

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1800

Vragen van de leden **Bruins Slot** en **Keijzer** (beiden CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het onderzoek van ActiZ naar de inkoop wijkverpleging 2015* (ingezonden 25 februari 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 april 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1517

Vraag 1

Bent u op de hoogte van het ActiZ-onderzoek Inkoop Wijkverpleging 2015?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat 73 van de 144 zorgorganisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen te maken hebben met een volumekorting van 15% of meer, en dat deze soms meer dan 40% bedraagt?

Antwoord 2

Het betaalbaar houden van de zorg is een van de pijlers van de hervormingen van de langdurige zorg. Ook voor wijkverpleging geldt een financiële taakstelling. Met aanbieders, de beroepsgroep, verzekeraars en de cliëntenorganisaties heb ik een onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging gesloten, onder andere over het realiseren van de taakstelling en de inspanningsverplichting die ermee samenhangt. Hiermee komt tot uitdrukking dat we het met elkaar eens zijn dat het anders en goedkoper kan. Ook is in dit onderhandelaarsresultaat vastgelegd dat verzekeraars in 2015 aanbieders contracteren voor wijkverpleging niet boven de financiële omvang van 2014 minus de afgesproken taakstelling 2015, met ruimte voor differentiatie tussen zorgaanbieders. De taakstelling is hiermee zo veel mogelijk bij de inkoop van wijkverpleging gerealiseerd. Dit kan een (grote) impact hebben op zorgaanbieders.

Verzekeraars herkennen zich overigens niet in de geschetste volumekorting van 40%. Zij hebben aangegeven dat de afspraken die zij gemaakt hebben maken per zorgaanbieder kunnen verschillen, omdat verzekeraars er soms voor hebben gekozen om de taakstelling gedifferentieerd toe te delen. Zo zijn er verzekeraars die er voor hebben gekozen om organisaties die in het verleden al sterk hebben ingezet op het beperken van het zorgvolume, nu een

relatief kleiner deel van de taakstelling toe te delen dan organisaties die deze omslag nog niet gemaakt hebben.

Vraag 3

Bent u het ermee eens dat hiermee de gemaakte afspraken uit het Onderhandelaarsresultaat transitie Verpleging en Verzorging geschonden worden, waarin geregeld is dat de volumekorting maximaal 12% zou bedragen, en dat er geen korting op tarieven zou plaatsvinden? Op welke wijze kan er actie ondernomen worden als de deelnemers van het onderhandelaarsresultaat zich niet aan de afspraken houden?

Antwoord 3

In het onderhandelaarsresultaat is geen percentage van 12% afgesproken. Hierin is opgenomen dat de opgelegde taakstelling *in de regel* via het volume wordt gerealiseerd. De korting op de tarieven is hierbij niet uitgesloten. Verzekeraars geven aan dat aanbieders hadden verwacht dat bij de inkoop van wijkverpleging het maximumtarief van de NZa zou worden gehanteerd. Zorgverzekeraars hebben er echter voor gekozen om aan te sluiten bij het gehanteerde beleid van de afgelopen jaren binnen de AWBZ door zorgkantoren. Concreet betekent dit dat als er een korting op het tarief is doorgevoerd, dit in lijn is met het beleid van de voorgaande jaren. Het maximumtarief van de NZa is daarmee niet het uitgangspunt voor zorgverzekeraars geweest, maar het in 2014 overeengekomen tarief.

Vraag 4

Wat vindt u ervan dat zorgaanbieders als gevolg van deze kortingen wachtlijsten moeten gaan instellen, en cliënten (bijvoorbeeld) onnodig lang een duurder ziekenhuisbed bezet houden?

Antwoord 4

Op dit moment zijn er geen tekenen van wachtlijsten. Daarbij wil ik hier wijzen op de zorgplicht van zorgverzekeraars. In de Zvw is vastgelegd dat zorgverzekeraars moeten zorgen dat verzekerden toegang hebben tot voldoende, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Verzekerden hebben recht op tijdige hulp. Tevens zijn er normen vastgesteld voor wachttijden. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en handhaaft wanneer noodzakelijk. Daarbij zijn met het onderbrengen van de wijkverpleging in de eerste lijn de juiste (financiële) prikkels voor zorgverzekeraars ontstaan. Zij zijn nu verantwoordelijk voor de zorg voor mensen thuis tot en met het ziekenhuis. Zorgverzekeraars kunnen dus goed sturen op het zo kort mogelijk bezet houden van een (duurder) ziekenhuisbed.

Vraag 5

Hoe gaat u realiseren dat de zorg aan specifieke doelgroepen en specifieke zorgvormen (beschikbaarheidsvoorzieningen, palliatief terminale thuiszorg, ketenzorg dementie, etc.) gecontinueerd wordt?

Antwoord 5

In het onderhandelaarsresultaat is vastgelegd dat de beschikbaarheidsvoorzieningen in 2015 worden gecontinueerd. Ik ga er van uit dat partijen zich houden aan de afspraken uit dit onderhandelaarsresultaat. Indien dit niet het geval is, spreek ik partijen hierop aan. Daarbij hebben zorgverzekeraars een zorgplicht, ook voor mensen met palliatief terminale zorg of dementiezorg. Zij moeten dus de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit betekent niet dat de zorg niet zou kunnen veranderen. We hebben juist met elkaar geconstateerd dat de zorg beter en goedkoper kan en moet.

Vraag 6

Bent u ervan op de hoogte dat de zorgaanbieders met de eis geconfronteerd worden dat zij onvoorwaardelijk akkoord moeten gaan met alle inkoopdocumenten en bijlagen? Wat vindt u hiervan? Hoe kan hier actie tegen worden genomen?

Antwoord 6

Om de continuïteit van zorg zoveel mogelijk te borgen is in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging overeen gekomen dat met alle zorgaanbieders die in 2014 de extramurale verpleging en verzorging binnen de AWBZ context verleenden, ook afspraken zijn gemaakt voor 2015. Daarbij verschilt de procedure van inkopen per verzekeraar, maar de overeenkomst dient altijd te worden voorgelegd aan de aanbieder. Indien een aanbieder het niet eens is met het contract, moet de mogelijk bestaan om hierover in gesprek gaan met de verzekeraar. Echter uiteindelijk blijft het in de zorgverzekeringswet mogelijk om geen contract af te sluiten indien de aanbieder het niet eens is met de contractvoorwaarden. Zorgverzekeraars moeten uiteindelijk voldoende zorg bij aanbieders gecontacteerd hebben om aan hun zorgplicht te voldoen.

Vraag 7

Bent u ervan op de hoogte dat zorgverzekeraars voortzetting van zorglevering eisen, die voor eigen rekening is na bereiken van het budgetplafond? Vindt u dit een redelijke eis? Bent u bereid zorgverzekeraars hierop aan te spreken?

Antwoord 7

In het onderhandelaarsresultaat is opgenomen dat partijen een uiterste inspanning leveren om overschrijding te voorkomen. Deze verantwoordelijkheid ligt dus zowel bij zorgaanbieders, als zorgverzekeraars en is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Bij de inkoop hebben verzekeraars een budgetplafond afgesproken, om invulling te geven aan de inspanningsverplichting om het macrobudget te beheersen. Daarbij zijn ze echter wel gehouden invulling te geven aan hun zorgplicht jegens hun verzekerden. Dat betekent dat zij ervoor moeten zorgen dat verzekerden (een vergoeding van) zorg krijgen als zij daar recht op hebben.

Vraag 8

Deelt u de mening van de ondervraagden dat het budget voor de inkoop van wijkverpleging voor 2015 niet kostendekkend is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Die mening deel ik niet. We zijn het met elkaar eens dat de zorg op een andere manier georganiseerd worden waarbij het accent ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Zorgaanbieders hebben een belangrijke rol bij het afbouwen van zorg waar dit kan en verantwoord is. Het komende jaar volg ik samen met partijen de uitgaven aan wijkverpleging nauwgezet. Zo heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een productiemonitor opgezet die op aanbieder niveau aangeeft of de gecontracteerde zorg vol loopt. Daarnaast is er de zorgkostenmonitor die inzicht zal geven in alle gedeclareerde zorg, namelijk zorg in natura, pgb en restitutie. De uitkomsten hiervan bespreek ik periodiek met partijen.

Vraag 9 en 10

Heeft u gezien dat er – ondanks de motie-Wolbert (Kamerstuk 31 839 nr. 444) – als gevolg van de inkoop door zorgverzekeraars nog steeds een knip wordt gemaakt tussen segment 1 en segment 2? Wat gaat u hieraan doen? Bent u ervan op de hoogte dat zorgaanbieders door zorgverzekeraars gedwongen worden de wijkverpleegkundigen, die wijkgericht werken, onder te brengen in een aparte organisatie? Wat gaat u doen om aan deze ongewenste situatie een einde te maken?

Antwoord 9 en 10

De prestatie «wijkgericht werken» waar een bedrag van € 40 miljoen voor beschikbaar is, wordt benut om afspraken te maken met de gemeenten. Samen met de gemeenten wordt bekeken hoe de invulling van wijkgericht werken wordt vormgegeven. De integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie is het uitgangspunt geweest bij de inkoop en gemaakte afspraken. Dat is over het algemeen ook gebeurd. Toch hebben mij ook signalen bereikt dat aparte prestaties in de bekostiging wijkverpleging van de niet-toewijsbare zorg in S1 en de toewijsbare zorg in S2 leidt tot onbedoelde neveneffecten. Dat is niet alleen het gevolg van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Soms hebben zorgaanbieders, zorgverze-

keren en gemeenten hier samen afspraken over gemaakt. Ik ben met partijen in overleg om te kijken hoe we daar verandering in kunnen brengen. In de voorhangbrief die ingaat op de bekostiging van de wijkverpleging in 2016, kom ik daar op terug.