (algemene) woningtekort kan worden geaccommodeerd.
3. De Taskforce Wonen en Zorg en de zorgkantoren zijn met elkaar in gesprek om elkaars opgave regionaal en/of lokaal af te stemmen. In juni 2020 wordt een pilot gestart in de regio Utrecht (de U16 gemeenten). Hiermee kan worden bereikt dat de regioplannen zorg- en verpleeghuiscapaciteit in afstemming met de lokale woonzorganalyse en de lokale woonzorgvisie tot stand komen.
4. Eind 2020 hebben alle zorgkantoren regioplannen opgesteld waarin de regionale inzichten met betrekking tot de vraag- en aanbodontwikkeling zijn opgenomen. Zorgkantoren geven inzicht in het huidige zorgaanbod zowel met vastgoedcapaciteit (intramuraal en geclusterd VPT) als in de overige zorgcapaciteit via MPT.
5. Zorgkantoren inventariseren de bouwplannen van zorgaanbieders in de regio en maken samen met alle betrokken stakeholders een uitvoeringsagenda met de procesafspraken waaruit de activiteiten blijken die op korte termijn worden ondernomen om in de toenemende zorgvraag van Wlz-cliënten te voorzien.
6. De ambitie van de Taskforce Wonen en Zorg was dat voor de Kerst van dit jaar iedere gemeente een analyse heeft gemaakt met betrekking tot de wonen en zorg opgave voor ouderen en andere doelgroepen. Dit loopt door corona-crisis mogelijk vertraging op van enkele maanden tot een half jaar.

Om dit proces richting te geven en de maatschappelijke urgentie te vergroten, streven de Minister van BZK en ik naar een bestuurlijke afspraak begin 2021 met VNG, IPO, Aedes, ActiZ, ZN en de Rijksoverheid. De kern van de beoogde afspraken zal zijn hoe de opgaven lokaal en in de regio in samenhang worden vertaald in lokale prestatieafspraken voor wonen, welzijn en zorg.

10. Voorgenomen activiteiten 2^e halfjaar 2020

Zoals eerder aangegeven is het voornemen dat eind 2020 alle zorgkantoorregio's een regionaal plan presenteren met daarin de activiteiten om op korte en middellange termijn te kunnen voldoen aan de vraag naar verpleeghuiszorg door Wlz-cliënten.

Daarnaast is de insteek om de wachtlijstregistratie door het Zorginstituut te vernieuwen, zodat deze vanaf 1-1-2021 operationeel is.

Om deze doelen te kunnen realiseren zullen de volgende activiteiten worden ondernomen in het tweede halfjaar van 2020:

- Confrontatie van de regionale opgave met de regionale mogelijkheden en deze vastleggen in het inkoopbeleid en bemiddelingsactiviteiten van zorgkantoren.
- Afspraken vastleggen met betrokken partijen zoals zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten en investeerders.
- Aanpassingen doorvoeren in iWlz zodat de wachtlijstregistratie op 1-1-2021 conform de definities kan worden uitgevoerd, inclusief afspraken met zorgaanbieders en zorgkantoren over de gewijzigde aanlevering van informatie ten behoeve van de wachtlijstregistratie.

Aanvullend zullen ook de volgende activiteiten worden opgepakt:

- Afronding van het onderzoek naar de ontwikkeling van Wlz-profiel VV 4.
- Opzet uitwerken van een uniform registratiesysteem capaciteit (vastgoed).
- Uitwerken van waarborgen voor aanbieders bij het doen van lange termijn investeringen.

11. Afsluitend

Gezien de extreme situatie waar ons land mee wordt geconfronteerd onder invloed van de coronacrisis, verdienen de betrokken partijen grote waardering voor de inzet die zij hebben gepleegd op dit dossier, waarbij zij zich hebben laten leiden door de gedachte dat ook in de toekomst adequaat moet kunnen worden ingespeeld op de behoefte van Wlz-cliënten aan verpleeghuiszorg.

Daarbij is het van belang om de vraag naar extra verpleegzorgcapaciteit niet geïsoleerd te bezien. Voor de korte termijn speelt dat investeren in extra capaciteit tijd vergt en dat zorgaanbieders soms terughoudend zijn, gegeven de beperkte financiële garanties op lange termijn. Daarbij speelt ook het arbeidsmarkt-vraagstuk een belangrijke rol.

Tegen deze achtergrond is het, zeker voor de lange termijn, noodzakelijk om het totale pakket aan mogelijkheden te benutten en waar mogelijk te vergroten. Daarom wordt ook aansluiting gezocht met de programma's "Werken in de zorg" en "Thuis in het verpleeghuis", die zich inzetten voor het vergroten van het aantal mensen werkzaam in de zorg en het programma "Langer thuis", dat zich onder meer via de Taskforce richt op het thema 'wonen voor ouderen'.