
Vergaderjaar 2022–2023

34 104

Langdurige zorg

Nr. 371

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 17 maart 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 1 november 2022 over de voortgang behandeling Wlz-cliënten (Kamerstuk 34 104, nr. 366).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 16 maart 2023. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

1

Kunt u uiteengezet in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg aangeven hoeveel mensen in een Wet langdurige zorg (Wlz)-setting «verblijf en behandeling» ontvangen en hoeveel mensen «verblijf zonder behandeling»?

Antwoord op vraag 1

De verdeling voor de Wlz-setting «verblijf en behandeling» en «verblijf zonder behandeling» is bij de ouderenzorg en gehandicaptenzorg in 2021 in aantal personen als volgt.¹

	Ouderenzorg	Gehandicaptenzorg
Totaal met verblijf	124.210	75.500
Met behandeling	92.560	54.510
Zonder behandeling	31.650	20.990

2

Welke concrete stappen worden genomen om het tekort aan huisartsen bij de behandeling van personen met Wlz-indicatie te ondervangen?

Antwoord op vraag 2

De druk op de huisartsenzorg wordt in de gehele zorg gevoeld, dit geldt ook in de zorg voor personen met een Wlz-indicatie. Daarom heeft dit kabinet extra middelen beschikbaar gesteld om structureel meer huisartsen op te leiden. Met de huidige en toekomstige krapte op de arbeidsmarkt is extra personeel echter niet de enige oplossing om de druk op de huisartsenzorg te verminderen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn daarom afspraken gemaakt anders te gaan werken in de eerste-lijnszorg.

Deze afspraken gaan onder meer over het versterken van de organisatie van de eerstelijnszorg, het organiseren van meer tijd voor de patiënt in de spreekkamer en het anders inrichten van de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) door huisartsen.

Op al deze afspraken worden momenteel concrete stappen gezet. Zo hebben zorgverzekeraars en landelijke huisartsenorganisaties inmiddels afspraken gemaakt over de contractering van «meer tijd voor de patiënt» en heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de maximumtarieven voor de ANW-zorg door huisartsen verhoogd, om zo ruimte te geven voor een andere inrichting van deze zorg. Voor de versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg werken partijen gezamenlijk aan een visie en plan van aanpak. Al deze maatregelen moeten ervoor zorgen dat eerste-lijnszorg, waaronder de huisartsenzorg, in de toekomst voor alle burgers toegankelijk en van goede kwaliteit blijft.

Voor Wlz-cliënten wordt gewerkt aan de organiseerbaarheid en toegankelijkheid van medisch generalistische zorg (mgz). De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateren dat de oplopende schaarste aan artsen Verstandelijk Gehandicapten (artsen VG), specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen ertoe leidt dat steeds minder goed lokaal onderling passende afspraken te maken zijn.² Concrete maatregelen die genomen worden zijn de afspraken met veldpartijen als

¹ «Aantal personen met een ZZP indicatie, naar sector van geïndiceerd profiel, naar gebruik, in jaar 2021», Monitor Langdurige Zorg (<http://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2022/12/15/aantal-personen-met-een-zp-indicatie-naar-sector-van-geïndiceerd-profiel-naar-gebruik-in-jaar-2021>).

² «Toegankelijkheid van Medisch generalistische zorg in de Wlz», Brief van de IGJ en de NZa aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van september 2022 (<http://www.igj.nl/publicaties/brieven/2022/10/04/igj-en-nza-bezorgd-over-medische-basiszorg-voor-wlz-clienten>).

genoemd in de brief over behandeling van Wlz-cliënten. Het te bereiken einddoel is dat er voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking. Veldpartijen hebben inmiddels een projectplan vastgesteld om deze doelen te bereiken. Voor het zomerreces informeer ik Uw Kamer over de voortgang van de uitvoering van dit projectplan. Tot slot is door Vilans (Kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning) een start gemaakt met het Programma medisch generalistische zorg in de regio (Programma MGZ in de regio). Dit programma is een voortzetting van Duurzame Medische Zorg in de regio, waarin ingezet werd op regionale samenwerking. Het werken aan regionaal georganiseerde mgz en het vinden van creatieve oplossingen is van groot belang om toegang tot de huisarts en specialist ouderengeneeskunde duurzaam te organiseren en de werkdruk voor deze artsen te verminderen. De voortzetting betreft dan ook een verbreding naar meerdere regio's en naar de gehandicaptenzorg.³

3

Welke concrete stappen worden genomen om het tekort aan medisch specialisten bij de behandeling van personen met Wlz-indicatie te ondervangen?

Antwoord op vraag 3

Medisch specialistische zorg valt te allen tijde onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet, zodoende is er geen verschil aan te merken in de behandeling van personen met of zonder Wlz-indicatie. De specialist ouderengeneeskunde en de arts VG zijn beide door het Zorginstituut geduid als medisch generalisten met specifieke deskundigheid, zij zijn geen medische specialisten die medisch specialistische zorg verlenen. Voor Wlz-cliënten betreft het specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG en huisartsen die deze mgz leveren, en wordt door veldpartijen gewerkt aan het verbeteren van de organiseerbaarheid en toegankelijkheid van deze zorg via afspraken. Deze afspraken moeten zodanig concreet en voldoende geborgd zijn, dat ze een niet-vrijblijvend karakter hebben. Het te bereiken einddoel is dat er voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking. Daarnaast is door Vilans een start gemaakt met het Programma MGZ in de regio. Dit programma is een voortzetting van Duurzame Medische Zorg in de regio, waarin ingezet werd op regionale samenwerking.

Het werken aan regionaal georganiseerde mgz en het vinden van creatieve oplossingen is van groot belang om toegang tot de huisarts, arts VG en specialist ouderengeneeskunde duurzaam te organiseren en de werkdruk voor artsen te verminderen. De voortzetting betreft dan ook een verbreding naar meerdere regio's en naar de gehandicaptenzorg.⁴

4

Hoeveel specialisten ouderengeneeskunde behandelen nu ouderen thuis?

Antwoord op vraag 4

Specialisten ouderengeneeskunde behandelen ouderen thuis met een Wlz-indicatie, maar ook zonder een Wlz-indicatie na verwijzing door de huisarts. Dit kan, volgens het productenboek van Verenso, vanuit collegiale consultatie, diagnostiek na verwijzing en uitvoering van een regie op behandelplan. Het is niet eenduidig uit de beschikbare data te halen hoeveel specialisten ouderengeneeskunde zorg leveren aan ouderen thuis. Daarom heb ik de NZa de opdracht gegeven het mogelijk te maken

³ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

om meer inzicht en transparantie te krijgen over de behandelcomponent binnen de Wlz.

Specifiek voor ouderen thuis zonder Wlz-indicatie komt uit data van Vektis (coronajaar 2020) naar voren dat er door 145 verschillende zorgaanbieders declaraties bij zorgverzekeraars zijn ingediend. Deze aanbieders kunnen echter meerdere specialisten ouderengeneeskunde in dienst hebben. Ook kunnen specialisten ouderengeneeskunde voor meerdere aanbieders werken.

5

Hoeveel specialisten ouderengeneeskunde zijn er naar verwachting nodig om aan de zorgvraag in 2030 te kunnen voldoen?

Antwoord op vraag 5

Volgens het advies van het Capaciteitsorgaan van januari 2023 ligt het benodigde aanbod aan specialisten ouderengeneeskunde op 2.530 fte om aan de zorgvraag in 2030 te voldoen.⁵

6

Kunt u aangeven hoe precies invulling gegeven wordt aan de taakstelling van € 170 miljoen? Wat zijn de gevolgen van de aanpassing van prestatie- en tariefregulering? Waarom wordt ervoor gekozen om beide Kamers pas begin 2024 te informeren? Kan dit eerder?

Antwoord op vraag 6

Met betrekking tot de invulling van de taakstelling ben ik voornemens de NZa separaat een aanwijzing te geven per 2025 een korting van € 170 miljoen toe te passen op de maximumtarieven van de zorgzwaartepakketten (zzp's) inclusief behandeling, voor de sectoren gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging (vv). De precieze invulling en gevolgen zijn op dit moment onderdeel van de voorbereiding van de voorgenomen aanwijzing. De NZa wordt hierbij betrokken. Ik kan op dit moment daarom nog niet aangeven hoe de taakstelling precies wordt ingevuld.

Omdat ik voornemens ben deze taakstelling in te laten gaan per 2025, is aangesloten bij de navolgende gebruikelijke tijdspaden die worden gehanteerd bij het geven van een aanwijzing. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing eerst gedurende 30 dagen voorgehangen bij beide Kamers. Nadat de Kamers gedurende deze periode eventuele vragen hebben kunnen stellen kan de aanwijzing aan de NZa worden gegeven. De NZa zal deze aanwijzing dan uitvoeren door de maatregelen te verwerken in haar regelgeving voor het jaar 2025. Deze regelgeving voor de langdurige zorg 2025 wordt door de NZa voor 1 juli 2024 vastgesteld en gepubliceerd. Gelet op dit tijdspad is in de Kamerbrief aangegeven dat beide Kamers begin 2024 schriftelijk worden geïnformeerd. Het tijdspad is nodig voor zorgvuldige besluitvorming; indien de besluitvorming eerder gereed is – wat gelet op de benodigde zorgvuldigheid niet waarschijnlijk is – zal ik beide Kamers daarover informeren.

7

Waar ziet u de knelpunten rondom de inzet van de medisch-generalistische zorg (MGZ)? Wat zou er bijvoorbeeld in bekostiging beter kunnen om de inzet hiervan makkelijk te maken?

⁵ «Specialist ouderengeneeskunde», infographic van het Capaciteitsorgaan van januari 2023 (http://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/20221128_so_infogr_DEF.pdf).

Antwoord op vraag 7

Uit de beleidssignalering van NZa en IGJ blijkt dat met de opkomst van de kleinschalige woonvormen de (taak)afbakening tussen huisartsen, artsen VG en specialisten ouderengeneeskunde diffuus is geworden, en voor bepaalde cliëntengroepen (Wlz zonder behandeling, zorgprofielen hoger dan 5), niet geborgd is dat deze toegang hebben tot mgz.⁶

Discussie over taakafbakening bij het leveren van basiszorg in de Wlz speelde in het verleden incidenteel. Doordat in het algemeen voldoende artsen beschikbaar waren, werden in praktijk passende oplossingen gevonden. Dat het nu op verschillende plekken niet of moeizaam lukt passende oplossingen te vinden is mijns inziens een symptoom van de twee onderliggende problemen, te weten: (bestaande) onduidelijkheden in de taakafbakening en onvoldoende beschikbaarheid van zorgpersoneel. De huidige arbeidsmarktproblematiek brengt met zich mee dat de beschikbaarheid van zowel huisartsen als artsen VG of specialisten ouderengeneeskunde steeds meer onder druk staat.

Voor wat betreft de bekostiging merk ik op dat zorgkantoren in 2019 via de behandelcomponent binnen de zzp's vv en gehandicaptenzorg inclusief behandeling € 1.7 miljard ter beschikking stelden aan zorginstellingen op bijna 147.000 verblijfplaatsen inclusief behandeling.⁷ De uitgaven aan afzonderlijke behandelvormen, zoals mgz, zijn echter niet inzichtelijk.

Ik heb de NZa daarom verzocht in de periode tot het voorjaar van 2024 de uitgaven aan de behandelvormen die zijn opgenomen in de behandelcomponent van de zzp's vv en gehandicaptenzorg inclusief behandeling in beeld te brengen, inclusief bij het onderzoek de behandelinzet inzichtelijk te maken, en mij daarover te informeren. Hierdoor wordt onder andere meer inzicht verkregen in wat er binnen de Wlz afzonderlijk wordt uitgegeven aan mgz. De uitkomsten van het onderzoek zullen worden gebruikt om goede afwegingen te kunnen maken over de toekomstbestendige vormgeving van de financiering en bekostiging van de behandel-functie in de Wlz.

8

Welke maatregelen kunnen door u genomen worden om de instroom van specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG te stimuleren?

Antwoord op vraag 8

Het is zorgelijk dat de instroom in een aantal opleidingen voor de zorg buiten het ziekenhuis – zoals voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG – achterblijft bij hetgeen nodig is volgens het Capaciteits-orgaan. Vooral nu de verschuiving van zorg in het ziekenhuis, naar zorg buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Om de instroom in de opleidingen te verhogen is het noodzakelijk dat er in de opleiding geneeskunde meer aandacht komt voor deze beroepen.

Vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) zet ik in op het maken van afspraken met veldpartijen om te zorgen voor een meer passende instroom in de opleidingen waar de instroom achterblijft. Denk hierbij aan afspraken over het verruimen en verbreden van het aantal coschappen buiten het ziekenhuis naar andere vakgebieden buiten het ziekenhuis. Hiernaast ben ik met de SBOH – de werkgever voor

⁶ «Toegankelijkheid van Medisch generalistische zorg in de Wlz», Brief van de IGJ en de NZa aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van september 2022 (<http://www.igj.nl/publicaties/brieven/2022/10/04/igj-en-nza-bezorgd-over-medische-basiszorg-voor-wlz-clienten>).

⁷ «Aantal personen met een ZP indicatie, naar sector van geïndiceerd profiel, naar gebruik, in jaar 2021», Monitor Langdurige Zorg (<http://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2022/12/15/aantal-personen-met-een-zp-indicatie-naar-sector-van-geïndiceerd-profiel-naar-gebruik-in-jaar-2021>).

artsen in opleiding – en de artsenfederatie KNMG in gesprek om beter in contact te kunnen komen met basisartsen en hen (nog beter) te informeren over de keuzes die ze hebben en de voordelen van bepaalde beroepen buiten het ziekenhuis.

9

Wat is het tijdpad van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de behandelcomponent en wanneer wordt dit advies opgeleverd?

Antwoord op vraag 9

Er zijn drie afzonderlijke onderdelen van de behandelcomponent die de NZa onderzoekt.

Ten eerste heb ik de NZa verzocht in de periode tot het voorjaar van 2024 de uitgaven aan de afzonderlijke zorgvormen binnen de behandelcomponent van de zzp's vv en gehandicaptenzorg inclusief behandeling, transparant te maken.

Ten tweede heb ik de NZa verzocht voor de zomer van 2023 toekomstscenario's te ontwikkelen voor een transparante en doelmatige prestatie- en tariefregulering voor de aanspraak op behandeling.

Ten derde heb ik de NZa verzocht voor de zomer van 2023 te adviseren over het harmoniseren van de financiering van behandeling voor Wlz-cliënten die zorg ontvangen via de leveringsvorm volledig pakket thuis.

10

Kunt u een overzicht geven van de maatregelen op de langdurige zorg uit het coalitieakkoord? Kunt u per maatregel een update geven wat de stand is van het behalen van het doel? Zou u per maatregel kunnen aangeven wanneer de Kamer weer geïnformeerd wordt over deze maatregel?

Antwoord op vraag 10

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de maatregelen in de langdurige zorg.

Tabel 1: budgettaire effecten maatregelen						
#	Maatregel	2023	2024	2025	2026	Struc
1	Behandeling en geneesmiddelen			-170	-170	-170
2	Meerjarig contracteren en budgetafspraken		-125	-245	-135	-135
3	Scheiden wonen en zorg (SWZ)	-43	-86	-130	-173	-1.200
4	Herinterpretatie Kwaliteitskader verpleeghuiszorg		-100	-200	-350	-350
5	Valpreventie bij 65-plussers	-20	-30	-35	-38	-50
6	Totaal	-63	-341	-780	-866	-1.905

Toelichting stand van zaken per maatregel:

1. In de brief over het WOZO-programma van 4 juli 2022 (Kamerstuk 29 389, nr. 111) heb ik uiteengezet dat veldpartijen hebben aangegeven dat een overheveling van behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar Zvw per 2025 een ongewenst hoge druk zou zetten op de (continuïteit van) zorgverlening aan de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. Deze ingrijpende wijziging van de Wlz vergt een wetswijziging met een zorgvuldig implementatie- en transitietraject en wordt daarom niet mogelijk geacht per 2025. In het verlengde van het WOZO-programma heb ik besloten dat de taakstelling uit het Coalitieakkoord van € 170 mln structureel per 2025 binnen de Wlz wordt gerealiseerd (via aanpassing van prestatie- en tariefregulering door de NZa). Op 1 november 2022 is uw Kamer geïnformeerd

over de laatste stand van zaken.⁸ Ik verwacht u voor het zomerreces van 2023 te informeren over de verdere voortgang via de volgende voortgangsbrief over het WOZO-programma.

2. In het coalitieakkoord is afgesproken dat er meerjarige contracten komen met budgetafspraken, afgesloten tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte. Dit geeft zorgaanbieders in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg meer financiële zekerheid en zal de administratieve lasten rond het zorginkoopproces verlagen. Het kabinet werkt deze maatregelen dit voorjaar verder uit met onder meer de NZa, zorgkantoren en zorgaanbieders, zodat de meerjarige afspraken zoals gepland per 2024 kunnen ingaan. Ik verwacht u bij de vaststelling van het voorlopige budgettair kader voor de Wlz vanaf 2024, die ik u medio 2023 doe toekomen, nader te informeren over de stand van zaken.
3. Het scheiden van wonen en zorg wordt vormgegeven doordat zorgkantoren bij de inkoop sturen op extramurale leveringsvormen (vpt, mpt en pgb) zodat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen en in hun eigen omgeving oud kunnen worden. Vanaf 2023 wordt de netto volumegroei in de ouderenzorg opgevangen in de extramurale leveringsvormen. Voor het langer zelfstandig wonen is het versnellen van de woningbouw van groot belang. Voor nadere toelichting daarop verwijs ik naar het programma Wonen en zorg voor ouderen dat is gelanceerd.⁹ Middels de voortgangsrapportage van het WOZO-programma van 22 december bent u geïnformeerd over de laatste stand van zaken.¹⁰ Ik verwacht uw Kamer voor het zomerreces 2023 opnieuw te informeren in een volgende voortgangsrapportage WOZO.
4. Op 30 mei 2022 heb ik in een brief aan het Zorginstituut gevraagd ervoor te zorgen dat de in de brief en bijlage geschetste maatschappelijke normen worden betrokken bij de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeg(huis)zorg. Ik heb hierbij het Zorginstituut verzocht regie te voeren op het proces met de veldpartijen.¹¹ Het Zorginstituut heeft (middels een kwartiermaker) in overleg met de veldpartijen op 17 oktober een plan van aanpak gepresenteerd.¹² Via de voortgangsrapportage van het WOZO-programma van 22 december jl. heb ik u geïnformeerd over de laatste stand van zaken.¹³ Gepland is in mei 2023 een doorontwikkeld kwaliteitskader te presenteren. Naar verwachting zullen er ontwikkelopdrachten in zijn geformuleerd om op termijn te komen tot een generiek kader waarbij ook de samenhang met het kwaliteitskader wijkverpleging is geschetst. Ik verwacht uw Kamer voor het zomerreces 2023 opnieuw te informeren in een volgende voortgangsrapportage WOZO.
5. In de Kamerbrief over onderwerpen bevordering gezondheid, preventie en leefstijl van 2 december 2022 heb ik uw Kamer geïnformeerd over beleidsontwikkelingen op het thema gezondheid en preventie, waaronder valpreventie.¹⁴ De maatregel valpreventie is specifiek gericht op thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Hierbij is de ketenaanpak valpreventie en regionale samenwerking van belang. In het IZA is de afspraak gemaakt over regionale samenwerking middels een preventie infrastructuur waar de ketenaanpakken, waaronder valpreventie, onderdeel van zijn. Afspraken over hoe deze samenwerking eruitziet, zijn uitgewerkt in het Gezond en

⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

⁹ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

¹⁰ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 651.

¹² Kamerstuk 29 389, nr. 112.

¹³ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

¹⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 646.

Actief Leven Akkoord (GALA). De actielijnen uit het plan van aanpak zoals beschreven in eerdergenoemde brief geven hier verdere invulling aan. Vanaf 2023 worden verschillende acties verder uitgevoerd. Hierbij wordt nauw samengewerkt met een brede groep van stakeholders, waaronder de VNG, ZN en brancheorganisaties. VWS werkt samen met VeiligheidNL (kenniscentrum letselpreventie) en betrokken stakeholders aan de implementatie van de aanpak van valpreventie voor thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Ik verwacht in het najaar uw Kamer te informeren over de voortgang van de aanpak valpreventie.

11

Wanneer komt er een kwaliteitskader voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de Wlz?

Antwoord op vraag 11

Betrokken partijen bij hebben vorig jaar tripartiet (zorgaanbieders, cliënten en zorginkoop) de eerste stappen gezet in de voorbereiding van het opstellen van een kwaliteitskader voor de ggz in de Wlz. Het Zorginstituut zal hen in het proces om te komen tot een kwaliteitskader verder gaan ondersteunen. De betrokken partijen hebben aangegeven dit proces begin 2023 te starten. Wanneer het kwaliteitskader voor de ggz in de Wlz precies gereed zal zijn is op dit moment nog niet bekend. De ontwikkeling van een kwaliteitskader is primair een taak voor veldpartijen. Ik volg dit proces uiteraard met interesse.

12

Kunt u toelichten dat een zorgvuldige overheveling van behandeling en geneesmiddelen van de Wlz naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2025 een ongewenst hoge druk zet op de (continuïteit van) zorgverlening aan de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking?

Antwoord op vraag 12

Ongeveer de helft van de Wlz-cliënten ontvangt verblijf met behandeling. Dit zijn doorgaans de Wlz-cliënten met de gemiddeld zwaardere zorgprofielen. Deze cliënten hebben op grond van de Wlz – naast verblijf en behandeling van hun aandoening – ook aanspraak op algemene vormen van zorg. Al deze zorg wordt verleend door de instelling waar deze Wlz-cliënten verblijven. Passende behandeling voor deze Wlz-cliënten draait – zo is vanuit het veld benadrukt – om deze integrale en multidisciplinaire zorgverlening.

De Zvw kent een deel van deze aanspraken niet en heeft een andere bekostiging.

Het realiseren van integrale en multidisciplinaire zorg op grond van de Zvw zou daarom niet alleen ingrijpende wijzigingen van de Zvw en Wlz, maar ook de nodige aanpassingen in het veld vereisen. Zo moet bijvoorbeeld de inrichting van eerstelijns-zorgverlening en behandeldiensten anders worden georganiseerd. Overheveling per 2025 betekent bovendien effectief dat de sector weinig tijd heeft om die aanpassingen te doen. Het doen van deze aanpassingen zou daarom een ongewenst hoge druk op de (continuïteit van) zorgverlening zetten.

13

Kunt u een schatting geven wanneer de WoZo-brief van de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening naar de Kamer wordt gestuurd?

Antwoord op vraag 13

De brief over het programma «Wonen en zorg voor ouderen» is inclusief bijlagen op 23 november 2022 aan uw Kamer aangeboden.¹⁵

14

Kunt u aangeven wat u verstaat onder «zeer complexe zorgvraag»? Welke mensen betreft dit?

Antwoord op vraag 14

Aan Uw Kamer is toegelicht dat het bij «mensen met een zeer complexe zorgvraag» gaat om mensen die zijn aangewezen op gespecialiseerde zorg waarbij zorg en verblijf met elkaar zijn verbonden. Deze zorg kan niet veilig, kwalitatief goed en doelmatig thuis worden geleverd. Het gaat bovendien om dermate complexe en samenhangende zorg dat versnippering tot ondoelmatige inzet van gespecialiseerd personeel zou leiden. In het kader van het WOZO-programma heb ik het voornemen geuit samen met de sector deze cliëntgroepen binnen de ouderenzorg in beeld te brengen en te definiëren.

Ik ben gestart met deze analyse voor de ouderenzorg, omdat hier als gevolg van demografische ontwikkelingen de grootste opgave wordt verwacht. Uit mijn verkenning komt het beeld naar voren dat het gaat om ouderen met dementie in combinatie met ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problematiek of ouderen met ernstige somatische aandoeningen en bijkomende cognitieve beperkingen.

Aan de hand van deze analyse kan ook voor andere Wlz-sectoren worden geanalyseerd welke mensen met een zeer complexe zorgvraag zijn aangewezen op gespecialiseerde zorg waarbij zorg en verblijf met elkaar zijn verbonden.¹⁶

15

Kunt u toelichten welke ongelijkheid u bedoelt met de zinsnede dat «de bestaande ongelijkheid en onduidelijkheid tussen mensen op een verblijfsplek met- en zonder behandeling verdwijnt»?

Antwoord op vraag 15

Wlz-cliënten die verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangen, hebben op grond van de Wlz ook aanspraak op algemene vormen van zorg. Wlz-cliënten die verblijf en behandeling niet van dezelfde instelling ontvangen, hebben op grond van de Wlz geen aanspraak op deze algemene vormen van zorg. Zij zijn voor aanspraak op algemene vormen van zorg aangewezen op hun zorgverzekering. Dit geldt ook voor Wlz-cliënten die kiezen voor de levering van zorg via een Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) of een persoonsgebonden budget (pgb).

In praktijk leidt dit onderscheid tot onduidelijkheid, omdat Wlz-cliënten met hetzelfde zorgprofiel verblijven in dezelfde instelling, maar de ene cliënt verblijf met-, en de andere cliënt verblijf zonder behandeling ontvangt.¹⁷

16

Kunt u uitleggen waarom u vindt dat met deze drie voorwaarden de doelen achter de overheveling van behandeling per 2025 op een andere wijze worden gerealiseerd?

¹⁵ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

¹⁶ Kamerstuk 34 104, nr. 366 respectievelijk Kamerstuk 29 389, nr. 112.

¹⁷ Dit onderscheid is vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten historisch te verklaren (Kamerstuk 33 891, nr. 3, p. 21–22).

Antwoord op vraag 16

Volgens de maatregel «Overhevelen van behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar Zvw» uit het Coalitieakkoord zou met ingang van 2025 een budgettaire ombuiging van € 170 miljoen worden gerealiseerd. Ook zou met deze maatregel de aanspraak op zorg voor alle Wlz-cliënten gelijk worden getrokken.

Veldpartijen hebben echter aangegeven dat een zorgvuldige overheveling per 2025 een ongewenst hoge druk zet op de (continuïteit van) zorgverlening aan de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. Deze ingrijpende wijziging van de Wlz en Zvw vergt een wetswijziging met een zorgvuldig implementatie- en transitietraject en wordt daarom niet mogelijk geacht per 2025.

In het verlengde van het WOZO-programma heb ik daarom met de betrokken veldpartijen afgesproken samen te onderzoeken hoe we voor mensen met een zeer complexe zorgvraag de behandeling vanuit de Wlz kunnen blijven bieden. Harde voorwaarden zijn:

1. dat de taakstelling uit het Coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) van € 170 miljoen structureel per 2025 binnen de Wlz wordt gerealiseerd (via aanpassing van prestatie- en tariefregulering door de NZa);
2. er niet-vrijblijvende afspraken worden gemaakt hoe de 24/7 beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg voor kwetsbare mensen thuis, in een geclusterde woonvorm en in een instelling (regionaal) kan worden geborgd; en
3. dat op langere termijn de bestaande ongelijkheid en onduidelijkheid tussen mensen op een plek met- en zonder behandeling verdwijnt.

Om aan voorwaarde 1 te voldoen, ben ik van plan de NZa een aanwijzing te geven per 2025 een korting van € 170 miljoen toe te passen op de maximumtarieven van de zorgzwaartepakketten inclusief behandeling voor de gehandicaptenzorg en de vv. Hiermee wordt het doel van de budgettaire ombuiging gerealiseerd.

Om aan voorwaarde 2 te voldoen, hebben veldpartijen de handen ineengeslagen via concrete afspraken te komen tot benodigde landelijke kaders voor, en borging (realisatie) van, de toegankelijkheid van mgz in de regio. Het te bereiken doel is dat er voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking. Gelet op de urgentie van de problematiek vind ik dit een constructievere en snellere manier om de toegang tot zorg te verbeteren dan via een overheveling van aanspraken (wat als gezegd een wetswijziging met zich brengt).

Om aan voorwaarde 3 te voldoen, wil ik cliëntgroepen in kaart brengen die vanwege hun zorgbehoefte zijn aangewezen op gespecialiseerde zorg waarbij zorg en verblijf met elkaar zijn verbonden. Dit is een ingewikkeld en tijdrovend proces. Uw Kamer is hierover in december 2022 geïnformeerd via de WOZO-voortgangsrapportage.¹⁸ In de WOZO-voortgangsrapportage die is voorzien voor aankomende zomer, informeer ik u over de verdere voortgang.

Met deze aanpak ben ik van mening dat de doelen uit het Coalitieakkoord op een andere, passende wijze worden gerealiseerd.

17

Kunt u aangeven in welke regio de beschikbare capaciteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG niet in verhouding meegroeit?

¹⁸ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

Antwoord op vraag 17

Volgens de NZa hebben er in 20 van de 31 regio's knelpunten ten aanzien van de toegang tot mgz gespeeld in 2020, zo blijkt uit onderzoeken.¹⁹ In 6 regio's zijn in het totaal 6 individuele casussen gemeld bij de NZa. Het gaat daarbij om honderden cliënten zowel in gehandicaptenzorg als in ouderenzorg, waarbij de ouderen een grotere groep vormen. Onderdeel van het Programma MGZ in de regio is een inventarisatie van knelpunten ten aanzien van mgz door onder meer in kaart te brengen wat het urgentiebesef is en de te verwachten formatieproblemen voor zorgprofessionals in de diverse regio's zijn.

Deze inventarisatie wordt uitgevoerd door de Erasmus Universiteit en Vilans. Aan de hand van een inventarisatietool zal met concessiehouders (de desbetreffende zorgkantoren) het gesprek aangegaan worden over of de mgz op orde is en wat nodig is om dit te verbeteren. Naar verwachting kan in de eerste helft van 2023 een globaal beeld over mgz in de diverse regio's gegeven worden. Dit wordt vervolgens met Uw Kamer gedeeld.

18

Welke signalen heeft u ontvangen over de stelling dat de medisch generalistische zorg nog niet voor iedereen goed geborgd is? Voor hoeveel mensen geldt dit bij verpleging en verzorging, en de gehandicaptenzorg? In welke regio's speelt dit vooral? Kan per regio de toename in het aantal mensen dat thuis woont met complexe problemen afgezet worden tegen beschikbare capaciteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG?

Antwoord op vraag 18

De NZa en IGJ constateren dat de oplopende schaarste aan artsen VG, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen ertoe leidt dat steeds minder goed lokaal onderling passende afspraken te maken zijn ter borging van mgz aan de cliënten van kleinschalige woonvormen Wlz «zonder behandeling».²⁰ Volgens de NZa hebben zich in 2020 in 20 van de 31 regio's knelpunten voorgedaan ten aanzien van toegang tot de mgz, zo blijkt uit onderzoeken.²¹ In 6 regio's zijn in totaal 6 individuele casussen gemeld bij de NZa.

Het gaat om honderden cliënten in zowel de gehandicaptenzorg als de ouderenzorg, waarbij de ouderen een grotere groep vormen. Ik heb ook signalen van bezorgde huisartsen en aanbieders van Wlz-zorg ontvangen. Naar aanleiding van deze signalen ben ik in overleg gegaan met de IGJ en de NZa over de betreffende casuïstiek en mogelijke oplossingen.

Onderdeel van het Programma MGZ in de regio is een inventarisatie van knelpunten ten aanzien van mgz door onder meer in kaart te brengen wat het urgentiebesef is en de te verwachten formatieproblemen voor zorgprofessionals in de diverse regio's.

Deze inventarisatie wordt uitgevoerd door de Erasmus Universiteit en Vilans. Aan de hand van een inventarisatietool zal met concessiehouders (de desbetreffende zorgkantoren) het gesprek aangegaan worden over of de mgz op orde is en wat nodig is om dit te verbeteren. Naar verwachting

¹⁹ «Borging toegang mgz voor Wlz-cliënten door zorgkantoren (deelrapport Toezicht op de langdurige zorg)», onderzoeksrapport van de NZa van september 2021 (http://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653790_22/1/) en «Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag en -aanbod», rapport van de NZa van december 2021 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691500_22/1/).

²⁰ «Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten», Marktscan – monitor van de NZa van juni 2020 (http://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_310406_22/1/).

²¹ «Borging toegang mgz voor Wlz-cliënten door zorgkantoren (deelrapport Toezicht op de langdurige zorg)», onderzoeksrapport van de NZa van september 2021 (http://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653790_22/1/) en «Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag en -aanbod», rapport van de NZa van december 2021 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691500_22/1/).

kan in de eerste helft van 2023 een globaal beeld over mgz in de diverse regio's gegeven worden.

De vraag of per regio de toename van het aantal mensen dat thuis woont met complexe problemen afgezet kan worden tegen beschikbare capaciteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG kan op meerdere manieren gelezen worden.

Ik begrijp deze vraag zo dat u doelt op een algemene analyse van de verhouding tussen zorgvraag en capaciteit, hiervoor verwijs ik naar de ramingen van het Capaciteitsorgaan.²²

Overigens merk ik op dat uit de beleidssignalering, hoewel geen totaal-overzicht per regio, voor mij voldoende blijkt wat de problematiek inhoudt.

19

Hoe wordt gemonitord of het aantal mensen toe- of afneemt waarvoor onvoldoende MGZ beschikbaar is?

Antwoord op vraag 19

Zorgkantoren zijn verplicht voldoende zorg in te kopen voor Wlz-cliënten. De NZa houdt hier toezicht op. Uit het eerdergenoemd onderzoek van de NZa volgt een aantal aanbevelingen voor zorgkantoren om onder andere samen met zorgverzekeraars systematisch en vooruitblikkend in kaart te brengen of het mgz-aanbod in de toekomst voldoende is. Over de uitvoering van de aanbevelingen blijft de NZa in gesprek met de zorgkantoren.

Daarnaast wordt in het programma medisch generalistische zorg in de regio knelpunten ten aanzien van mgz in de regio in kaart gebracht. Door de inventarisatie op een later tijdstip te herhalen wordt in kaart gebracht welke ontwikkelingen er hebben plaatsgevonden in de regio's. Monitoring gebeurt op basis van een monitoringsplan.

20

Hoe kan de afbakening in de toegang tot specifieke medische zorg conform Wlz-aanspraak en algemeen medische zorg conform Zvw-aanspraken, duidelijker worden vormgegeven?

Antwoord op vraag 20

Voor vrijwel iedere Wlz-cliënt komt de behandeling die noodzakelijk is in verband met de aandoening (de specifieke behandeling) ten laste van de Wlz.²³ Voor cliënten die Wlz-zorg inclusief behandeling ontvangen, komt ook de algemene medische zorg ten laste van de Wlz. Voor de Wlz-cliënten die verblijf zonder behandeling ontvangen, komen algemene vormen van zorg ten laste van de Zvw.²⁴

Mgz is het samenspel van de zorg die door de huisarts, de arts VG en de specialist ouderengeneeskunde aan Wlz-cliënten wordt verleend. Het kan hier zowel gaan om specifieke behandeling in de zin van de Wlz als om algemeen medische zorg die ook door huisartsen wordt verleend in de zin

²² Publicaties van het Capaciteitsorgaan over de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG (<http://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-specialist-ouderengeneeskunde-arts-verstandelijk-gehandicapten/>).

²³ Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, onder 1°, van de Wlz. Een uitzondering op deze regel geldt voornamelijk voor een deel van de Wlz-cliënten met een ggz-achtergrond (artikel IVc van de Wet van 10 juli 2019 tot wijziging van de Wet langdurige zorg om toegang tot deze wet te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij); dit deel is voor de behandeling van de aandoening aangewezen op de Zvw.

²⁴ Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de Wlz.

van de Zvw. In praktijk is het onderscheid hiertussen moeilijk vast te stellen. Dit is ook door het Zorginstituut geconstateerd.²⁵ Veldpartijen hebben de handen ineengeslagen via concrete afspraken te komen tot benodigde landelijke kaders voor, en borging (realisatie) van, de toegankelijkheid van mgz in de regio. Het te bereiken doel is dat voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking. Gelet op de urgentie van de problematiek vind ik dit een constructievere en snellere manier om de toegang tot zorg te vergemakkelijken dan via duidelijker vormgeven van aanspraken in de Wlz en de Zvw (wat immers een wetswijziging met zich brengt).

21

Voor hoeveel mensen met een zeer complexe zorgvraag kan de behandeling vanuit de Wlz geboden blijven?

Antwoord op vraag 21

Op dit moment heb ik geen voornemen de specifieke behandeling voor Wlz cliënten over te hevelen naar de Zvw, mits de doelstellingen achter de maatregel in het Coalitieakkoord op de voorgestelde wijze kunnen worden gerealiseerd.

22

Kan er een overzicht gegeven worden van hoeveel mensen met een Wlz-aanspraak in de cliëntgroep zitten met een complexe zorgvraag?

Antwoord op vraag 22

Uit een eerste verkenning in het kader van het WOZO-programma is een beeld naar voren gekomen dat een groep cliënten is aangewezen op integrale en samenhangende multidisciplinaire zorg zoals die in een verpleeghuis wordt geboden. Te denken valt dan aan ouderen met dementie in combinatie met ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problematiek. Er zijn ook cliënten met ernstige somatische aandoeningen en bijkomende cognitieve beperkingen die zijn aangewezen op de samenhangende multidisciplinaire zorg in een omgeving met geschikte faciliteiten. Het gaat om een diverse groep met een indicatie VV5 of hoger waarvan de omvang niet exact is aan te geven.²⁶

23

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de beschikbare capaciteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG meegroeit met de groei van het aantal ouderen dat langer thuis blijft wonen of verhuizen naar een kleine woonvorm?

Antwoord op vraag 23

Bij de beschikbare kwaliteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG gaat het niet alleen om groei van het aantal ouderen dat langer thuis blijft wonen of verhuist naar een kleine woonvorm, maar ook om het beter organiseren en inzetten van de beschikbare capaciteit. Met veldpartijen is overeengekomen dat zij afspraken maken over de taakafbakening tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Het te bereiken einddoel is dat voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking.

Daarnaast is een start gemaakt met het Programma MGZ in de regio. Dit programma is een voortzetting van Duurzame Medische Zorg in de regio,

²⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 198.

²⁶ Kamerstuk 29 389, nr. 112.

waarin ingezet werd op regionale samenwerking. Het werken aan regionaal georganiseerde mgz en het vinden van creatieve oplossingen is van groot belang toegang tot de huisarts en specialist ouderengeneeskunde duurzaam te organiseren en de werkdruk voor artsen te verminderen. De voortzetting betreft dan ook een verbreding naar meerdere regio's en naar de gehandicaptenzorg.²⁷

Tevens zet ik via het programma TAZ in op een transitie naar passende en arbeidsbesparende zorg voor de hele sector zorg en welzijn. Focus ligt daarbij op voldoende ruimte creëren voor innovatieve werkvormen, behoud van medewerkers en leren en ontwikkelen.

Het Capaciteitsorgaan heeft onlangs een nieuwe raming uitgebracht voor de instroom voor de specialist ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en huisartsen voor de jaren 2024–2027. De afgelopen jaren hebben we gezien dat de ramingen moeilijk realiseerbaar zijn. Vanuit TAZ programma wil ik met werkgevers en onderwijs afspraken maken om te komen tot een meer passende instroom in tekortopleidingen, zoals opleidingen voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten.

24

Wat zijn de verwachtingen voor wat betreft de administratieve lasten van het voornemen de behandeling over te hevelen naar de Zvw?

Antwoord op vraag 24

Het streven is dat doelen achter de overheveling van behandeling op een andere wijze worden gerealiseerd. Het voornemen de behandeling over te hevelen naar de Zvw per 2025 is daarom voorlopig van de baan. Er is daarom ook geen inzicht in de administratieve lasten die met een dergelijke overheveling gemoeid zijn.

25

Kunt u aangeven wanneer de NZa een aanwijzing krijgt om per 2025 een korting van € 170 miljoen toe te passen op de maximumtarieven van de zorgzwaartepakketten (zzp's), inclusief behandeling voor de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging?

Antwoord op vraag 25

Ik ben voornemens beide Kamers begin 2024 schriftelijk te informeren over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing. Nadat beide Kamers eventuele vragen hebben kunnen stellen, kan ik de aanwijzing aan de NZa geven. Dit zal naar verwachting in het voorjaar van 2024 zijn. De NZa zal deze aanwijzing dan uitvoeren door de maatregelen te verwerken in haar regelgeving voor het jaar 2025. Deze regelgeving voor de langdurige zorg 2025 wordt door de NZa voor 1 juli 2024 vastgesteld en gepubliceerd.

26

Hoe kan een projectplan met afspraken werken als de capaciteit van de beroepsbeoefenaren onvoldoende is? Hoe wordt gezorgd voor voldoende capaciteit?

Antwoord op vraag 26

Het tekort aan artsen in de verlening van mgz baart zorgen, vooral nu de verschuiving van zorg in het ziekenhuis, naar zorg buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Veldpartijen erkennen dit probleem ook. Naast dat het een capaciteitsvraagstuk is, is winst te behalen in een betere taakafbakening.

²⁷ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

Met veldpartijen ben ik daarom overeengekomen dat zij afspraken maken over de taakafbakening tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG. Deze afspraken moeten zodanig concreet en voldoende geborgd zijn, dat ze een niet vrijblijvend karakter hebben. Daarbij wordt gedacht aan het mogelijk inzetten van instrumenten als leidraden, richtlijnen en kwaliteitseisen. De veldpartijen stellen hiertoe een projectplan en een nadere planning op. Het te bereiken einddoel is dat er voor iedere Wlz-cliënt mgz beschikbaar is, waarbij de capaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door onder meer regionale samenwerking.²⁸

Tevens zet ik via het programma TAZ in op een transitie naar passende en arbeidsbesparende zorg voor de hele sector zorg en welzijn, zodat in de toekomst niet meer dan 1 op de 6 werkenden in zorg en welzijn werkzaam is.²⁹ Focus ligt daarbij op voldoende ruimte creëren voor innovatieve werkvormen, behoud van medewerkers en leren en ontwikkelen. Door in te zetten op verhogen van de instroom in de opleidingen, taakafbakening en een passende en arbeidsbesparende zorg, werk ik samen met het veld naar voldoende capaciteit om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

27

Waarom zijn de uitgaven aan afzonderlijke behandelvormen die binnen de behandelcomponent zijn hervat en de inzet van behandelaars vanuit de behandelcomponent niet transparant te maken?

Antwoord op vraag 27

Binnen de bekostiging zijn voor een prestatie zzp inclusief behandeling de diverse onderdelen van behandeling integraal onderdeel van de prestatie, voor zover deze vallen onder de werkingssfeer van de Wmg en niet boven-budgettair zijn gefinancierd. Ik heb de NZa verzocht in de periode tot het voorjaar van 2024 de uitgaven aan de behandelvormen die zijn opgenomen in de behandelcomponent van de zzp's vv en gehandicaptenzorg inclusief behandeling transparant te maken.³⁰ Hierin is verzocht een methodiek te ontwikkelen, waarbij de diverse onderdelen van de behandelcomponent apart zichtbaar worden gemaakt. Hier wordt dus getracht om de afzonderlijke behandelvormen alsnog transparant te maken.

28

Hoe kunnen de nu al bestaande problemen en onvoldoende capaciteit worden opgelost, zonder uitbreiding van het aantal verpleeghuisplaatsen, met een taakstelling van € 170 miljoen per 2025 en een toenemend aantal kwetsbare ouderen met complexe problemen dat thuis woont?

Wat wordt bedoeld met de zin «Indien bij de uitwerking belemmerende factoren in de wet- en regelgeving, financiering of anderszins blijken, worden deze belemmeringen met betrokkenheid van VWS in kaart gebracht en waar mogelijk opgelost of verkleind.», terwijl nu al bekend is dat het aantal verpleeghuisplaatsen onvoldoende is voor het aantal mensen met complexe problematiek?

Antwoord op vraag 28

De komende jaren is een uitbreiding van de capaciteit nodig van het aantal woningen voor ouderen waaronder verpleegzorgplekken. Samen met Minister De Jonge voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening heb ik op 23 november 2022 het WOZO-programma aan uw Kamer

²⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

²⁹ Kamerstuk 29 282, nr. 485. Met arbeidsbesparend wordt bedoeld: het werk zodanig inrichten dat het tijd en ruimte oplevert voor de medewerkers.

³⁰ «Aanvraag onderzoek behandelcomponent en bekostigingsadvies behandeling Wlz», bijlage bij Kamerstuk 34 104, nr. 366.

aangeboden, met daarin de doelstelling om tot en met 2030 290.000 extra woningen voor ouderen te gaan bouwen, waaronder 40.000 verpleegzorgplekken. Voor de ontwikkeling van deze verpleegzorgplekken wordt extra 312 mln. beschikbaar gesteld om de bouw mogelijk te maken. De taakstelling van € 170 mln. staat hier geheel los van, omdat deze samenhangt met het vergroten van de doelmatige verstrekking van behandeling in de Wlz, gezien de grote financiële verschillen tussen de verstrekking van behandeling in de Zvw en de Wlz. De passage over «de belemmerende factoren in de wet- en regelgeving, financiering of anderszins», in de brief heeft betrekking op het uitwerken van «de benodigde landelijke kaders voor, en borging (realisatie) van, de toegankelijkheid van medisch generalistische zorg in de regio» en benadrukt dat bij de uitwerking van de kaders ruimte is om alle aspecten in de analyse te betrekken. Er is daarbij geen relatie met de capaciteit van de verpleeghuizen. Dat onderwerp wordt zoals hierboven aangegeven opgepakt in het WOZO-programma.

29

Wat is er concreet nodig om de regionale samenwerking rond MGZ, zoals in tien pilot-regio's, landelijk te implementeren?

Antwoord op vraag 29

In de ouderenzorgsector is de afgelopen jaren het traject Duurzame Medische Zorg in de regio uitgevoerd. Er werd ingezet op de regionale samenwerking rond DMZ in tien pilotregio's. Het project heeft geleid tot een veranderde focus bij de betrokken zorgorganisaties, gericht op het samen regionaal organiseren in plaats van het organiseren voor de eigen instelling. Dit is dan ook de belangrijkste les uit de pilots. Het programma MGZ in de regio borduurt hierop voort. Onderdeel van dit programma is een analyse van knelpunten ten aanzien van mgz door onder meer in kaart te brengen wat het urgentiebesef is en de te verwachten formatieproblemen voor medische professies in de diverse regio's. Deze inventarisatie wordt uitgevoerd door Vilans met ondersteuning van de Erasmus Universiteit. Aan de hand van een inventarisatietool van die universiteit wordt met zorgkantoren het gesprek aangegaan of de mgz op orde is en wat nodig is om dit te verbeteren. De inventarisatie kan daarmee voor zorgkantoren behulpzaam zijn bij het verbeteren van de verlening van mgz in de betreffende zorgkantoorregio. Omdat de verlening van mgz regionaal is georganiseerd en per regio andere uitdagingen kent, is volledige landelijke implementatie niet aan de orde. Naar verwachting kan in de eerste helft van 2023 een globaal beeld over mgz in de diverse regio's gegeven worden. Dit zal vervolgens met uw Kamer gedeeld worden. Daarna vindt een verdieping plaats die een beeld moet geven van de gewenste regionale implementatie per regio en de facilitering hiervan.

30

Wanneer is er duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling bij multidisciplinaire samenwerking, eindverantwoordelijkheid, regie-behandelaarschap en de beschikbaarheid van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde en arts VG bij acute zorgvragen voor kwetsbare ouderen (thuis en in woon-zorgsettings) en aan mensen met een verstandelijke beperking, zoals vereist voor de afspraken in het Integraal Zorgakkoord?

Antwoord op vraag 30

Met veldpartijen is overeengekomen dat zij, onder aanvoering van Zorgverzekeraars Nederland, afspraken maken over taakafbakening tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstan-

delijk gehandicapten.³¹ Naar verwachting zal dit traject in mei 2023 afgerond zijn. Over de uitkomsten hiervan zal ik uw Kamer informeren. Naast dit grote traject dat expliciet op de mgz is gericht zijn er andere trajecten in IZA en WOZO die relevant zijn voor het structureel oplossen van de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare patiëntengroepen, bijvoorbeeld de inzet op implementatie van de Handreiking kwetsbare ouderen thuis, het traject rond de visie op de eerstelijnszorg van 2030. Ook over de voortgang op deze trajecten wordt uw Kamer geïnformeerd.

31

Kan er een nadere toelichting gegeven worden op de middelen die zijn vrijgemaakt om de regionaal georganiseerde mgz en toegang tot de huisarts en specialist ouderengeneeskunde duurzaam te organiseren en de werkdruk te verminderen?

Antwoord op vraag 31

Er zijn middelen vrijgemaakt om het Programma MGZ in de regio te subsidiëren. Dit programma betreft verschillende fasen. Voor elke regio wordt een inventarisatie gemaakt van de ontwikkelfase van de regio. Op basis van de uitkomsten wordt samen met de regio een plan gemaakt. Vervolgens worden de plannen (op basis van het niveau van de regio) uitgevoerd. Tot slot maken de regio's een plan voor de structurele inbedding van mgz in de regionale samenwerkingsstructuur en voor doorontwikkeling van de ingezette beweging.

Deze regionale ontwikkelingen worden ondersteund door kennisdeling, onderzoek en implementatiebegeleiding.

In het totaal is € 18.000.000 van de transitiebudgetten hiervoor begroot. Het programma strekt zich uit over ruim 3 jaar, Q4 van 2022 en 2023 (€ 6.000.000), 2024 (€ 6.000.000) en 2025 (€ 6.000.000).

32

Kunt u aangeven hoe er met de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de universiteiten wordt samengewerkt om meer instroom te realiseren voor het specialisme ouderengeneeskunde?

Antwoord op vraag 32

Om de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te verhogen is het noodzakelijk dat er in de opleiding geneeskunde meer aandacht komt voor dit beroep, als ook voor andere beroepen buiten het ziekenhuis zoals de arts VG.

Vanuit het programma TAZ zet ik in op het maken van afspraken met veldpartijen om te zorgen voor een meer passende instroom in de opleidingen waar de instroom achterblijft. Denk hierbij aan afspraken over het verruimen en verbreden van het aantal coschappen buiten het ziekenhuis naar andere vakgebieden buiten het ziekenhuis. Ik ben hierover met de NFU (Nederlandse Federatie van Universiteiten), Verenso (Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) en Soon (Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland) in gesprek. Het Ministerie van OCW betrek ik hierbij. De integrale verantwoordelijkheid over de inhoud van de opleidingen ligt echter bij het veld. Ik streef ernaar dat er voor de zomer goede afspraken zijn gemaakt met het veld hierover.

Hiernaast ben ik met de SBOH (de werkgever voor artsen in opleiding) en de artsenfederatie KNMG in gesprek om beter in contact te kunnen komen met basisartsen en hen (nog beter) te informeren over de keuzes die ze hebben en de voordelen van bepaalde beroepen buiten het ziekenhuis.

³¹ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

Hoe en wanneer worden de acht aanbevelingen voor mgz precies overgenomen?

Antwoord op vraag 33

Het betreft hier concrete en minder concrete aanbevelingen. De ene aanbeveling leent zich daarom beter voor overname dan de andere. Een aantal aanbevelingen wordt bijvoorbeeld meegenomen in het Programma MGZ in de regio, de afspraken met veldpartijen over taakafbakening en de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

Welke concrete mogelijkheden en instrumenten hebben respectievelijk uw ministerie, de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om op te treden en een oplossing te bieden bij situaties waarin cliënten met een Wlz-indicatie niet voor de langere termijn gegarandeerd zijn van MGZ?

Antwoord op vraag 34

Voor cliënten met een Wlz-indicatie ligt de zorgplicht bij zorgkantoren. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Toegang tot mgz kan voor cliënten met een Wlz-indicatie onder die zorgplicht vallen. Indien de zorgplicht op grond van de Wlz onvoldoende wordt ingevuld door zorgkantoren, kan de NZa informatie inwinnen, gesprekken aangaan en uiteindelijk daarop handhaven door middel van een aanwijzing of een last onder dwangsom.

Ook kan mgz (gedeeltelijk) via de Zvw worden geleverd. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, en daarmee op de zorgplicht. De NZa kan ook hier een aanwijzing of een last onder dwangsom opleggen.

Het beleid en de uitvoering van de zorginkoop door zorgkantoren en zorgverzekeraars hoort erop gericht te zijn dat zij voldoende passende zorg contracteren voor hun verzekerden. Daarbij moet er uiteraard rekening mee gehouden worden dat zij «niet tot het onmogelijke gehouden» zijn. Alhoewel het «resultaat in alle gevallen» in principe zou moeten zijn dat de verzekerde de zorg krijgt waaraan hij behoefte heeft, kan dat in «uitzonderlijke situaties van overmacht» niet van het zorgkantoor of de zorgverzekeraar geëist worden. Overmacht kan zich bijvoorbeeld voordoen als een arts eenvoudigweg niet gevonden kan worden.

De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Wanneer de kwaliteit en/of veiligheid van de zorgverlening onder druk komt te staan, bijvoorbeeld door gebrekkige samenwerking, kan de IGJ de betrokken zorgaanbieders hierop aanspreken en zo nodig interveniëren, bijvoorbeeld door middel van verscherpt toezicht of een aanwijzing. De IGJ weegt daarbij altijd af welke interventie het meeste effect zal sorteren en betreft daarbij de regionale context en afspraken.

De toezichthouders NZa en IGJ signaleren in verschillende casuïstiek dat de arbeidsmarktkrapte nu al consequenties heeft voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg en dat het zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorginkopers niet altijd meer lukt om de zorg toegankelijk en kwalitatief hoog te houden. In situaties waarin de zorg onder druk komt te staan door een gebrek aan personeel is het effect van formele instrumentarium van de toezichthouders beperkt. Specifiek in het geval van de basiszorg voor Wlz-patiënten merken de IGJ en NZa bovendien op dat op dit moment niet helder gedefinieerd is wie hiervoor verantwoordelijk en dus aanspreekbaar is.

Ik wil dan ook samen met IGJ en NZa aan de slag, in lijn met alle reeds gesloten akkoorden zoals IZA, met wat vooruitlopend wel kan helpen om knelpunten in het hier en nu op te lossen en daarbij handvatten te bieden aan alle zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers. Het is

belangrijk dat voor iedereen die het nodig heeft de zorg toegankelijk, veilig en verantwoord blijft.

Uit de beleidssignalering van de NZa en IGJ met betrekking tot mgz blijkt dat een heldere taakafbakening nodig is om zorgverzekeraars, zorgkantoren en beroepsbeoefenaren aan te kunnen spreken op hun verantwoordelijkheden.³² Met veldpartijen is overeengekomen dat zij afspraken maken over de taakafbakening tussen huisartsen, artsen VG en specialisten ouderengeneeskunde. Ik kan bij het uitblijven van deze afspraken het Zorginstituut vragen de ontwikkeling van dergelijke afspraken op de meerjarenagenda te plaatsen. Het Zorginstituut zou dan ervoor kunnen kiezen hier haar doorzettingsmacht in te zetten.

35

Welke gevolgen voor de hoeveelheid personeel en kwaliteit van zorg kan de voorgenomen korting per 2025 van € 170 miljoen op de maximumtarieven van de zzp's hebben?

Antwoord op vraag 35

De taakstelling van € 170 miljoen op de maximumtarieven hangt samen met het vergroten van de doelmatige verstrekking van behandeling in de Wlz, gezien de grote financiële verschillen tussen de verstrekking van behandeling in de Zvw en de Wlz. Zorgaanbieders zijn en blijven verplicht om aan de geldende kwaliteitskaders te voldoen. De kwaliteitskaders wijzigen niet door de doelmatigheidsaankondiging op de behandelcomponent.

36

Wanneer komen er afspraken tussen het werkveld en onderwijs om te komen tot een meer passende instroom in tekortopleidingen?

Antwoord op vraag 36

Om de instroom in de opleidingen te verhogen is het noodzakelijk dat er in de opleiding geneeskunde meer aandacht komt voor deze beroepen. Vanuit het programma TAZ zet ik in op het maken van afspraken met veldpartijen om te zorgen voor een meer passende instroom in de opleidingen waar de instroom achterblijft. Denk hierbij aan afspraken over het verruimen en verbreden van het aantal coschappen buiten het ziekenhuis naar andere vakgebieden buiten het ziekenhuis. Ik streef ernaar dat er voor de zomer goede afspraken zijn gemaakt met het veld hierover. Daarnaast ben ik met de SBOH (de werkgever voor artsen in opleiding) en de artsenfederatie KNMG in gesprek om beter in contact te kunnen komen met basisartsen en hen (nog beter) te informeren over de keuzes die ze hebben en de voordelen van bepaalde beroepen buiten het ziekenhuis. Ik vind dat ik hiermee voldoende maatregelen neem om de instroom in de opleiding van specialist ouderengeneeskunde en artsen VG te stimuleren.

37

Wanneer verwacht u de uitkomsten van de advisering door de NZa over of zorgkantoren voldoende instrumenten hebben om te sturen op een transparante en doelmatige zorginkoop van de behandelcomponent?

Antwoord op vraag 37

Ik heb de NZa verzocht voor de zomer van 2023 toekomstscenario's te ontwikkelen voor een transparante en doelmatige prestatie- en tariefregulering voor de aanspraak op behandeling. In dat kader heb ik de NZa ook gevraagd te verkennen of zorgkantoren voldoende instrumenten hebben

³² «Toegankelijkheid van Medisch generalistische zorg in de Wlz», Brief van de IGJ en de NZa aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van september 2022 (<http://www.igj.nl/publicaties/brieven/2022/10/04/igj-en-nza-bezorgd-over-medische-basiszorg-voor-wlz-clienten>).

om te sturen op een transparante en doelmatige zorginkoop van de behandelcomponent.

38

Wanneer worden de criteria voor wonen, zorg en ondersteuning in samenhang aangeboden op basis van de Wlz bekend?

Antwoord op vraag 38

Op 22 december 2022 heb ik met mijn brief «Nadere uitwerking programma Wonen, Zorg en Ondersteuning voor ouderen» uw Kamer geïnformeerd over de actuele stand van zaken van het WOZO-programma.³³ In de bijlage «Resultaten per actielijn» ga ik in op de verkenning die ik heb uitgevoerd naar de mogelijkheden om inhoudelijke criteria te formuleren op basis waarvan bepaald kan worden welke ouderen in aanmerking komen voor de aanspraak op verblijf vanuit de Wlz. Het gaat om ouderen met een complexe zorgvraag waarbij zorg en verblijf nauw met elkaar zijn verbonden. Deze verkenning leidt op dit moment tot een eerste denkrichting: de meest kansrijke optie voor het formuleren van objectieve criteria voor de toegang tot de aanspraak op verblijf ligt in een combinatie van primair (zorginhoudelijke) cliëntkenmerken en de individuele sociale context, aangevuld met factoren zoals onder andere doelmatigheid, ernstig nadeel en behoefte aan een bijzondere accommodatie. Ik spreek bewust over een denkrichting omdat meer onderzoek nodig is om tot een solide cesuur te komen voor het wel of niet in aanmerking komen voor de aanspraak op verblijf. Deze denkrichting werk ik op dit moment verder uit, waarbij ik ook het vraagstuk van de beschikbaarheid van de aanspraak behandeling vanuit de Wlz zal betrekken. Deze verkenning zal ik oppakken in samenwerking met veldpartijen zoals ActiZ, Verenso, Patiënten Federatie Nederland (PFNL) en andere relevante categorale cliëntenorganisaties.

39

Voor hoeveel Wlz-cliënten lukt het niet om MGZ goed te regelen? Kunt u een onderscheid maken in verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg?

Antwoord op vraag 39

Volgens de NZa zijn er in 20 van de 31 regio's knelpunten t.a.v. mgz, zo blijkt uit onderzoeken.³⁴ In 6 regio's zijn in het totaal 6 individuele casussen gemeld bij de NZa. Problemen spelen zowel in gehandicaptenzorg als in ouderenzorg, waarbij de ouderen een grotere groep vormen. Een concreet onderscheid tussen beide sectoren kan ik echter niet maken.

40

Monitort u of het aantal cliënten waarvoor het niet lukt om MGZ goed te regelen afneemt door de acties die worden/zijn ingezet? Zo nee, wie doet dit wel?

³³ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

³⁴ «Borging toegang mgz voor Wlz-cliënten door zorgkantoren (deelrapport Toezicht op de langdurige zorg)», onderzoeksrapport van de NZa van september 2021 (http://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653790_22/1/) en «Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag en -aanbod», rapport van de NZa van december 2021 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691500_22/1/).

Antwoord op vraag 40

Volgens de NZa zijn er in 20 van de 31 regio's knelpunten t.a.v. mgz, zo blijkt uit onderzoeken.³⁵ In 6 regio's zijn in het totaal 6 individuele casussen gemeld bij de NZa. Er vindt regelmatige overleg plaats tussen NZa-IGJ en VWS over casuïstiek.

Onderdeel van het Programma MGZ in de regio is een inventarisatie van knelpunten ten aanzien van mgz door onder meer in kaart te brengen wat het urgentiebesef is en de te verwachten formatieproblemen voor zorgprofessionals in de diverse regio's. Deze inventarisatie wordt uitgevoerd door de Erasmus Universiteit en Vilans. Aan de hand van een inventarisatietool zal met concessiehouders (de desbetreffende zorgkantoren) het gesprek aangegaan worden over of de mgz op orde is en wat nodig is om dit te verbeteren. Naar verwachting kan in de eerste helft van 2023 een globaal beeld over mgz in de diverse regio's gegeven worden. Medisch generalistische zorg in de regio betreft hier een 3-jarig programma waarin verbeteringen zichtbaar moeten worden. Het MGZ-programma stimuleert de regionale verantwoordelijkheid voor MGZ voor alle cliënten met een Wlz-indicatie. Daarmee is/wordt monitoring van het aantal cliënten waarvoor het (niet) lukt om MGZ goed te regelen een verantwoordelijkheid van de regionale V&V en GHZ tafel.

41

Wat is de stand van zaken van het onderzoek voor welke groepen de verpleeghuisplekken zijn («omslagpunt verblijf») en welk zorgarrangement daarbij horen?

Antwoord op vraag 41

Op 22 december 2022 heb ik met mijn brief «Nadere uitwerking programma Wonen, Zorg en Ondersteuning voor ouderen»³⁶ uw Kamer geïnformeerd over de actuele stand van zaken van het WOZO-programma. In de bijlage «Resultaten per actielijn» ga ik in op de verkenning die ik heb uitgevoerd naar de mogelijkheden om inhoudelijke criteria te formuleren op basis waarvan bepaald kan worden welke ouderen in aanmerking komen voor de aanspraak op verblijf vanuit de Wlz. Het gaat om de ouderen met een complexe zorgvraag waarbij zorg en verblijf nauw met elkaar zijn verbonden. Deze verkenning leidt op dit moment tot een eerste denkrichting: de meest kansrijke optie voor het formuleren van objectieve criteria voor de toegang tot de aanspraak op verblijf ligt in een combinatie van primair (zorginhoudelijke) cliëntkenmerken en de individuele sociale context, aangevuld met factoren zoals onder andere doelmatigheid, ernstig nadeel en behoefte aan een bijzondere accommodatie. Ik spreek bewust over een denkrichting omdat meer onderzoek nodig is om tot een solide cesuur te komen voor het wel of niet in aanmerking komen voor de aanspraak op verblijf. Zo zal nader bekeken moeten worden hoe cliëntkenmerken en sociale context op een objectieve manier in de praktijk kunnen worden toegepast zodat de beschikbare verpleeghuisplekken inderdaad beschikbaar blijven voor ouderen met de meest complexe zorgvragen. Ook is het nodig om, alvorens dit in wetgeving te kunnen verankeren, goed de (juridische) (on)mogelijkheden van aparte toegangscriteria voor verblijf voor alleen de doelgroep ouderen in beeld te brengen en uit te werken. Daarbij wordt de verhouding tot andere doelgroepen meegenomen. Het betreft een complex traject dat enige jaren in beslag zal nemen.

³⁵ «Borging toegang mgz voor Wlz-cliënten door zorgkantoren (deelrapport Toezicht op de langdurige zorg)», onderzoeksrapport van de NZa van september 2021 (http://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_653790_22/1/) en «Zorg voor alle Wlz-cliënten; sturing door zorgkantoren op het aansluiten van zorgvraag en -aanbod», rapport van de NZa van december 2021 (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691500_22/1/).

³⁶ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

Deze denkrichting wordt op dit moment verder uitgewerkt, waarbij ik ook het vraagstuk van de beschikbaarheid van de aanspraak behandeling vanuit de Wlz zal betrekken. Deze verkenning zal ik oppakken in samenwerking met veldpartijen zoals ActiZ, Verenso, PFNL en andere relevante categorale cliëntenorganisaties.