

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 955

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 20 december 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 november 2018 overleg gevoerd met de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 29 maart 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op het NZa-rapport: «Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?» (Kamerstuk 32 620, nr. 200);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 12 april 2018 inzake onderzoek naar (niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 898);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 26 april 2018 inzake NZa-monitor «contractering wijkverpleging 2018» (Kamerstuk 29 689, nr. 904);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 11 mei 2018 inzake palliatieve zorg, merkbaar beter (29 509, nr. 66);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 24 mei 2018 inzake onderhandelaarsakkoord wijkverpleging 2019–2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 907);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 6 juni 2018 inzake hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 911);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 4 september 2018 inzake uitstel toezending rapportages over het thematisch onderzoek naar beschikbaarheid en vergoeding van geestelijke verzorging in alle relevante zorgdomeinen en over het advies van de NZa over bekostiging van palliatieve zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 67);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 3 september 2018 inzake**

- HMM-rapportage gebruik en wachtlijsten casemanagement dementie (Kamerstukken 29 689 en 25 424, nr. 936);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2018 inzake rapport van de Taskforce «de juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 896);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 6 juli 2018 inzake betaalbaarheid van de zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 208);**
 - **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 5 november 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Dik-Faber, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 26 september 2018, over het bericht dat wijkverpleegkundigen creatief omgaan met de regels voor de aanvraag van maaltijdondersteuning (Kamerstuk 29 538, nr. 277).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: De Lange
Griffier: Krijger

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Ellemeet, Geleijnse, Hermans, Hijink, Kerstens, De Lange en Slootweg,

en de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President.

Aanvang 13.02 uur.

De voorzitter:

Dames en heren, hierbij open ik de vergadering van de vaste Kamercommissie voor het algemeen overleg over de wijkverpleging. Hartelijk welkom allemaal. Ook welkom aan de Minister en de aanwezigen. En een bijzonder welkom voor de heer Geleijnse, collega en sinds vorige week nieuw in de Kamer ter vervanging van collega Sazias. Volgens mij is dit uw eerste algemeen overleg, maar daaromheen kennen we geen gebruiken of tradities, dus interrupties kunnen gewoon gepleegd worden. Verder heb ik van de heer Slootweg begrepen dat hij nog een punt bij de regeling heeft, waarvoor hij heel even de vergadering verlaat. Kijk daar dus niet van op. Dat geldt ook voor mevrouw Agema. Ik hoor dat het misschien voor meer mensen geldt. Dus als dat het geval is, weet u de reden waarom. Verder hebben we drie uur overleg met een groot aantal sprekers. Ik stel voor om in de eerste termijn twee interrupties toe te staan, in tweeën. Bent u daarmee akkoord? Ja? Prima, dan gaan we snel van start. Ik geef graag het woord aan mevrouw Ellemeet, namens GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Afgelopen week bleek uit een peiling van V&VN onder ruim 2.500 wijkverpleegkundigen dat 91% te maken heeft met een tekort aan collega's. Deze uitkomst wijst op het schrijnende tekort aan personeel, dat naar schatting zal oplopen tot een vraag naar 125.000 verpleegkundigen en verzorgenden in 2025. Ondertussen groeit het aandeel van ouderen in de samenleving. De Minister zou dan ook alles op alles moeten zetten om het vak voor huidige en toekomstige wijkverpleegkundigen aantrekkelijk te houden. Toch zien we tegenovergestelde ontwikkelingen. Zorgverzekeraars bieden tarieven die niet kostendekkend zijn en kopen daarnaast structureel te weinig wijkverpleging in. De Minister laat ze begaan met een beroep op doelmatige zorg. Maar wat houdt die doelmatige zorg dan precies in volgens de Minister? Staat dat gelijk aan zo min mogelijk zorg voor een zo laag mogelijk tarief? Graag een reactie.

Voorzitter. Door de lage tarieven is er geen ruimte voor aanbieders om patiënten met een complexere zorgvraag aan te nemen, preventiediensten te bieden, samen te werken met welzijn, opleidingsplekken te creëren en wijkverpleegkundigen in specialisaties vast te houden. Juist deze elementen zijn cruciaal voor zorg dicht bij huis. In januari bleek al uit onderzoek dat lage tarieven en budgetplafonds de voornaamste redenen voor zorgaanbieders zijn om af te zien van een contract. Luistert de Minister wel naar deze signalen vanuit de wijkverpleging? Zo ja, wat heeft hij met deze signalen gedaan? Denkt de Minister echt dat deze problemen op te lossen zijn door de vergoeding voor ongecontracteerde zorg te verlagen? Dan belonen we de zorgverzekeraars toch voor hun slechte contracteringsgedrag? De brief van de Minister schept het beeld dat hij erg ver van de werkelijkheid van de verpleegkundigen af staat. Gelooft hij werkelijk dat wijkverpleegkundigen geen contract hebben, omdat ze erop uit zijn om flink omzet te draaien en flink te cashen? Graag een reactie.

Voorzitter. Wat GroenLinks betreft sluiten eerlijke en kostendekkende tarieven in de wijkverpleging doelmatige zorg niet uit. Integendeel. Door de krappe tarieven en de scherpe inkoop komen patiënten nu onnodig snel in het ziekenhuis terecht. Dit is onwenselijk voor de patiënt en kost bovendien onnodig veel geld. Om goede zorg aan huis te kunnen blijven bieden, moeten we personeel in de wijkverpleging eerlijk betalen. We moeten goede afspraken maken over kwaliteit en daarop toezien, ouderen de ruimte geven om zelf hun wijkverpleging te kiezen en deze zorg volledig vergoeden.

Daarom wil GroenLinks dat er vaste tarieven komen voor de vijf verschillende niveaus in de wijkverpleging. Deze tarieven bieden voldoende ruimte voor het volledige pakket van wijkverpleging, inclusief preventie, opleiding en inzet van specialismen. Daarnaast moeten patiënten zelf kunnen kiezen voor de zorgaanbieder die het beste bij ze past. Wat GroenLinks betreft behouden we dus het recht op vrije artskeuze. Daartegenover staat dat aanbieders pas in aanmerking komen voor vergoeding als zij voldoen aan de aanvullende kwaliteitseisen en indiceren op basis van vaste richtlijnen. Graag een reactie van de Minister op dit voorstel.

Voorzitter. Tot slot wil ik iets zeggen over de scherpe inkoop door de zorgverzekeraars. Uit de monitor contractering van de NZa blijkt dat 84% van de zorgaanbieders in 2017 een verzoek heeft moeten doen tot bijcontractering. Zorgverzekeraars gaan hiermee in bijna alle gevallen akkoord, maar het kan soms wel tot drie maanden duren voordat aanbieders te horen krijgen of hun verzoek wordt geaccepteerd. Dit leidt tot veel onzekerheid en tot extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders. Herkent de Minister dit probleem? Zou hij bereid zijn om een vaste reactietermijn vast te leggen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Het woord is aan de heer Geleijnse, namens 50PLUS.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter, en dank voor de mooie woorden van welkom. Op dit moment, terwijl wij hier vergaderen, verlenen vele medewerkers in de wijkverpleging zorg aan al die mensen in de wijken van ons land. Ik wil eens beginnen met onze waardering uit te spreken voor al hun werk. Een grote zorg van 50PLUS is het tekort aan medewerkers binnen de wijkverpleging. Dat tekort is hier al vaker besproken, maar ook vandaag moeten we hier aandacht voor vragen. Kan de Minister de huidige stand van zaken binnen de wijkverpleging aangeven? Kan hij aangeven hoeveel mensen die nu zorg nodig hebben, die niet krijgen vanwege een tekort aan medewerkers? Tot welk niveau vindt de Minister dit eigenlijk aanvaardbaar?

In een gesprek met Helma en Tamara, twee zorgmedewerkers uit Den Haag, werd duidelijk dat het tekort met alle gevolgen van dien ook een van hun grootste zorgen is. Hoe krijg ik mijn rooster rond? Hoe zorg ik dat ieder die zorg nodig heeft, die ook krijgt? Het is telkens weer een enorme uitdaging.

Maar ook een andere ontwikkeling baart hun zorgen: het groeiend aantal zzp'ers dat de instellingen nodig hebben om die zorg te verlenen. Dan gaat het soms ook om collega's die eerst in dienst waren, uit dienst treden en dan als zzp'er weer aan de slag gaan. Men heeft dan meer regie over het aantal uren, de werkdagen en het inkomen, maar vaak ontbreken goede voorzieningen voor arbeidsongeschiktheid en pensioen, zeg ik dan als echte 50PLUS'er.

Aan de ene kant begrijp ik de overwegingen en uiteraard is hier een rol weggelegd voor de werkgever, want bij onplanbare zorg is een zzp'er soms echt een uitkomst. Aan de andere kant is deze ontwikkeling wat

50PLUS betreft zorgwekkend en eigenlijk ook ongewenst. Voor zowel de instellingen als de betrokkenen zp'er zijn er nadelen aan verbonden. Deelt de Minister deze visie? Hoe kunnen wij dit tij eventueel keren? Kan de Minister een toelichting geven op de meest recente ontwikkelingen van het aantal zij-instromers binnen de wijkverpleging? Krijgen 50-plussers die graag in de zorg willen werken ook echt een kans om dit te realiseren? Voorzitter. Uit onderzoek van de FNV bleek onlangs dat de helft van de medewerkers in de thuiszorg niet toekomt aan de verplichte lunch- en koffiepauze, en dat reistijd vaak niet wordt vergoed. Een ongewenste situatie. Er zijn al schriftelijke vragen ingediend, maar wellicht kan de Minister hier vandaag al kort op reageren.

Hoewel de vijfminutenregistratie is afgeschaft, is het probleem van deze registratie en andere administratieve lasten niet opgelost. Het blijkt een veelkoppig monster. Nog steeds moet er zeer veel en nauwkeurig geregistreerd worden om de zorgverzekeraar tevreden te houden. Er lijkt geen sprake van vertrouwen. V&VN spreekt erover dat men tot 30% van de tijd niet aan zorg kan besteden. In gesprekken horen we ook percentages van 40%. 50PLUS vraagt dan ook aan de Minister: kan dit echt niet anders? Ik weet dat er allerlei plannen zijn en ik weet dat er heel veel over gesproken is, in deze zaal en op andere plekken. Toch vraag ik hem of een pilot wellicht zinvol kan zijn. Een pilot met vertrouwen in elkaar als uitgangspunt. Ik vraag u om een of meer instellingen zo'n kans te gunnen. Laten we het gewoon eens proberen. En we sluiten ons ook aan bij de vraag van Per Saldo: kan de Minister ervoor zorgen dat de vijfminutenregistratie bij het pgb wordt afgeschaft?

Voorzitter. We hoorden een voorbeeld van een 94-jarige cliënt die al jaren zorg ontvangt van dezelfde wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kent deze cliënt door en door. Ze weet wat er nodig is en wil een voorziening aanvragen uit de Wmo. Maar er is helaas een onbekende kracht vanuit de gemeente nodig, die daarover moet oordelen. Waarom toch, vraag ik de Minister. Waarom mag die wijkverpleegkundige dit in zo'n situatie niet doen? We zadelen die cliënt nu op met weer nieuwe gezichten; hij moet opnieuw zijn ziel en zaligheid op tafel leggen, met in dit geval als uiteindelijk resultaat een afwijzing en een zoektocht naar een vrijwilliger. Dat moeten we met elkaar toch anders willen en kunnen regelen?

Tot slot, voorzitter, heb ik een vraag naar aanleiding van de HHM-rapportage. Bij welk percentage van mensen die gebruikmaken van casemanagement bij dementie is deze Minister tevreden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Hijink, namens de SP.

De heer Hijink (SP):

Dank u wel, voorzitter. De fouten bij de ziekenhuizen de afgelopen weken kennen een dieper, onderliggend probleem. Dit vindt zijn oorzaak in het liberaal rendementsdenken dat te ver is doorgedrongen. Op dit moment beginnen verschillende CDA-oortjes in deze zaal te gloeien, want inderdaad, deze duidelijke taal is afkomstig van CDA-leider Sybrand Buma. Mijn vraag aan de Minister is of hij, net als zijn partijgenoot, vindt dat het liberaal rendementsdenken te ver is doorgedrongen. Zo ja, hoe ziet hij dat dan terug in de zorg? En zo ja, wat gaat hij daar dan aan doen? Heel veel zorgverleners willen dat weten en uiteraard wil ook meneer Buma dat weten.

Voorzitter. De Minister dreigt de contractvrije wijkverpleegkundigen met lagere tarieven als ze geen contract aangaan met een verzekeraar. Een stevig dreigement als je bedenkt dat we nog maar heel weinig weten over de vraag waarom de kosten voor contractvrije wijkverpleging hoger uitvallen. Heeft de Minister bijvoorbeeld onderzocht in hoeverre de

hogere kosten aan contractvrije wijkverpleging teniet worden gedaan door kostenbesparingen op de gemeentelijke zorg, hospices, de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg? Zou het niet slim zijn om eerst te onderzoeken wat de oorzaken zijn dat wijkverpleegkundigen afscheid nemen van de zorgverzekeraar?

Klopt het dat budgetplafonds ervoor zorgen dat wijkverpleegkundigen niet de zorg kunnen verlenen die ze willen verlenen en dat die budgetplafonds het helpen van meer cliënten in de weg staan? Klopt het dat wijkverpleegkundigen de totale beloofde loonsverhoging niet krijgen omdat deze niet altijd in de tarieven is verwerkt? Klopt het dat zorgverzekeraars contractueel afdwingen dat verpleegkundigen gemiddeld nog maar vijftien uur zorg per cliënt mogen verlenen? Klopt het dat de tarieven te laag zijn? En snapt de Minister dat de afkeer van contracteren groeit als 82% van de zorgaanbieders gedurende het jaar een verzoek voor extra budget moet indienen bij een verzekeraar? Verwacht de Minister, net als de NZa, lagere tarieven voor de wijkverpleging in 2019? Hoe ziet hij voor zich dat dit het enthousiasme voor contracteren zal vergroten? Stelt het onderliggende onderzoek niet, dat een kostendekkend tarief de verliezen van bijna 150 miljoen juist zou moeten opvangen?

Hoe bestaat het dat de zorgverzekeraars, ondanks al deze problemen die ik net heb genoemd, vorig jaar 100 miljoen euro niet aan wijkverpleging hebben uitgegeven? Is het niet zo dat heel veel zorgverleners al deze problemen ervaren, zoals we dat ook zien bij huisartsen en fysiotherapeuten, en dat zij juist door de lage tarieven en de overvloedige bureaucratie en controledruk van verzekeraars geen contracten meer aangaan? Kan de Minister niet beter de druk op de verzekeraars opvoeren, in plaats van de duimschroeven bij de wijkverpleegkundigen aan te draaien? Ik wil hem ook vragen of het niet heel wijs zou zijn om eerst al die factoren te onderzoeken, voordat hij met het aandraaien van de duimschroeven aan de slag gaat.

Voorzitter. De discussie die wij hier voeren over het wel of niet werken onder het juk van een verzekeraar is natuurlijk een direct resultaat van ons stelsel. Zorgverleners hebben helemaal niet het gevoel dat de verzekeraar inkoop op kwaliteit. Ze zien een louter geldgedreven werkwijze. Het is vaak «tekenen bij het kruisje». Waarom grijpt de NZa niet in bij dit type wurgcontracten, te lage tarieven en budgetplafonds? Waar is de waakhond als je hem nodig hebt?

Voorzitter. Het zou in de wijkverpleging niet moeten gaan over concurreren, maar over samenwerken. Uit Drenthe komt nu het verzoek om in ieder geval voor de avond-, nacht- en weekenduren de marktwerking uit de wijkverpleging te halen en gewoon op basis van goede afspraken de zorg effectief te organiseren. Eigenlijk klinkt dat mij heel logisch in de oren. Je zou haast zeggen: waarom doen we dat ook overdag niet? Ik heb in Friesland ook gehoord hoe wijkverpleegkundigen lange afstanden afleggen om vervolgens hun auto te parkeren naast die van de concurrent die bij een cliënt in dezelfde straat zorg moet verlenen. Kan de Minister uitleggen wat hier precies efficiënt aan is? Zou de zorg niet juist door samenwerking beter én goedkoper kunnen worden? Is hij daarom bereid om initiatieven die concurrentievrij willen werken, te ondersteunen? Wil hij samenwerking aanmoedigen en dit soort projecten ondersteunen? Ik krijg op dit punt graag een reactie van de Minister.

Dank u wel.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Het woord is aan mevrouw Bergkamp, namens D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Wanneer je ziek bent of een beperking hebt en je woont thuis, dan wil je gewoon thuis geholpen worden. De wijkverpleegkundige is dan onmisbaar. Wijkverpleegkundigen doen zoveel meer dan

alleen het medisch handelen. Ze helpen mensen om hun leven weer op orde te krijgen ondanks hun ziekte of beperking. Juist omdat een wijkverpleegkundige breder kan kijken dan enkel het medisch handelen, was ik zo blij dat we in 2015 met elkaar afspraken dat de wijkverpleegkundige zou gaan indiceren. Natuurlijk moet dat indicatieproces nog beter, maar dat de wijkverpleegkundige de indicatie stelt, staat voor ons voorop. Dus wanneer ons signalen bereiken dat de verzekeraar toch regelmatig de indicatie in twijfel trekt of zelfs sterk vermindert, dan schrikken we daarvan. Ik vroeg me af of deze signalen ook bekend zijn bij de Minister en wat hij daarvan vindt. Daarnaast hoor ik graag van de Minister dat hij honderd procent staat voor een wijkverpleegkundige die indiceert en welke mogelijkheden hij ziet om dat indicatieproces te verbeteren.

Voorzitter. Over contractering. De grote toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging is onwenselijk. Contracten vormen immers de basis voor afspraken over kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Dus een hoge contracteergraad is wenselijk. Maar het contracteerproces loopt moeizaam; dat horen we ook vanuit de praktijk. Er is daarom veel te halen uit het verbeteren van dat contracteerproces. Mijn collega van GroenLinks zei het ook al. Daarin spelen alle partijen een grote rol; de zorgaanbieders, maar vooral ook de zorgverzekeraars. Een wetswijziging is voor ons dan ook op dit moment prematuur. Het gaat D66 om het leveren van goede zorg. Die kan bijvoorbeeld ook door zzp'ers geleverd worden, maar zij komen vaak niet in aanmerking voor een contract. Welke mogelijkheden ziet de Minister dus om zzp'ers meer kansen te geven op een goed contract met de verzekeraar? Ik hoor ook dat er een aantal pilots van start zijn gegaan, ook in het verleden. Wat kunnen we daar nu van leren? Zo kent bijvoorbeeld een ALS-patiënt een zeer grillig ziekteverloop. Hiervoor is het nodig dat de zorg constant op- en afgeschaald kan worden. Juist hiervoor wordt vaak een zzp'er ingezet. Kan dat wel binnen een contract, vraag ik de Minister.

Kortom, is het niet zo dat een juiste analyse ontbreekt? Mijn collega van de SP zei het net ook; we zijn het niet altijd met elkaar eens, maar wel daarover. De Minister heeft ons nog niet overtuigd dat een wetswijziging nodig is. Ik vind ook dat we moeten oppassen dat we niet over twee jaar, of misschien wel eerder als we een dalende contracteergraad vanuit Vektis zien, een welles-nietesdiscussie krijgen vanuit de aanbieders en de verzekeraars over het contracteerproces naar aanleiding van of in de NZa-monitor. Deelt de Minister onze mening dat dat onwenselijk is? Hij heeft een heel mooi rijtje opgesomd in zijn brief over hoe dat contracteerproces verbeterd kan worden. Helemaal mee eens, maar het is wel heel moeilijk om het uiteindelijke resultaat ervan te zien. Dus straks krijg je een kwantitatieve stijging of daling en daartegenover staan een aantal kwalitatieve afspraken. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we over een tijd niet die discussie met elkaar krijgen?

Voorzitter. Dan over de tarieven. ActiZ heeft daarmee de pers gezocht, omdat daar echt een probleem zit. Er zijn afspraken gemaakt, maar de loonindexatie zou niet verwerkt zijn in de tarieven en dat zou misschien haaks staan op het hoofdlijnenakkoord. Ik ben erg benieuwd wat de Minister daarvan vindt.

Dan over casemanagement dementie. We hebben daar meerdere discussies over gehad.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik hoor mevrouw Bergkamp een aantal verstandige dingen zeggen. Ze zegt dat die wijkverpleegkundige er is voor meer dan alleen het medisch handelen; dat het juist gaat om een spilfunctie in de wijk en dat het dus ook over preventie gaat. Nu horen we van de wijkverpleging dat juist die

aanvullende taken, los van de medische, van het bordje vallen door te lage tarieven. Dus ze komen er niet aan toe om die ook te doen. Die tarieven worden te laag vastgesteld. De zorgverzekeraars grijpen hun kans in die eerste lijn, omdat ze daar een machtspositie hebben, waar ze die niet hebben tegenover de ziekenhuizen. Dus ze gebruiken hun macht richting de wijkverpleging om die scherpe tarieven vast te stellen. Is mevrouw Bergkamp het eens met mijn partij dat het wenselijk zou zijn om vaste tarieven te introduceren, waardoor je een volledige financiële dekking hebt voor al die taken waarvan we verwachten dat de wijkverpleging die doet?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik las hierover een interview van mevrouw Ellemeet. Als GroenLinks met een concreet voorstel komt, dan lijkt het me heel erg goed om dat goed te beoordelen en dan kunnen we de implicaties daarvan ook beter inschatten. Ik vind het erg lastig om nu te zeggen dat ik het een fantastisch idee vind. Als we kijken naar wat er nu nodig is, vind ik wel dat we nu alle effort moeten inzetten op het verbeteren van het contracteerproces. Daar zie ik eerlijk gezegd op de korte termijn veel heil in. Ik vind het ook belangrijk. En als GroenLinks met een concreet voorstel komt, gaan we daar natuurlijk goed naar kijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het contracteerproces moet beter. Het is dan inderdaad de vraag hoeveel hoop je wilt vestigen op het verbetergedrag van de zorgverzekeraars. Ze hebben tot nu toe niet laten zien dat ze bereid zijn om eerlijke tarieven en eerlijke contracten te bieden aan de wijkverpleging. Uiteindelijk gaat het er natuurlijk om dat wij al die mensen vasthouden die zo belangrijk zijn in de zorg, juist in de zorg dicht bij huis. Sterker nog, het gaat er ook om dat we nieuwe mensen aantrekken omdat het aantal ouderen dat thuis woont toeneemt. Dus mijn vraag aan mevrouw Bergkamp is of ze niet alle prioriteit wil geven aan het zoeken naar oplossingen, zodat we al die mensen die dit werk doen weten vast te houden, we ze een eerlijk tarief bieden en we daarmee het beroep ook aantrekkelijk maken voor de nieuwe mensen die we heel hard nodig hebben.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Daar ben ik het gewoon helemaal mee eens. Het is belangrijk om oplossingen te zoeken. Als het gaat over knelpunten op de arbeidsmarkt, ligt er volgens mij vooral bij de wijkverpleging een enorme uitdaging. Dus we moeten wijkverpleegkundigen dan ook niet demotiveren; we moeten ze binden. Als u mijn betoog goed heeft beluisterd, heb ik ook een aantal vragen gesteld. Hoe zit het nou met die tarifiering? Hoe zit het nou met de reden waarom er toch vaak wordt gekozen voor ongecontracteerde zorg? Hoe kunnen we zorgen dat het contracteerproces verbeterd kan worden? Dus ik deel de analyse van mevrouw Ellemeet dat daar onze effort ingezet zou moeten worden.

De **voorzitter**:

Er is ook nog een vraag van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dit antwoord schiet voor mij toch een beetje tekort. Volgens mij ligt er een heel concreet voorstel op tafel, van wat GroenLinks en ook de SP al vaker heeft voorgesteld. Namelijk, geef nou een kostendekkend tarief voor de zorg die wordt geleverd. Vergelijkbaar met wat in de gemeentelijke zorg gebeurt bij de huishoudelijke hulp: je stelt een tarief vast en daarvan wordt de zorg geleverd. Dat geeft natuurlijk heel veel duidelijkheid, precies de duidelijkheid die mevrouw Bergkamp zoekt. Ik zie dus niet zo in waarom we daar nog heel lang over moeten nadenken. Volgens mij ligt er

een heel concreet plan, een heel concreet voorstel. De vraag is uiteindelijk of je gelooft in concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of dat je bereid bent om te kiezen voor een kostendekkend tarief. Dat is toch een heel basale vraag die mevrouw Bergkamp gewoon kan beantwoorden?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik wou dat het leven zo simpel was als het gedachtegoed van de SP daarover. We hebben regelmatig discussies in de Kamer gehad over minimale tarieven. Daarvan hebben we altijd gezegd: daar zijn we niet voor, want als je een minimumtarief vaststelt, gaat daar alle effort in zitten. Ik heb tegen mevrouw Ellemeet gezegd – het is trouwens collegiaal dat u haar verhaal daarin overneemt – dat als er een concreet voorstel komt van GroenLinks dat verdergaat dan alleen maar een interview, we daar gewoon serieus naar gaan kijken. En dan wil ik ook een debat hebben over wat daar de implicaties van zijn, of dit dan de oplossing is om een aantal problemen op te lossen. Ik stel wel vast dat mensen er volgens mij nu bij gebaat zijn om dat contracteerproces echt te verbeteren, zodat zzp'ers ook een kans krijgen. Daarnaast heb ik ook de vraag gesteld hoe het nu met die tarieven zit.

De heer **Hijink** (SP):

«Het contracteerproces» klinkt als een soort abstractum, maar in de kern gaat het gewoon over de vraag of je bereid bent te betalen voor zorg die wordt geleverd. Ben je bereid om die zorgverleners de kostprijs te betalen? Dus het gaat om een hele principiële keuze tussen concurrentie en markt óf het vaststellen van een reële kostprijs en die dan ook vergoeden. Daar hoeft dan geen dik rendement of dikke winst op gemaakt te worden, liever niet zelfs. Maar we moeten ook geen tarieven bieden waarvoor mensen gewoon niet kunnen werken. Dat is wat zorgverzekeraars nu wel doen. Dat heeft niets met het proces te maken. Het is gewoon een principiële keuze. Ik vind dat D66 daarin gewoon een standpunt kan innemen. Dat heeft helemaal niets te maken met of er een nog concreter voorstel van GroenLinks zou liggen. U kunt daar gewoon antwoord op geven. Ik vind ook dat mensen dat van u mogen verwachten.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

U kunt van mij heel veel verwachten, ook dat ik verwachtingen wek die ik kan nakomen. Het is heel makkelijk om bij dit soort onderwerpen dingen te roepen, maar ik vind het ook belangrijk om er een goede onderbouwing van te krijgen. Laten we ook kijken waarin we elkaar wel kunnen vinden. Ik heb een aantal duidelijke vragen gesteld over een tarief. Natuurlijk moet een tarief kostendekkend zijn. Ik ben ook heel benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt. Maar we hebben er ook voor gekozen dat die wijkverpleegkundige kan indiceren. Dat vraagt om maatwerk en dat vraagt niet altijd om een vast stramien waarbinnen zo'n wijkverpleegkundige zich moet bewegen. Dus volgens mij is dat de kern van de zaak. Ik vraag aan de SP om ook een keer na te denken over hoe we elkaar wél kunnen vinden, in plaats van altijd die uitersten te benadrukken. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Bent u klaar met uw betoog? Volgens mij was u met het casemanagement dementie bezig? En u zit in uw laatste minuut.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Kijk eens aan, dat gaat hartstikke goed. Mijn laatste minuut wil ik natuurlijk besteden aan casemanagement dementie. Dat is een belangrijk onderwerp voor D66, waaraan we elke keer ook heel veel aandacht hebben besteed. Ik vraag me af hoe het nu gaat in de praktijk. Als ik de

NZa-monitor lees, denk ik: nou. Hoor ik verhalen vanuit de praktijk, dan zit er toch nog steeds heel veel onduidelijkheid in de rol en in de tijd. We weten allemaal dat die casemanager zo ontzettend belangrijk is. Dat is ook mijn eerste vraag. Hoe gaat het nu in de praktijk? Ervaart de Minister ook dat er toch wel wat verschillen tussen die monitor en de praktijk zijn? Daarnaast wil ik vragen of de Minister het met me eens is dat die casemanager dementie vooral vanuit preventie zo belangrijk is, dat die ook aan het begin van het proces een rol zou moeten spelen. Ik vroeg me af hoe we dat met elkaar kunnen bevorderen.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Kerstens, namens de PvdA.

De heer Kerstens (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Wie je ook spreekt, hier in de Kamer of daarbuiten, iedereen vindt dat de wijkverpleegkundige de spin in het web is en moet zijn als het gaat om goede zorg dichtbij. Niet alleen omdat hij of zij letterlijk in de buurt is, in de wijk, maar zeker ook vanwege de kennis en kunde van die wijkverpleegkundige. Dat is een professional die weet van aanpakken en die weet wat nodig is. Maar terwijl er steeds meer taken op het bordje van de wijkverpleegkundige terechtkomen, voelt die wijkverpleegkundige zich steeds minder die spin in het web en steeds vaker een in het web verstrikt geraakt vliegje, omdat niet iedereen die mooie woorden van zonet vertaalt in daden. Integendeel soms. Zorgverzekeraars gaan hierbij voorop met de Minister in hun kielzog, zo wordt vanuit de sector soms gezegd.

Wat nodig is, ook hier, is een Minister die zijn verantwoordelijkheid pakt en de regie neemt, zodat de wijkverpleegkundige datgene kan doen waarvan we allemaal vinden dat het nodig is, en zodat ze dat goed kan doen. Met het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging heeft de Minister er blijk van gegeven dat ook hij wijkverpleging belangrijk vindt. Goed aan het akkoord is dat veel partijen erbij zijn betrokken: partijen uit het veld maar ook bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Minder fraai is dat – ik citeer even uit het akkoord zelf – er geen sprake is van centrale regie, centrale monitoring en/of centrale verantwoording. Nou komen we dat vaker tegen. Denk even aan het actieprogramma Werken in de Zorg, waarin de verantwoordelijkheid in de regio en bij individuele werkgevers wordt gelegd, en waarin de doelstelling wordt neergelegd op een moment dat de Minister zelf al lang en breed is vertrokken. Net als daar vind ik dat hier niet goed, en net als daar maak ik er ook hier een punt van. De Minister is uiteindelijk als geen ander verantwoordelijk. Hij moet uiteindelijk de regie voeren. En op basis van monitoring van de voortgang van de gemaakte afspraken is het onze taak om hem daarbij te controleren.

Dus anders dan in het hoofdlijnenakkoord staat, moet er wél centrale regie, wél centrale monitoring en wél centrale verantwoording zijn.

Anders gaat het hier elke keer alleen over datgene wat niet goed gaat en de krant haalt, over de incidenten. Smullen voor mij als lid van de oppositie, zou je zeggen, maar dat is uiteindelijk niet wat ik wil en ook niet wat de Minister zou moeten willen. Daarom het verzoek aan de Minister om die monitor een vorm te geven, zodat we een vollediger beeld krijgen en de Minister kunnen aanspreken als dat nodig is en kunnen helpen als dat mogelijk is.

Ik vraag de Minister ook om de regie te pakken waar en zodra het mis lijkt te gaan, zoals nu met betrekking tot de tarieven. Sommige collega's hebben er al over gesproken. Anders dan afgesproken in het hoofdlijnenakkoord blijken zorgverzekeraars de in cao's overeengekomen loonsverhogingen niet een-op-een in de contracten door te vertalen en de sector af te schepen met te lage tarieven. Dat kan de Minister niet over zijn kant laten gaan, vind ik. Het is ook zijn akkoord. Bovendien – zo blijkt uit een

recent onderzoek van de FNV – zijn het de wijkverpleegkundigen die de prijs voor die te lage tarieven betalen, die geen pauzes kunnen opnemen, die in eigen tijd moeten doorwerken en ga zo maar door. Wat mij betreft kan de Minister het niet laten bij mooie woorden over goed werkgeverschap. Het is mede zijn taak om dat mogelijk te maken, door bijvoorbeeld in te grijpen als dat goed werkgeverschap in de knel komt doordat er te lage tarieven worden betaald. Als wijkverpleegkundigen onder de werkdruk bezwijken, zijn niet alleen zij maar uiteindelijk ook cliënten daar de dupe van. Ook dat kan de Minister niet over zijn kant laten gaan. Net zoals ik dat eerder deed rondom de thuiszorg en de jeugdzorg, roep ik de Minister op om ook hier na te denken over minimumtarieven of vaste tarieven.

Voorzitter. Ik had het net over de wijkverpleegkundige die zich steeds minder de spin en steeds meer het vliegje in het web voelt. Dat komt bijvoorbeeld ook door die befaamde en beruchte vijfminutenregistratie. De collega van 50PLUS zei er ook wat over. Alleen zeggen dat het niet hoeft, werkt blijkbaar niet. Dat heeft onder meer te maken met allerlei verantwoordingseisen, zo lezen we. Ook hierbij is de vraag aan de Minister om als het mogelijk is een rol te pakken en te doen wat nodig is. Het gevoel van die wijkverpleegkundige wordt nog eens versterkt als vanuit zorgverzekeraars in de contracten steeds meer druk wordt uitgeoefend om het beschikbare aantal uren per cliënt terug te brengen. Daarbij is in de praktijk blijkbaar de grens van vijftien uur per cliënt per maand ontstaan. Waarop is die gebaseerd, vraag ik de Minister. Ten slotte, voorzitter. Deze zomer bracht de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid het rapport Van verschil naar potentieel uit, over het terugbrengen van de zogenaamd sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ik zou me zomaar kunnen voorstellen dat er ook een rol is weggelegd voor de wijkverpleegkundige als daar uitvoering aan wordt gegeven. Daar hoor ik de Minister natuurlijk graag over. Die wijkverpleegkundige heeft immers als geen ander te maken met kwetsbare groepen met een gezondheidsachterstand. Hoe kijkt de Minister daarnaar? En als ook hij die rol ziet weggelegd voor de wijkverpleegkundige, hoe maken we het dan mogelijk dat de wijkverpleegkundige die rol ook echt kan spelen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Hermans, namens de VVD.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dank u wel.

Voorzitter. Zorg thuis: persoonlijker en dichterbij kunnen we de zorg eigenlijk niet organiseren. Alleen daarom al moeten we er met z'n allen voor zorgen dat die zorg nu en in de toekomst blijft bestaan. Dat vraagt wel wat, want voor al die mensen die dergelijke zorg thuis verlenen, is het keihard werken. Ook in de wijkverpleging zijn er te weinig mensen, ook in de wijkverpleging gaat nog veel tijd verloren aan lijstjes en regeltjes, en ook in de wijkverpleging staat de grote uitdaging voor de deur om de zorg te veranderen en nog meer aan te passen aan de behoeften en wensen van mensen. Want uiteindelijk gaat het om kwaliteit van leven en dat je zo veel mogelijk het leven kunt blijven leiden dat jij wilt en dat je daarin zelf je keuzes kunt blijven maken, ook al heb je zorg nodig. Dat vraagt om goede, liefdevolle en ook slimme zorg thuis.

Voorzitter. Dit geldt natuurlijk altijd, elke dag, maar zeker ook in de laatste fase van het leven. Juist dan moet je tijd niet gaan zitten in papierwerk, overleggen en eindeloze telefoontjes om dingen voor elkaar te krijgen; niet voor een wijkverpleegkundige en niet voor de familie. Dat het ook anders kan, zien we in het noorden van het land. Daar loopt nu een pilot waarin alle informatie voor de palliatieve zorg van mensen wordt

verzameld in een digitale omgeving, de «persoonlijke gezondheidsomgeving», om dat vreselijke woord maar een keer te gebruiken. Dat is een plek waar alle informatie staat; die is steeds up-to-date en toegankelijk voor iedereen die betrokken is bij de zorg, of dat nu de verpleegkundige, de familie of de mantelzorger is. Dat lijkt een hele simpele oplossing, maar tot voor kort werd al die informatie alleen nog maar gedeeld via papier, via brieven. Die informatie was niet alleen razendsnel verouderd, maar leidde ook nog eens tot eindeloos veel overleg. Dat ging allemaal ten koste van de zorg en aandacht voor mensen in die toch al zo moeilijke laatste fase van het leven. Dat mag en kan toch niet het geval zijn? Het kan dus ook anders, zo laat dit goede initiatief zien. Om eerlijk te zijn stelt de brief die de Minister stuurde over de financiering van palliatieve zorg ons nog niet gerust. Want bij twee van de drie oplossingen die weliswaar ook door mensen uit het veld zijn aangedragen, geeft de Minister aan dat de bestaande beleidsregels de oplossing al zouden bieden. Maar die regels bestaan al en toch gaat het vaak nog niet goed genoeg. Graag een reactie van de Minister hierop.

Voorzitter. Ook uit dit voorbeeld blijkt het weer: dit is een pilot en het lukt onvoldoende om die pilot echt regulier onderdeel te maken van het werk van wijkverpleegkundigen. Dat heeft met financiering te maken en dat heeft met organisatie te maken. In dat kader heb ik een aantal vragen. In het bestuurlijk akkoord wijkverpleging uit 2017 is afgesproken dat onderzocht zou worden wat goede vormen van slimme zorg zijn en welke investeringen daarvoor nodig zijn. Wat heeft dat onderzoek opgeleverd? Welke concrete stappen worden er nu naar aanleiding van dit onderzoek gezet? In antwoord op Kamervragen van mevrouw Ellemeet concludeert de Minister dat de financiering van thuiszorgtechnologie mogelijk is en dat hierin stappen gezet kunnen worden. Maar hoe vaak spreken zorgaanbieders een hoger tarief af met de zorgverzekeraar voor de bekostiging van technologie? En hoe vaak maken ze gebruik van de extra vergoedingen voor bijvoorbeeld beeldschermcommunicatie? Allemaal mogelijkheden waarvan de Minister aangeeft dat die er al zijn, maar mijn vraag is dus hoe vaak het nou gebeurt? Hoe vaak is er tot op heden gebruikgemaakt van de zogenaamde prestatiebeloning op maat? Wat staat het maken van deze afspraken of het gebruik van deze regeling in de weg? Graag een antwoord op deze vragen.

Voorzitter. Goede, liefdevolle én slimme zorg thuis, om welke reden en in welke fase van je leven dan ook, daarvoor moeten we met elkaar zorgen. Ook al gaat er veel goed, we moeten constateren dat het nog beter kan. Uit de brieven van de Minister maak ik op dat hij die ambitie deelt. Alleen vind ik de actie die hij eraan koppelt echt nog te beperkt. Het bij herhaling wijzen op bestaande regelingen en mogelijkheden zet geen zoden aan de dijk, als blijkt dat die regelingen zo in ons systeem verstopt zitten dat ze niet de weg vinden naar de mensen, naar de wijkverpleegkundigen en naar de patiënten die er zo veel aan kunnen hebben. Dat moeten we ons aantrekken en dat moeten we oplossen. Ik kijk uit naar de beantwoording van de Minister.

De voorzitter:

Op de valreep nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kan het natuurlijk niet anders dan eens zijn met de vragen over de thuiszorgtechnologie. Heel erg belangrijk. Maar mij moet ook van het hart dat mevrouw Hermans over een aantal heel belangrijke zaken heenstapt. Ze heeft het over goede, liefdevolle zorg. Dat horen we de VVD vaker zeggen en ze weet het ook op een hele liefdevolle manier te brengen. Toch ben ik wel kritisch op het feit dat die goede, liefdevolle zorg alleen geboden kan worden op het moment dat de wijkverpleegkundigen voldoende betaald worden om hun werk in alle volledigheid te doen. Mijn

vraag aan mevrouw Hermans is of zij het met mij eens is dat daar dan ook eerlijke tarieven tegenover moeten staan.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Kijk, als we een manier met elkaar hebben afgesproken waarop we die zorg organiseren, moeten we tarieven hebben waarvoor je die zorg kan leveren. In de wijkverpleging hebben we een integraal tarief afgesproken. Dat heeft ook te maken met het zo beperkt mogelijk houden van administratieve lasten. In sommige gevallen zijn intensieve en de meer kostbare vormen van wijkverpleging nodig, zoals wondverzorging, palliatieve zorg of intensieve kindzorg. Ik noem dat altijd de meer gespecialiseerde vormen van wijkverpleging en daar deel ik de zorg die mevrouw Ellemeet in haar inbreng en ook in deze vraag aan mij schetst. Als je veel van dat soort vormen van zorg biedt, dan kan ik me voorstellen dat het integrale tarief beknellend kan zijn. Daarom vind ik het heel goed dat nu dat onderzoek naar het kostprijsmodel loopt. Mijn vraag is overigens wel wanneer dat precies komt, want ik ben heel erg benieuwd of dat een oplossing kan zijn, ook voor het punt dat ik zonet aanraakte. Als je als aanbieder vooral dat soort vormen van wijkverpleging biedt, moet je dat wel goed kunnen doen en moet je de gemaakte afspraken met zowel de verzekeraar als de cliënt, wel goed kunnen nakomen. En daarbij horen dus tarieven die dat mogelijk maken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik herken de problemen die mevrouw Hermans schetst, maar zij stapt wel over een aantal andere zaken heen, namelijk dat de Zorgautoriteit maximumtarieven vaststelt. Maximumtarieven staan voor de gemiddelde kostprijs. Laten we dat tot ons door laten dringen: de gemiddelde kostprijs is het maximumtarief. En daar gaat de zorgverzekeraar met grote regelmaat onder zitten. Daar komt nog bij dat het niet alleen gaat om gespecialiseerde zorg, maar ook om preventie, waarvan we allemaal heel belangrijk vinden dat die wijkverpleegkundige dat doet. Dus allerlei vormen van zorg vallen van het bordje af door de manier waarop er gecontracteerd wordt. Nou wil deze Minister nog meer macht en ruimte aan de zorgverzekeraars geven om te zeggen: als je bij mij geen contracten afneemt onder mijn voorwaarden, dan wordt het financieel heel onaantrekkelijk om nog zorg te leveren. Wat vindt mevrouw Hermans daarvan?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik haal toch even die twee dingen uit elkaar: de tarieven en de contracten. Ik heb over de tarieven gezegd wat ik daarover gezegd heb. Dan over de contracten: ik vind het heel belangrijk dat zo veel mogelijk aanbieders een contract sluiten met de zorgverzekeraar. Ik heb het liefst dat iedereen dat doet, want dan maak je afspraken over kwaliteit, over prijs, over innovatie. En op basis van die afspraken weet iedereen wat je van elkaar kunt verwachten. Een heel aantal aanbieders sluit nu dat contract niet en dat komt ook omdat ze er soms gewoon niet tussenkomen bij de zorgverzekeraars. Ik vind dus echt dat er geen excuus kan zijn voor zorgverzekeraars om iemand niet te contracteren die dat wel heel graag wil, die daartoe bereid is en die juist heel graag dat soort afspraken wil maken. Dus dat we daar stappen in moeten zetten, vind ik niet meer dan logisch. Sterker nog, daar ben ik heel erg voor. Als de Minister met die monitor komt in het begin van het jaar, wil ik ook echt zien dat die verzekeraars daar stappen in gezet hebben. Het kan niet zomaar zijn dat we alleen maar zien dat het niet gelukt is en dat daar verder geen verklaring voor is. Daar horen een verklaring en een verhaal bij.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, u geeft aan dat er niet geantwoord is op uw vraag? Oké. Dan krijgt u nog kort de mogelijkheid om die nog even toe te lichten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn vraag was wat mevrouw Hermans vindt van het voorstel van de Minister om ongecontracteerde zorg financieel nog onaantrekkelijker te maken?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dan kom ik toch nog even terug op mijn punt over contracteren. Ik vind het dus belangrijk dat er contracten zijn. Ik vind dus ook dat we in de volgorde der dingen eerst alles op alles moeten zetten om het voor zo veel mogelijk aanbieders mogelijk te maken dat ze contracten kunnen sluiten met zorgverzekeraars. Daar waar dat niet lukt en waar we in het begin van volgend jaar zien dat het achterblijft, moeten we gaan kijken naar de oorzaak daarvan en die aanpakken. Als die zit bij de zorgverzekeraars die nog steeds onvoldoende bereid zijn om het aan te pakken, moeten we daar iets aan doen. Als het ook iets te maken heeft met de weigering vanuit aanbieders om contracten te sluiten, om wat voor reden dan ook, moeten we ook niet schromen om daarnaar te kijken. Want – en dan citeer ik toch even iets uit de brief van de Minister – het feit dat er op dit moment 100 miljoen euro weglekt uit de zorg en uiteindelijk gewoon terecht komt in de premie die wij allemaal betalen en dat met die 100 miljoen 17.000 cliënten extra geholpen zouden zijn, vind ik een reden om daar iets aan te doen.

De **voorzitter**:

Ik zag als eerste een vraag van de heer Kerstens.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Nog een vraag over de tarieven. Er zijn in het hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt over het – ik zeg het maar simpel – doorvertalen van loonsverhogingen die zijn overeengekomen in de sector en in de contracten. Nou horen we allemaal de geluiden dat dat niet of onvoldoende gebeurt. De meeste partijen in deze Kamer vinden dat zorgmedewerkers meer verdienen dan ze krijgen. Dan zou het extra vervelend zijn als er een loonsverhoging komt en ze die niet terugzien of dat die in de contracten niet wordt vertaald in de werkdruk die we zien. Denk aan het FNV-onderzoek. Wat vindt de VVD de rol van de Minister? Als we met z'n allen vaststellen dat die afspraak niet nagekomen wordt, dat die loonsverhoging niet doorbetaald wordt met alle problemen van dien – problemen die op de werkgever rusten en die hij soms tegen zijn wil doorvertaalt aan de werknemer en waar uiteindelijk ook de cliënten weer de dupe van worden – wat verwacht de VVD dan van de Minister?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Kijk, afspraken uit het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken die ook met de Minister zijn gemaakt. Dus ik verwacht dan dat de Minister in gesprek gaat met de partijen met wie die afspraken zijn gemaakt en iedereen wijst op zijn verantwoordelijkheid en op de handtekening die gezet is onder het akkoord.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dat is helder. Dat is wat mij betreft ook het eerste deel van het antwoord. Stel nu dat partijen wiens handtekeningen onder allerlei akkoorden staan er toch niet uitkomen en je in ieder geval objectief kunt vaststellen dat die tarieven niet kloppen; we hebben dat in de thuiszorg gezien en in de jeugdzorg is daar nog steeds een hele discussie over gaande. Wanneer breekt volgens de VVD het moment aan dat de Minister moet zeggen:

nou, ik heb jullie erop aangesproken, ik zie dat er onvoldoende verbetering is, nu neem ik mijn verantwoordelijkheid? Wanneer breekt dat moment aan? En wat zou de Minister dan moeten doen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik vind echt dat we de dingen in de goede volgorde moeten doen. Dus er bereiken ons nu berichten dat de afspraken niet nagekomen zouden worden. Dan zou nu mijn eerste stap zijn dat de Minister met die partijen dat gesprek gaat voeren en in elk geval achterhaalt wat er aan de hand is en wat de reden is. Op basis daarvan gaan we dan vervolgstappen bepalen.

De **voorzitter**:

Meneer Kerstens, u heeft gesproken in tweeën.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dat klopt, maar omdat ik ook geen antwoord kreeg op mijn tweede vraag...

De **voorzitter**:

Maar u had nog een tweede interruptie openstaan. Dus.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Nou, kijk eens aan.

De **voorzitter**:

Dan hebben we het weer opgelost.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dan geef ik de volgende weg. Die volgorde die mevrouw Hermans aangeeft begrijp ik, want die schets ik zelf ook. Maar ik vind dat wij met z'n allen zoals we hier aan tafel zitten – inclusief de Minister en daarom heb ik hem die vragen ook gesteld – nu gewoon al klip-en-klaar kunnen aangeven wat we van de Minister verwachten als het niet lukt. Hij is de eindverantwoordelijke, zijn handtekening staat eronder en hij kan niet eindeloos blijven praten; daar hebben in ieder geval die wijkverpleegkundigen niks aan. Stel dat het niet lukt, stel dat men er niet in goed onderling overleg uitkomt, wat moet de Minister dan doen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik vind dit toch lastig. Dit zijn allemaal scenario's en ik zou nog vijf scenario's kunnen bedenken die zouden kunnen plaatsvinden. Nogmaals, er zijn afspraken gemaakt tussen de Minister en alle partijen die hun handtekening onder dat akkoord hebben gezet. Die handtekening is nog maar net droog, zou je kunnen zeggen. Ik ga ervan uit dat iedereen alles op alles zet om die afspraken na te komen. Als er nu al geluiden naar buiten komen dat dat op een onderdeel niet zo is, zou ik in elk geval zeggen dat iedereen als de wiedeweerga aan tafel moet gaan onder aanvoering van de Minister en daar serieus het gesprek over voert.

De **voorzitter**:

Helder. Mevrouw Bergkamp had nog een vraag.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Mevrouw Hermans geeft aan dat ze de volgorde belangrijk vindt en dat ze veel waarde hecht aan een goede analyse van het contracteerproces. Ik wil nog even een stapje terug naar de ongecontracteerde zorg. Vindt zij ook dat het initiatief van de Minister om nu al met een wet te komen prematuur is in de volgorde der dingen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik vind het in de volgorde der dingen dat de Minister dat nu aankondigt. Daar kan ik me iets bij voorstellen. Ik had het net al over de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord. Daar staat ook iets over mogelijke aanpassingen in wet- en regelgeving. Ik vind wel dat je zeker moet weten dat de wet een oplossing is voor het probleem, voordat je ja gaat zeggen tegen zo'n wet of hem echt gaat invoeren. Dat er iets aan de hand is met ongecontracteerde zorg kunnen we volgens mij feitelijk vaststellen. Maar als je vervolgens een pleister gaat plakken, moeten we wel zeker weten dat we die op de goede plek plakken. Dus daarom zeg ik: ik vind het goed dat die wet wordt voorbereid, maar voordat we hem gaan invoeren, voordat we ermee gaan werken, moeten we zeker weten dat die het probleem oplost.

In aanvulling daarop nog één punt. Misschien hoorde ik dat in een vraag en stelde u dat niet, maar u noemde zelf ook al dat die monitor belangrijk is in het begin van het jaar. Ik denk dat juist die heel cruciaal wordt om die afweging goed te kunnen maken. Nu schiet me weer te binnen wat ik wilde zeggen. Ik vind het belangrijk om die wet wel voor te bereiden, omdat het contracteerproces aan allerlei deadlines verbonden is. En we weten allemaal dat een wet voorbereiden ook even tijd kost. Dus het is soms ook goed om dingen vast klaar te hebben liggen. Als je het dan nodig hebt, haal je het zo uit de kast en als het niet nodig is, dan doen we dat niet.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Maar als je nu eens gewoon strategisch naar het wetsvoorstel kijkt. Je verwacht nu best ook heel veel van de zorgverzekeraars. Gezien de signalen die we nu krijgen en de huidige verhoudingen, vraag ik me af of het wel handig is om nu al een wet aan te kondigen. Dus ik vraag me af of het strategisch gezien handig is om nu al met een wet te komen, omdat je juist wil dat die zorgverzekeraars ook aan de bak gaan met het verbeteren van het contracteerproces. Maar dat terzijde.

Ik wilde nog even een andere vraag stellen, namelijk over het contracteerproces. Er staat op pagina 14 een hele mooie lijst met onderwerpen waardoor het contracteerproces verbeterd moet worden. Mevrouw Hermans geeft aan dat die NZa-monitor heel erg belangrijk is. Dat deel ik, maar ik ben alleen zo bang dat je straks de discussie krijgt over kwantiteitsstijging of -daling ten opzichte van een aantal kwalitatieve afspraken. Ik noem maar één voorbeeld: zorgverzekeraars moeten voldoende bereikbaar zijn. Ik denk dat het belangrijk is om te kijken hoe we de hierover gemaakte afspraken ook kunnen kwantificeren. Anders krijg je de discussie over wat de verhouding is tussen de kwalitatieve afspraken en de kwantitatieve resultaten. Ik hoop dat ik het goed uitleg. Het is belangrijk dat we niet uiteindelijk over een jaar een discussie krijgen over hoe het een en ander nou precies zit, dat het een soort welles-nietesdiscussie wordt. Misschien gebeurt het nooit, maar laten we even uitgaan van een jaar, als ik de Minister goed beluister. Ik doe maar vast een voorspelling. Ik denk dat dat zo gaat gebeuren.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ja, ik denk dat ik begrijp wat u met dat laatste bedoelt en daar kan ik me ook iets bij voorstellen, maar dat zou wat mij betreft echt een vraag aan de Minister moeten zijn. Hoe gaat hij die monitor inrichten en wat voor doelen of elementen krijgen daar een plek in? Wat betreft uw vraag over wat het betekent als je nu al deze wet aankondigt en wat voor invloed dat heeft op de gemaakte afspraken vind ik wel dat het bevorderen van contracteren en de daarover gemaakte afspraken het allerbelangrijkste is. Dat zal ik nogmaals benadrukken. Dat is het allereerste en allerbelangrijkste wat moet gebeuren en daar moeten nu stappen op gezet worden. Begin volgend jaar wil ik ook zien dat daarin echt een verbetering

optreedt; dat kan ook in de loop van volgend jaar zijn, want ik snap dat we daar eventjes de tijd voor moeten hebben. Volgens mij hoort bij het maken van afspraken in een akkoord ook dat we kijken of die afspraken zijn nagekomen en of ze het effect hadden dat we voor ogen hadden.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Dan gaan we naar de heer Slootweg, namens het CDA.

De heer Slootweg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Vanmiddag gaat het in de kern voor ons om het leveren van goede wijkverpleegkundige zorg aan de oudere of aan de persoon met een beperking die deze zorg nodig heeft.

Voorzitter. Ik wil beginnen met het bevorderen van het contracteerproces. Het CDA wil dat een contract een voorkeursoptie is voor zorgaanbieders, al kan ongecontracteerde zorg ook zorgen voor vernieuwing en is die vaak inzetbaar in lastige situaties of lastige gebieden. De NZa concludeert in haar monitor dat een toename van de ongecontracteerde zorg in omvang en aanbieders onwenselijk is. Ze concludeert ook dat de redenen om geen contract te hebben zeer divers zijn: te lage budgetten, het geen cliënten hebben in het werkgebied van zorgverzekeraars of de te hoge administratieve lasten. Bevorderen van contracteren vraagt daarom zeker ook wat van de kant van de zorgverzekeraars. Daarom heb ik een aantal vragen. Welke inspanning moeten zorgverzekeraars aantoonbaar gaan leveren zodat het interessant wordt voor zorgaanbieders om een contract aan te gaan? Welke inspanning moeten zorgverzekeraars aantoonbaar gaan leveren zodat zzp'ers en kleine zorgaanbieders ook een contract kunnen afsluiten? En hoe gaat de Minister dat meten? Hoe reëel is het dat 2017 als ijkjaar wordt genomen, terwijl het hoofdlijnenakkoord in 2018 is afgesloten?

Het CDA leest in de brief dat de Minister via Vektis en de NZa gaat monitoren of de ongecontracteerde zorg daalt. Kan de Minister meer specifiek aangeven wat er onderzocht gaat worden? Kan de Kamer hierover verder geïnformeerd worden? Wordt in deze monitor ook de mening van cliënten en zorgprofessionals meegenomen? Wie gaan bepalen wat de inspanningen zijn om contracteren te bevorderen en wat dat moet opleveren, en hoe gaan zij dat bepalen? Graag een reactie. Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Sturen op doelmatigheid lijkt steeds belangrijker te worden. Er zijn zorgverzekeraars die dit vertalen in maximaal vijftien uur zorg per cliënt per maand. Dat kan misschien doelmatig zijn vanuit de zorgverzekeraar, maar is het ook doelmatig vanuit andere zorgdomeinen zoals de Wet langdurige zorg? Wordt bij monitoring op doelmatigheid ook gekeken of de zorginkoop en contractering bijdragen aan doelmatigheid in de hele zorgketen?

Uit de NZa-monitoring blijkt dat de budgetplafonds die door de zorgverzekeraars worden ingesteld, in 27% van de gevallen leiden tot patiëntenstops. Veruit de meeste aanbieders gaven twee keer per jaar een stop af. De besluitvorming over bijcontracteren vergt tijd. Dat kost drie maanden en dat is nogal een tijd gezien de doorleverplicht. Kan de Minister in overleg treden met zorgverzekeraars om voor bijcontractering maximale termijnen af te spreken? Wat vindt de Minister van de conclusie van de NZa dat aanbieders kritisch zijn over de bereikbaarheid en over de afwezigheid van echt onderhandelen over het afsluiten van een contract? Voorzitter. Dan de meer specialistische wijkverpleging, zoals wijkverpleegkundigen. Er zijn al een aantal acties ondernomen door de Minister, maar ook door zijn voorganger. Wat heeft dat bijvoorbeeld met betrekking tot de kinderverpleegkundige opgeleverd? Steeds vaker wordt de wijkverpleging gecontracteerd op basis van een integraal tarief. Het belangrijkste doel, namelijk daling van de administratieve last, lijkt desondanks niet te worden behaald. Specialistische zorgvormen vragen inzet van gespecialiseerd personeel, maar in geval van een integraal tarief

pakt dit vaak ongunstig uit in doelmatigheidsmetingen. Dit stimuleert de aanbieder niet automatisch tot betere zorg en kan klemmen, bijvoorbeeld in geval van palliatieve terminale zorg, omdat die geen uitstel verdraagt. Hoe wil de Minister stimuleren dat aan de ene kant de gespecialiseerde zorgvormen worden geleverd en anderzijds de administratieve last afneemt? Biedt bijvoorbeeld de lumpsumfinanciering waar de Meander-Groep mee experimenteert daarvoor aanknopingspunten? Ten slotte, hoe voorkomt de Minister dat er selectie van cliënten plaatsvindt, zodat mensen met een bovengemiddelde zorgvraag op ellenlange wachtlijsten terechtkomen of anderszins geweerd worden?

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een vraag van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

CDA-leider Buma heeft onlangs op een congres gezegd dat het liberaal rendementsdenken in de zorg te ver is doorgeschoten. Dat zien we ook op verschillende plekken. We hebben in Almelo een thuiszorgorganisatie gehad die een rendement boekte, mede op de wijkverpleging, van ik geloof bijna 70%. Mijn vraag aan de heer Slootweg is de volgende. Als hij het eens is met zijn politiek leider en hij zelf dus ook vindt dat het liberaal rendementsdenken is doorgeschoten, zou het dan niet slim zijn om gewoon een einde te maken aan de mogelijkheid tot winstuitkeringen, niet alleen in de wijkverpleging maar overal in de zorg?

De heer Slootweg (CDA):

Ik denk dat de heer Hijink in ons verkiezingsprogramma wel heeft gelezen dat wij zeer kritisch staan tegenover winsten in de zorg. Als wij kunnen gaan kijken hoe dat in de komende periode beteugeld gaat worden, onderzoeken we dat zeer ernstig. Het punt daarbij is altijd op welke wijze dat dan precies moet gebeuren, dus in welke vorm. Wij staan daar kritisch tegenover, omdat dit ons inziens ervoor zorgt dat publiek geld dat voor de zorg is bedoeld, niet bij de zorg terechtkomt. En dat is volgens mij een punt dat we al jaren voeren. Dus dat kan ook niet nieuw zijn.

De heer Hijink (SP):

Nee, maar ik zie de voorstellen van het kabinet en de onderzoeken die het kabinet nu heeft ingezet. Die zijn juist aan het onderzoeken hoe er juist meer mogelijkheden kunnen worden geboden om winstuitkeringen in de zorg mogelijk te maken. Maar de heer Slootweg zegt eigenlijk en dan kan ik er nu dus van uitgaan dat het CDA de komende tijd, het komende jaar, onder geen beding zal instemmen met meer mogelijkheden tot winstuitkeringen in de zorg?

De heer Slootweg (CDA):

De heer Hijink moet mij wel goed verstaan. Ik denk dat het hierin heel precies komt. Waar vloeit publiek geld dat voor de zorg bedoeld wordt weg? Dat is wat wij willen gaan onderzoeken en waarnaar we ook in de komende periode willen gaan kijken, want dat vinden wij echt onwenselijk. Dat willen wij niet en dat hebben wij volgens mij de afgelopen jaren constant gezegd.

De voorzitter:

Dan is het woord aan mevrouw Agema, namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Net als in januari bespreken we vandaag de wijkverpleging. Dus de Minister heeft even de tijd gehad. Ik moet u bekennen dat ik de voorliggende stukken nogal teleurstellend vind. Er is een tekort van ruim 2.500 medewerkers in de wijk. Dat is zorgelijk, want

dat zegt natuurlijk alles over wachtlijsten en over de vraag of langer thuis wonen haalbaar is, en het zegt bijvoorbeeld veel over het al dan niet thuis kunnen sterven. Dat vorig jaar 35 mensen niet thuis konden sterven, is slechts het topje van de ijsberg. Het komt veel vaker voor dat het voor iemand die te horen krijgt nog enkele dagen te zullen leven en aangeeft naar huis te willen, ophoudt als de eerste aanbieder geen personeel heeft, de vraag regionaal uitzet, en daar dan ook niemand vindt. Ik sla dan ook aan op de woorden, en ik citeer: specifiek voor palliatieve terminale zorg vindt de Minister van VWS dat wanneer iemand thuis wil sterven, dat, indien dit ook verantwoord is, mogelijk gemaakt wordt. Wat bedoelt de Minister met «indien dit ook verantwoord is»? Zolang mensen uit vrije wil zijn opgenomen, kun je ze niet tegen hun zin in een instelling houden. Iedereen ergert zich aan de vijfminutenregistratie en iedereen wil ervan af. We zijn nu aan het einde van 2018 en we zien dat er niets veranderd is ondanks het aannemen van mijn motie; ik dank de Minister dat hij het oordeel over de motie aan de Kamer heeft gelaten. Door verzekeraars via contracten en door accountants in de verantwoording worden nog steeds vijfminutenregistraties geëist. De Minister zou met hen gaan praten. Heeft u dat ook gedaan? Wat is de uitkomst? Waarom staat er eigenlijk niets over vijfminutenregistraties in de hoofdlijnenakkoorden?

Voorzitter. De stukken met betrekking tot de niet-gecontracteerde zorg vind ik nogal hysterisch. De analyse in de brief van 12 april is flinterdun, maar gaat vervolgens wel een eigen leven leiden. In de NZa-monitor van 26 april wordt het al een waarheid, maar nergens wordt het fenomeen uitgediept. De NZa schrijft nog wel dat aanbieders meer mogelijkheden voor overleg en onderhandeling met de verzekeraar willen en dat zij vinden dat deze bereikbaar moet zijn, maar daar houdt het mee op. De kleine aanbieders in de kleine kernen, die we tijdens het vorige debat aanhangig maakten, komen alleen nog maar terug in toegevoegde zinnetje terwijl het probleem nergens wordt uitgediept. Verzekeraar Zilveren Kruis stelt een ondergrens van een ton omzet. Dit probleem is niet opgelost. Het is voor 2019 nog steeds een vereiste. Heeft de Minister nog contact gehad met de verzekeraars over dit soort onhaalbare eisen? Ziet de Minister niet dat de belachelijke eisen van de zorgverzekeraars ervoor zorgen dat te veel zorgaanbieders niet eens in aanmerking komen voor een contract? Een zorgmakelaar kan hiervoor toch niet een serieuze oplossing zijn?

In de brief van 9 november wordt het pas echt bont. De zweep gaat erover. «Het aandeel niet-gecontracteerde zorg leidt tot hogere premies» staat er. Echt waar. Het gaat om hooguit een tiental miljoen die het extra kost, maar alle sirenes loeien. De premie van € 130,00 per maand stijgt daarmee de helft van een tiende van één cent. Dus tot twee cijfers achter de komma van de premie gebeurt er helemaal niets. Waarom moeten we dan hysterisch bang gemaakt worden met de oplopende premie? Het is werkelijk waar lariekoek.

Voorzitter. Ook wordt er gesproken over onrechtmatige zorg, maar ik heb nog geen begin gezien van bewijs. En er wordt zomaar van uitgegaan dat niet-gecontracteerden te veel zorg geven die daarmee als vanzelfsprekend ondoelmatig is. Ook hiervoor wordt geen bewijs geleverd.

De andere kant is evenwel mogelijk en soms ook evident. Bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die 24 of zelfs 48 uur zorg geeft in de stervensfase. Meestal is dat een dame. Ze maakt heel veel uren achter elkaar, maar werkt niet voor een aanbieder, omdat zulke lange diensten helemaal niet mogen voor een baas. Deze persoon is in de regel zeer hoog opgeleid en kan een stervende goed verplegen, maar het gaat ook over hand-in-handzorg en waken. Is dit ondoelmatig? Nee. Is het onrechtmatig? Nee, al helemaal niet. Is het ongecontracteerd? Ja, dat wel. Maar dit is dus niet uitgezocht, voorzitter.

De Minister heeft onvoldoende gezocht naar verklaringen voor de groei van de niet-gecontracteerde zorg, maar dreigt zelfs met een wetswijziging

en met lagere vergoedingen voor het leveren van niet-gecontracteerde zorg. Is de Minister ervan op de hoogte dat de vijfminutenvergoeding voor gecontracteerde zorg op dit moment € 4,17 is en voor niet-contracteerde zorg € 2,85?

De voorzitter:

Mevrouw Agema, wilt u afronden?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik krijg de indruk dat hier een Minister zit die op dit moment nogal op de hand is van de verzekeraar. Ik ben heel erg blij dat D66 dit proces op dit moment een halt toeroept, want we moeten eerst heel goed weten hoe een en ander in elkaar zit voordat er wetswijzigingen naar de Kamer worden gestuurd en besproken.

Ten slotte nog één heel klein puntje. Ik zag onder agendapunt 10 twee brieven van de Minister staan, aan de SER en de WRR, maar die horen volgens mij helemaal niet bij dit debat thuis. Dus ik richt me even tot mijn collega's en stel voor om die brieven ergens anders te behandelen, want die hebben echt helemaal niets met wijkverpleging te maken. Dit was mijn laatste kleine puntje, voorzitter.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Dan kijk ik even naar de Minister en schors de vergadering voor een kwartier.

De vergadering wordt van 14.01 uur tot 14.17 uur geschorst.

De voorzitter:

Hierbij heropen ik de vergadering. Ik zou met u willen afspreken om ook hier twee interrupties toe te staan en wel korte interrupties met korte antwoorden, dan komt het vast helemaal goed. Dan geef ik graag het woord aan de Minister.

Minister De Jonge:

Voorzitter, dank u wel. En dank voor alle vragen die zijn gesteld in de eerste termijn. Het zijn heel veel vragen, dus ik heb wel een beetje geprobeerd om de beantwoording te clusteren. Ik wil zo meteen beginnen met de niet-gecontracteerde zorg en hoe daarmee om te gaan. Dan wil ik verder gaan met administratieve lasten, indicatiestelling, palliatieve zorg als blokje vier en arbeidsmarkt als blokje vijf. En dan heb ik altijd nog een blokje varia over voor vragen die zich niet zo makkelijk lieten indelen. Mocht ik in de clustering iets te enthousiast zijn geweest en daardoor vragen over het hoofd zien, dan zou ik ter aanmoediging willen zeggen: hou mij scherp.

Voorzitter. Dank voor alle vragen. Eigenlijk sluit ik me om te beginnen graag aan bij alles wat met waardering is gezegd over het werk van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige als spin in het web, zoals de heer Kerstens het bijvoorbeeld zei.

Er valt iemand van zijn stoel, inclusief tablet, papieren et cetera.

Minister De Jonge:

Oei, is er een wijkverpleegkundige of is er wijkverpleegkundige zorg in de zaal?

De voorzitter:

Iedereen leeft nog? Oké. Heel goed.

Minister De Jonge:

ActiZ zit nog recht overeind, dat is altijd vertrouwenwekkend.

Voorzitter. Ik was gebleven bij de overweging dat ik mij natuurlijk aansluit bij alle waarderende woorden die zijn gesproken over de wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige als spin in het web, zoals de heer Kerstens het zei, is precies wat ik zie als ik met wijkverpleegkundigen op stap ga. Maar als ik met wijkverpleegkundigen op stap ga, zie ik ook de zorg om voldoende collega's, de zucht onder de regelgeving en soms ook de versnippering van de wijkverpleegkundige zorg zoals die zich voordoet; overigens is mijn taxatie dat dat erg verschilt per deel van het land waar je op werkbezoek bent. Kortom, we zien allemaal de grote waarde van de wijkverpleegkundige zorg en tegelijkertijd delen we volgens mij ook de zorgen die u naar voren heeft gebracht. Ik wil daar zo meteen graag op ingaan.

Een tweede algemene opmerking die ik vooraf wil maken, is dat de wijkverpleegkundige zorg zodat we die nu doen, eigenlijk nog een vrij jonge vorm van zorg is. Enerzijds is het vak wijkverpleegkundige zo oud als de weg naar Kralingen, maar de manier waarop het nu gaat – in het post-AWBZ-tijdperk, zoals je het zou kunnen zeggen – is zich nog volop aan het ontwikkelen. Daarin zien we hele mooie en hele innovatieve ontwikkelingen. Aanbieders die dat in mijn ogen ontzettend mooi met wijkverpleegkundigen doen, op zo'n manier dat er ook echt heel veel van te leren valt. Tegelijkertijd weten we ook dat we er echt nog lang niet zijn. Dus hebben we werk te doen. Ik wil graag met u langs een aantal blokjes lopen om dat werk, ons huiswerk voor de komende periode, te schetsen. Ik wil beginnen met de niet-gecontracteerde zorg, omdat daarover eigenlijk de meeste vragen zijn gesteld. U heeft vorige week een brief gehad, waarin we hebben beschreven hoezeer het nodig is om te komen tot meer gecontracteerde zorg. Ik geloof ook niet dat dat wordt bestreden. Tegelijkertijd noemt u daarbij wel een aantal zorgen. Daarom wil ik een aantal elementen uit die brief preciseren.

Om te beginnen wil ik graag zeggen dat die brief eigenlijk een uitwerking is van datgene wat we hebben afgesproken in het hoofdlijnenakkoord. Dat is op zichzelf genomen weer een uitwerking van datgene wat ook in het regeerakkoord stond, namelijk dat het onderscheid tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg moet worden verhelderd. Dat is ook precies wat we op dit moment aan het doen zijn.

Eerst even het waarom. Waarom maken we ons daar zo druk over of waarom maken de partijen van het hoofdlijnenakkoord zich daar zo druk over? Kijk, we weten uit onderzoek dat er in de ongecontracteerde zorg natuurlijk geen afspraken gemaakt kunnen worden over de kwaliteit, over de doelmatigheid, over volumeontwikkeling. Daar hebben we eerder met elkaar het gesprek over gehad. Al die typen afspraken die je normaal gesproken maakt tussen een financier van de zorg en degene die de zorg levert, worden niet gemaakt als het gaat om ongecontracteerde zorg. We zien ook waar dat toe leidt. We weten namelijk dat er in situaties met niet-gecontracteerde zorg ongeveer twee keer zoveel zorg wordt geleverd als in situaties waar wel is gecontracteerd. Dat heb ik u al eerder laten weten en daarover hebben we het ook al eerder gehad. Twee keer zoveel! We weten ook dat het equivalent daarvan in geld ongeveer 100 miljoen is. Dat vind ik toch een niet te verwaarlozen bedrag, zeker niet als je dat omrekent naar het aantal cliënten dat je voor dat geld zou kunnen helpen. Dus het is wel een probleem.

Tegelijkertijd moet je dan natuurlijk een stap dieper en dat is ook waar u eigenlijk allemaal aan raakt. Door wie komt het dan dat het op dit moment zo is? Door wie komt het dan dat er veel ongecontracteerde zorg wordt geleverd, en ook steeds meer? Inmiddels is het 6%, waar het een aantal jaren geleden echt een verwaarloosbaar percentage was. Hoe komt dat dan eigenlijk? Dan zie je twee kanten. Die twee kanten zijn alle twee ook aan de orde geweest in de besprekingen bij het hoofdlijnenakkoord. Om te beginnen komen met name de wat kleinere aanbieders onvoldoende aan de bak bij de zorgverzekeraars. Het is voor hen erg lastig om aan een

contract te komen. Je ziet dat het voor hen bureaucratisch is. Je ziet dat het soms ook niet transparant is, ook niet waarom ze bijvoorbeeld geen contract krijgen.

Daarom hebben we in het hoofdlijnenakkoord om te beginnen gewoon huiswerk afgesproken voor de zorgverzekeraars. Dat heb ik ook op die manier verwoord in de brief. De zorgverzekeraars hebben om te beginnen gewoon werk te doen om te zorgen voor voldoende contracten. Dat begint bij contact. Ik heb weleens gezegd: er is geen contractplicht, en dat kan ook niet, maar er is op z'n minst een contactplicht. Als zorgverzekeraar moet je op z'n minst bereikbaar willen zijn om te kijken of er tot een contract gekomen kan worden. Als het niet nodig is of als het niet mogelijk is om tot een contract te komen, bijvoorbeeld omdat er al volledig is gecontracteerd, dan heb je op z'n minst recht op uitleg waarom het niet kan. We willen eigenlijk, dat partijen die dat willen gewoon de mogelijkheid hebben om tot een contract te komen. Dat is de inzet. Daartoe heeft in eerste instantie de zorgverzekeraar huiswerk te doen. Tegelijkertijd: it takes two to tango. Er is namelijk ook een andere kant aan diezelfde medaille. Een deel van de aanbieders zegt: «Ik wil liever geen contract, want dat betekent namelijk dat er iemand over mijn schouder meekijkt met de volumeontwikkeling. Dan moet ik kwaliteitsafspraken maken en me daarover ook verantwoorden. En dat is niet wat ik wil.» Ik denk dat we over de eerste helft van de analyse zeggen dat die kleine aanbieders natuurlijk veel meer aan de bak zouden moeten komen. Overigens helpt een eventuele wet daar ook niet bij. Daar kom ik straks nog even op. Maar over het tweede deel van de werkelijkheid zeggen we dat we dat toch echt niet moeten willen, en zeker niet moeten aanmoedigen.

Eerst moeten we willen weten hoe dit zich verder ontwikkelt. We hebben namelijk die afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. Dus eerst moeten we willen weten hoe dit zich verder ontwikkelt. Dit betekent dat we in het voorjaar van het komende jaar in de inkoopmonitor die de NZa maakt, een antwoord willen krijgen op de bepalingen, de afspraken zoals we die hebben gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. We willen gewoon weten via die inkoopmonitor hoe het op dat moment gaat met het contracteerproces, met name of het kleine aanbieders beter lukt om het contact met zorgverzekeraars te leggen. Lukt het beter om tot een contract te komen?

Er is nog een heel ander element dat u in de vragen aan de orde heeft gesteld. Lukt het, als het gaat over hercontracteren? Wordt er veel eerder gereageerd en wordt er veel eerder antwoord gegeven dan in de huidige situatie? Waarom moet er eigenlijk zo vaak worden bijgecontracteerd? Ik heb het ook gezien en ik vind het eerlijk gezegd niet goed te begrijpen waarom er zo vaak moet worden bijgecontracteerd. Dat het een enkele keer voorkomt, snap ik natuurlijk wel, maar zo vaak? Wellicht dat het te verklaren is uit het feit dat men het nog niet zo lang doet. Dus de inschatting van welk volume er mogelijk en nodig is, is nog niet zo goed te maken. Aan de andere kant, we zijn toch ook al weer een aantal jaren op stap. Dus ik zou eerlijk gezegd niet weten waarom dat zo vaak zou moeten. Ik vind echt dat het aantal keren dat er op deze manier moet worden bijgecontracteerd naar beneden zou moeten. Maar het is vooral belangrijk dat als er sprake is van bijcontractering, men daarop veel eerder het antwoord moet krijgen. Of ik dat nu echt al aan een maximumtermijn wil verbinden, weet ik niet. Ik sluit het ook niet uit als uit die monitor blijkt dat er geen verbetering in is aangebracht, maar laten we nu maar eventjes vertrouwen op de afspraken in het hoofdlijnenakkoord. Kortom, we hebben in het hoofdlijnenakkoord veel afspraken gemaakt die gaan over contracteren. Wat ik in de monitor in het voorjaar wil terugzien, is hoe dat contracteerproces is verbeterd.

Daarnaast moeten we ook het een en ander willen weten over de contracteergraad, over de aantallen. Die leren we uit de Vektis-rapportage

van net na de zomer. Ik denk dat we in de optelsom van die twee zaken, het contracteerproces uit de monitor en de contracteergraad vanuit Vektis, een heel goed beeld weten te vormen van hoe het gaat en of het inderdaad is gelukt om het aandeel ongecontracteerde zorg te verlagen. Dit zeg ik in de richting van mevrouw Bergkamp die daar met name naar vroeg.

De voorzitter:

Ik heb inmiddels vier handen omhoog zien gaan. Het woord is aan mevrouw Bergkamp. Die was volgens mij het eerste.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Even een vraag om het ook te concretiseren. Mevrouw Agema gaf dat ook aan. Wat vindt de Minister van een zorgverzekeraar die op dit moment als voorwaarde heeft dat er geen nieuwe aanbieders met een omzet lager dan 100.000 euro worden gecontracteerd? Als reden wordt aangegeven dat men al 25% gecontracteerde kleine aanbieders heeft en geen verdere versnippering wil. Hoe zien we dit straks terug in de NZa-monitor?

Minister De Jonge:

Ondertussen zoek ik even naar het voorbereide antwoord, maar mijn antwoord zou het volgende zijn. Enerzijds kan ik het begrijpen als ik kijk naar de enorme stijging van het aantal aanbieders. Dat zijn er duizenden, echt duizenden. Dat heeft overigens een positieve kant en een ingewikkelde kant. De positieve kant is dat het kennelijk uitnodigend genoeg is om te beginnen. En die uitnodiging moet je eigenlijk juist willen, zeker in een tijd waarin je mensen nodig hebt. Tegelijkertijd leidt dat natuurlijk ook tot versnippering, want het zijn heel erg veel aanbieders waarmee afspraken gemaakt moeten worden. U vroeg net al of zzp'ers dan ook tot een contract kunnen komen. Ja. Het antwoord is ja. Overigens zullen zzp'ers vaak aan het werk komen omdat ze zich natuurlijk laten inhuren door een andere werkgever. Die hoeven niet allemaal rechtstreeks een contract met een zorgverzekeraar. Dus ik begrijp het wel dat je ergens een minimum legt. Tegelijkertijd hebben we in het hoofdlijnenakkoord op zijn minst een contact afgesproken. Dus zo maar zeggen «we zijn niet thuis» kan natuurlijk niet. Dus ik zou denken dat er wel contact moet zijn. Dat dat op zijn minst nodig is en dat je dan niet kunt zeggen: je kunt ons pas bellen vanaf een X-percentag omzet. Dat lijkt me dan weer niet goed. Dus ik begrijp het dat men om de organiseerbaarheid der dingen ergens een grens stelt. Toch denk ik dat men dat contact wel moet hebben om te kijken wat er mogelijk is, gegeven de afspraken in het hoofdlijnenakkoord om het contracteerproces vereenvoudigen.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik ben blij met de reactie van de Minister, maar ik zie het zo voor me: volgend jaar hebben we die NZa-monitor, dan hebben we die Vektis-cijfers en dan gaan we over dit soort voorbeelden discussiëren. Als dit dan nog steeds een voorwaarde is van de zorgverzekeraar, wat gaan we dan doen? Dat hoofdlijnenakkoord is al gesloten, dus je kunt de conclusie eigenlijk nu al trekken: namelijk dat een zorgverzekeraar niet voldoet aan wat we met elkaar willen.

Minister De Jonge:

Kijk, wat...

Mevrouw Bergkamp (D66):

Even los van het begrip voor het punt van de versnippering, waarbij ik me ook iets kan voorstellen. Dit soort discussies krijg je dus. En ik vraag me af hoe we kunnen voorkomen dat we over een jaar dit soort discussies met

elkaar krijgen. Dat was ook mijn vraag. Ga nou kijken hoe je de gemaakte afspraken over het contracteerproces resultaatgerichter kunt formuleren.

Minister De Jonge:

Ik snap goed wat u vraagt. Ik denk dat we daar allemaal bij gebaat zijn. Niet alleen in het gesprek tussen Kamer en kabinet, maar zeker ook in het gesprek in het veld zijn we er echt bij gebaat dat die monitor ons helpt om boven de n=1-verhalen te komen, of boven de n=2- of n=3-verhalen te komen. Er gebeurt natuurlijk ongelooflijk veel. Heel veel moeis, maar ook heel veel waarvan u en ik zouden zeggen: kan dat nou niet anders en kan dat nou niet beter? De monitor moet voor ons het goede gesprek mogelijk maken, dus die moet op zijn minst een goede beschrijving geven van hoe de werkelijke situatie in elkaar zit. Dat is de opdracht aan de NZa. We hebben een aantal afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces. We hebben daar in deze brief nog een aantal afspraken aan toegevoegd. En we hebben aan de NZa gevraagd om voor ons een goede monitor te maken opdat we dat gesprek kunnen hebben. Dat is de meer kwalitatieve monitor van hoe het met het contracteerproces gaat. Ten tweede volgen de Vektis-cijfers net na de zomer van 2019. Ik denk dat we in die optelsom de balans met elkaar moeten opmaken. Ik ben het helemaal met u eens dat we dan niks hebben aan een monitor die de dingen die we willen weten nog in het vage laat. Hoe preciezer, hoe beter en hoe completer die monitor is, hoe beter wij het gesprek kunnen voeren. Je wilt namelijk een antwoord op de vraag «what if». Die vraag moet je eigenlijk nooit stellen, maar goed. What if de ongecontracteerde zorg niet is gedaald? Dan wil je natuurlijk weten hoe dat komt. Het antwoord, of de consequentie die je daaraan verbindt, moet dan passen bij de analyse die je maakt. Stel dat de ongecontracteerde zorg niet is gedaald, omdat het nog steeds even ingewikkeld is om tot een contract met zorgverzekeraars te komen, dan helpt de verheldering in het vergoedingspercentage zoals wij dat in voorbereiding hebben niet. Dat is daar dan geen goed antwoord op. Je moet tegen die tijd dus het antwoord geven dat bij de analyse past.

De voorzitter:

Op dit punt is er ook een vraag van mevrouw Ellemeet. Dan de heer Hijink en dan mevrouw Agema.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik wil even terug naar de probleemanalyse van de Minister bij wat er nu misgaat. Hij zegt eigenlijk twee dingen. Aan de ene kant zegt hij: kleine aanbieders krijgen geen contract en dat probleem ligt bij de verzekeraars. Dat moeten zij oplossen. Aan de andere kant zegt hij: aanbieders moeten niet moeilijk doen door te zeggen dat ze geen contract willen in verband met volumeafspraken en kwaliteitsafspraken. Ik vind dat de Minister daarin voorbijgaat aan een aantal feiten die we al hebben. Uit onderzoek is in januari al gebleken dat lage tarieven en budgetplafonds voor zorgaanbieders de belangrijkste redenen zijn om af te zien van een contract. Dat is wel wat anders dan «ik heb geen zin in afspraken over kwaliteit». Dat zijn andere redenen. Ik zou de Minister willen vragen om deze gegevens mee te nemen bij de komende monitor. Ik vind dat hij anders geen recht doet aan de problematiek die de aanbieders en de wijkverpleegkundigen nu al benoemen.

Minister De Jonge:

Ik neem dat graag mee, want ik vind juist dat de monitor daar een antwoord op moet geven. Volgens mij zijn we het op dit punt niet oneens. Het is juist wat u zegt. Toch nog even het volgende. Als je als aanbieder eigenlijk geen afspraak wil maken over de tarieven, omdat je ze te laag vindt – u zei ook «lage

tarieven» – en daarmee vervolgens eigenlijk legitimeert dat er aan hogere indicatiestelling wordt gedaan, dan maakt dat ons stelsel kwetsbaarder dan wij willen. Ik kom zo op de indicatiestelling. Ik hecht aan de indicatiestelling voor de wijkverpleegkundige zorg. Als dat een knop wordt om aan te draaien, zoals u dat ook in uw interview omschreef, en om de lage tarieven mee te corrigeren, dan zijn we natuurlijk ver van huis. Dan hebben we met elkaar een wel erg onbeheersbaar stelsel neergezet. In deze fase vind ik het echt onverstandig om daar te makkelijk over te doen. Ik zeg niet dat u dat doet. Ik heb in uw woorden juist gehoord dat u ook vindt dat de ongecontracteerde zorg naar beneden moet. Ik vind juist in deze fase dat we daar niet makkelijk over kunnen doen, omdat personeel al schaars is. Op het niveau van de verzekerde betekent ondoelmatigheid uiteindelijk hogere premies. Dat nog even daargelaten: op het niveau van de individuele patiënt betekent het dat als de één in een periode van schaarste twee keer zo veel zorg krijgt, er voor de ander te weinig overschiet. Dat is uiteindelijk het effect daarvan. Daarom vind ik ook dat we daar niet zomaar aan voorbij kunnen gaan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind dat we hier heel zorgvuldig in moeten zijn. Het moet niet zo zijn dat we bepaalde problemen niet onder ogen willen zien. Ik denk dat er een aantal ongecontracteerde wijkverpleegkundigen zijn die noodgedwongen het volume omhoog doen. Daar moeten we eerlijk over zijn. Ik denk dat dit geldt voor het merendeel van de wijkverpleegkundigen die geen contract hebben. Dat blijkt dus al uit onderzoek. Met de tarieven die geboden worden kunnen ze niet de zorg leveren die nodig is en de zorg die nodig is moet geleverd kunnen worden. Er zijn voldoende wijkverpleegkundigen die aangeven dat ze niet uitkomen met het tarief dat de zorgverzekeraar biedt. Zij kunnen aan complexe patiënten geen goede zorg leveren. De gegevens en feiten die we al hebben, moeten we meenemen in het onderzoek. Uiteindelijk willen we allemaal dat de juiste zorg geboden wordt tegen een eerlijk tarief. We moeten op zoek naar de manier waarop we daar komen. Daarin vinden we elkaar. Maar ik vind het te makkelijk om te zeggen: al die ongecontracteerde wijkverpleegkundigen draaien alleen maar aan de volumeknop. Dat heb ik ook niet gezegd. Ik vind dat we moeten proberen om het eerlijke verhaal te vertellen en zo zorgvuldig mogelijk een analyse te maken. Het kan zo zijn dat dit voor een deel geldt. Het kan ook zo zijn dat er voor een heel groot deel andere problemen spelen. Wat ik de Minister vraag, is om de gegevens mee te nemen die we al uit eerder onderzoek hebben. Ik denk dus dat het probleem groter is dan dat wijkverpleegkundigen geen kwaliteitsafspraken willen maken. Ik geloof er niet in dat dat het probleem is.

Wat ik de Minister zou willen vragen, is het volgende. De monitor wordt nu gemaakt. Tegelijkertijd willen we al in de komende tijd stappen zetten. Is de Minister bereid om op basis van de gegevens die we hebben nu al het gesprek aan te gaan met de verzekeraars en de wijkverpleegkundigen als betrokken partijen, over de manier waarop we het proces nu al kunnen verbeteren? Wat kunnen zorgverzekeraars vanaf morgen gaan doen om ervoor te zorgen dat er eerlijk gecontracteerd wordt?

Minister **De Jonge**:

Zeker kan dat. U heeft veel vragen gesteld. Ik ga toch nog heel eventjes terug. We weten uit de Vektis-cijfers dat er in een ongecontracteerde situatie per patiënt twee keer zo veel zorg wordt gegeven. Mevrouw Ellemeet zei buiten de microfoon «misschien is dat nodig». Het maakt mijn antwoord gek als ik dat niet herhaal. Ik waag dat zeer te betwijfelen. We hebben de cijfers zo ver als mogelijk doorgeëxerceerd op patiëntkenmerken. Daar blijkt nou juist niet uit dat er patiëntkenmerken zijn die aanleiding zouden geven tot die verklaring. Niet. Helemaal niet dus. We weten dat er in ongecontracteerde situaties twee keer zo veel zorg wordt

geleverd en dat die zich niet laat verklaren op basis van patiëntkenmerken. Dat is wat we weten. Daarom vind ik ook dat we hier serieus werk van moeten maken.

Nogmaals: er zijn heel veel verschillende redenen waarom het in de huidige situatie soms niet tot contracteren komt. Overigens zijn dat in aantal best heel veel aanbieders: 6% van de totale geleverde zorg wordt ongecontracteerd geleverd. Er zijn veel meer kleine aanbieders die dat doen, dus in aantallen zijn dat best heel veel aanbieders. We hebben met zorgverzekeraars afgesproken dat eerst en vooral zij een lange lijst met huiswerk hebben over hoe dat contracteerproces te verbeteren is. Dat is dus wat we nu al aan het doen zijn. Dat heb ik allemaal uitgeschreven in mijn brief. Dat ga ik niet herhalen. We houden daarbij natuurlijk een vinger aan de pols. De vraag die door een aantal leden is gesteld, en ik dacht door meneer Kerstens het meest pregnant, is: wat doe je dan in de tussentijd? Hebben jullie het akkoord gesloten en wacht je vrolijk af tot het allemaal vanzelf goed komt? Nee, natuurlijk niet. We hebben daarover zeer regelmatig overleg. Als er signalen binnenkomen dat men zich niet houdt aan afspraken die we hebben gemaakt, spreken we partijen daar natuurlijk op aan. Ik kom daar zo nog wel wat preciezer op terug. We maken namelijk afspraken waar een handtekening onder staat en we houden partijen aan hun handtekening. Kortom, ik ben het zeer met u eens dat we niet tot het voorjaar en tot het verschijnen van de monitor moeten wachten. Die monitor moet een goed antwoord geven op de vraag die wij beiden hebben: hoe komt dat nou? Dan weten we ook goed welke maatregel daarbij het meest passend is. De monitor komt dus dit voorjaar. Tot die tijd hebben we gewoon werk te doen, en dat werk doen we ook. De afspraak die we hebben gemaakt, is geen rustig bezit dat vanzelf wel goed komt. Het is iets om aan te werken.

De heer **Hijink** (SP):

De analyse van de Minister rammelt. Dat zou hij moeten toegeven. Er zijn verdachtmakingen in de richting van de ongecontracteerde wijkverpleegkundigen. Het bewijs dat zij ook daadwerkelijk de fout in gaan, wordt in geen enkel stuk van een heel dik pak papier geleverd. Een zorgverzekeraar zelf zegt in het diepgravend onderzoek naar de ongecontracteerde zorg: «de niet-gecontracteerde zorgaanbieder denkt vanuit de zorg die hij/zij kan leveren in plaats van het bevorderen van zelfredzaamheid en het scheiden van de zorg over de verschillende domeinen.» Zonder jargon betekent dit dat gecontracteerde zorg meer gericht is op minder zorg verlenen en meer op afschuiven richting bijvoorbeeld de Wmo of de Wet langdurige zorg. Dat moet je dan toch onderzocht hebben? Als je in het voorbeeld van mevrouw Agema niet weet of de ongecontracteerde zorg misschien wel voorkomen heeft dat er een groter beroep op de Wet langdurige zorg of de Wmo is gedaan, kun je niet zeggen: het is duurder, dus het is fout. U kunt dan zeggen dat ze geen taken mogen uitvoeren die eigenlijk voor de gemeente zijn, maar daar kun je over discussiëren. Je kunt dan niet zeggen dat het ondoelmatig is omdat het meer uren zijn geweest. Daar moet je beter onderzoek voor doen. Je kunt niet op basis van een gebrekkige analyse verregaande conclusies trekken en maatregelen aankondigen die niet onderbouwd worden. Dat kan gewoon niet.

Minister **De Jonge**:

Ik denk dat ik in de stellingname en conclusies niet verder ga dan op basis van de feiten gerechtvaardigd is. Die feiten laten zien dat in situaties van ongecontracteerde zorg per cliënt of patiënt twee keer zo veel zorg wordt geboden. Dit feit kwam naar voren in het vorige AO dat we hadden, ik meen in het begin van het jaar. Toen heeft u nagevraagd of dit zich misschien laat verklaren door patiëntkenmerken. Toen hebben we gezegd dat we inderdaad dieper moesten graven en dat we moeten weten of de patiëntkenmerken inderdaad verklarend kunnen zijn voor de hoeveelheid

geleverde zorg. Maar dat is gewoon niet gebleken. U haalt nu de formulering van een zorgverzekeraar aan: misschien is het eigenlijk wel zo dat wijkverpleegkundigen die ongecontracteerde zorg leveren niet afschuiven. Dat is pas een ongefundeerd verwijt. Dat zou namelijk betekenen dat de wijkverpleegkundigen die wel gecontracteerde zorg leveren wel afschuiven naar andere domeinen. Zo zou ik het helemaal niet willen verwoorden.

Het gaat natuurlijk wel om het volgende. Je mag zelf je indicatie stellen. Als je op grond van een indicatie voor wijkverpleegkundige zorg eigenlijk ook Wmo-zorg levert, vind ik het niet gek dat het meer wordt. Ik vind het dan ook niet gek dat een zorgverzekeraar zegt: huh, waren we daar nou van? Ik vind overigens ook dat we over die domeinen heen goede afspraken moeten maken en dat het helemaal niet zo erg is als je een keer wat voor elkaar doet. Financiers moeten dat dan maar onderling regelen. Daar hebben we het bij de maaltijdvoorziening over gehad en dat speelt hier ook. Kortom, ik meen in de conclusies die ik aan de feiten verbindt oprecht niet verder te gaan dan de feiten rechtvaardigen. Anders laat ik me daar graag op aanspreken. Ik meen dat ook u niet voorbij kunt gaan aan diezelfde feiten. Uw betoog van zojuist was gericht tegen de versnippering van de zorg en de grote hoeveelheid aanbieders die inderdaad van het ene end van de stad naar het andere end van de stad rijden, om vervolgens met hun autootje naast de concurrent te gaan staan. Dat is inderdaad niet per se buitengewoon wenselijk. We moeten niet te gemakkelijk denken: ach, dat loopt allemaal vanzelf wel los.

De heer **Hijink** (SP):

De Minister draait het verwijt nu helemaal om. Daarmee wordt het helemaal interessant. Het is niet de SP die een wet aankondigt om de ongecontracteerde zorg te gaan beperken met lagere tarieven; het is de Minister die met zo'n wetsvoorstel dreigt. Daar waar wel gecontracteerd is, kunnen zorgverzekeraars natuurlijk beter sturen op sneller afbouwen, minder zorg verlenen en meer zelfredzaamheid. En ze kunnen inderdaad sneller inzetten op zorg door bijvoorbeeld de gemeente. Maar dat is allemaal geldgedreven en geldgestuurd. Mijn punt is: het gaat om het belang van de cliënt. Wat is nou het belangrijkste en het beste voor degene die zorg nodig heeft? Het zou best kunnen dat de niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige de afweging maakt om meer uren zorg te geven, dat dat misschien meer geld kost en dat hij/zij daarmee wat taken van de gemeente oppakt, of dat hij/zij voorkomt dat een mevrouw vroegtijdig naar het verpleeghuis of het hospice moet. Maar dat heeft de Minister allemaal niet onderzocht. Zolang dat niet onderzocht is, moet je voorzichtig zijn met het aankondigen van heel harde maatregelen, zoals een wet die dit allemaal onmogelijk maakt. Dat is mijn enige punt. Je moet beter onderzoek doen. Ik hoop ook dat u dit soort punten gaat meenemen in het vervolgonderzoek. Anders blijf ik bij het punt van mevrouw Bergkamp, die helemaal gelijk heeft: dan krijgen we straks opnieuw een heel rare vergelijking, waarin we kwantitatief wel weten waar het probleem zit, maar we geen bewijsmateriaal hebben van wat er nou echt zogenaamd mis zou gaan.

Minister **De Jonge**:

Ook hier weer een aantal vragen ineen. Ik probeer er geen te vergeten. Het gaat over het belang van de cliënt, zegt de heer Hijink. Daar ben ik het zeer mee eens. Het gaat inderdaad om het belang van de cliënt. Daar ging eigenlijk de hele brief ook over. Als de ongecontracteerde zorg zo sterk toeneemt als nu, waarbij in contracten geen afspraken gemaakt kunnen worden over de kwaliteit of bijvoorbeeld de doelmatigheid, is dat uiteindelijk niet in het belang van de cliënt. Het is niet in het belang van de cliënt als premiebetaler, maar ook niet in het belang van de cliënt als patiënt. Zeker in een periode met toenemende schaarste van personeel

moeten we ervoor zorgen dat we eerlijk zijn in hoe we de capaciteit in de zorg verdelen. Als de één twee keer zo veel krijgt, betekent dat altijd ook iets voor de ander. Het is uiteindelijk een zero sum game.

Ten tweede zegt u dat je dat heel precies moet willen weten. Je moet heel precies willen weten wat de achtergrond is voordat je maatregelen treft. Dat ben ik helemaal met u eens. Dat is ook wat ik in de richting van mevrouw Bergkamp heb gezegd: die monitor moet deugen. Die moet een adequaat antwoord bieden op de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Lukt het om het contracteerproces te verbeteren? Daarover gaat de NZa-monitor. Lukt het om de contracteergraad te verhogen? Dat zijn de Vektis-cijfers. Om een goed gesprek mogelijk te maken, heb je die gegevens nodig. Niet alleen u vindt dat, maar dat vinden natuurlijk ook de partijen die betrokken zijn geweest bij het hoofdlijnenakkoord. In het hoofdlijnenakkoord hebben alle partijen zich achter het standpunt geschaard dat het aandeel ongecontracteerde zorg omlaag moet. Ook hebben alle partijen zich geschaard achter de maatregelen die we daarvoor gaan nemen, en achter de afspraak dat wettelijke maatregelen niet uitblijven als dat niet lukt.

Over de wettelijke maatregel an sich zegt u dat ik nu al een wet aankondig om dit onmogelijk te maken. Dat heb ik natuurlijk niet gedaan. Ik heb juist aangekondigd dat ik aan een wet werk die het hinderpaalcriterium overleed. Die is dus niet bedoeld om dit onmogelijk te maken; integendeel. Nu geldt dat het vergoedingspercentage wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar zelf, en dat wordt getoetst door de rechter; dat percentage is nu dus eigenlijk aan het vrije spel tussen de zorgverzekeraar en de rechter. Ik heb gezegd dat je jezelf als beleidsmaker misschien de mogelijkheid moet geven om dat vergoedingspercentage te kunnen vaststellen. We hebben namelijk gezegd dat we met een kan-bepaling komen. Dat is dus niet het schrappen van de mogelijkheid. Zeker niet. Het is een kan-bepaling over het vaststellen van het vergoedingspercentage, daar waar dat nu in jurisprudentie gebeurt. That's it. Wanneer trek je die uit de kast? Dat heb ik zojuist al gezegd in de richting van mevrouw Bergkamp. Dat doe je als uit de analyse blijkt dat dat een geëigende vervolgstap is. Dan doe je dat.

De voorzitter:

Dan was er nog een vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Een heel aantal Kamerfracties geven aan dat ze de analyse op basis van Vektis-gegevens over de niet-gecontracteerde zorg als onvoldoende beschouwen. Ik vind dat de Minister dat serieus moet nemen. Ik hoef niet alle argumenten uit mijn inbreng en die van ons allemaal te herhalen. Een heel aantal fracties geeft aan dat je geen vergaande conclusies kunt trekken op basis van een paar data die je uit Vektis haalt. Ik vind het zorgelijk dat de NZa die data vervolgens meteen voor waar aanneemt in de monitor. Je krijgt dan een soort cirkelredenering. Je krijgt een eenvoudige analyse op bepaalde data. Dat komt meteen in een NZa-monitor en voor je het weet, is dat de waarheid geworden. Het is goed dat een heel aantal fracties hier zegt: dat kan niet en dat moet niet. Heel veel dingen zijn namelijk nog niet aangetoond.

In de brief van 9 november stond iets dat ik heel erg ver vond gaan. Daarover gaat mijn eerste vraag. De Minister schrijft daarin dat de ongecontracteerde zorg niet alleen ondoelmatig is, maar zelfs ook onrechtmatig. Ik heb daar geen enkel bewijs voor gezien. Ik hoop dus dat de Minister dat in zijn binnenzak heeft zitten. Onrechtmatige zorg zul je trouwens op een andere manier moeten aanpakken dan met een tarief voor wat dan ook. Onrechtmatige zorg is gewoon onrechtmatige zorg. Dan mijn tweede vraag. De ondergrens van een ton wordt toegepast richting kleine aanbieders. Dat heb ik in januari ook ingebracht. Toen zei

de Minister dat hij dat mee zou nemen. We lezen dan in het hoofdlijnenakkoord: «Aanbieders, inclusief kleine aanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren, kunnen deelnemen aan het contracteerproces.» Dat is het enige. En wat is de praktijk? Dat Zilveren Kruis voor 2019 opnieuw de ondergrens van een ton hanteert. Wat heeft een hoofdlijnenakkoord voor zin als de praktijk is dat Zilveren Kruis in 2019 gewoon zegt dat een ton de ondergrens is? Klaar. De Minister wil dat in het voorjaar nog gaan evalueren. Wat heeft zo'n zinnetje dan voor zin?

Minister De Jonge:

We zoeken naar het verband, maar misschien kunt u mij gewoon even helpen door de bladzijde te noemen die u citeert.

Mevrouw Agema (PVV):

Onderaan pagina 3 van de brief van 9 november.

Minister De Jonge:

Eerst even over de vergaandheid van de conclusies. Ik probeer geen conclusies te trekken die verder gaan dan de feiten rechtvaardigen. Dat is één. Dat is ook de reden dat ik zojuist nog een keer goed heb toegelicht op basis van welke feiten wij tot deze conclusie komen. Ik hecht eraan te onderstrepen dat deze Minister dat niet in zijn eentje vindt. Dat vinden alle partijen die bij het hoofdlijnenakkoord betrokken zijn. Daar staan de brancheorganisaties, de V&VN en de Patiëntenfederatie Nederland onder. Dat is logisch, omdat er gereede redenen zijn om je zorgen te maken over de toename van het aandeel ongecontracteerde zorg. Ik hecht er ook aan te onderstrepen wat mevrouw Bergkamp en mevrouw Ellemeet daarover zeiden: je zult in het voorjaar een monitor moeten hebben die op een goede manier inzichtelijk maakt hoe het staat met dat contracteerproces, en ook hoe het staat met de contractgraad, opdat het antwoord dat je daar vervolgens op geeft kloppend is.

Eerst over de ondoelmatigheid van de zorg. Die is gelieerd aan die 100 miljoen. Onrechtmatige zorg komt zeker ook voor, in zowel gecontracteerde als ongecontracteerde zorg. Bij ongecontracteerde zorg hebben we alleen een aantal dingen extra te doen om de materiële controle van zorgverzekeraars daarop ook mogelijk te maken. Daarover hebben we met elkaar gesproken in het kader van de aanpak onrechtmatige zorg. Daarbij hebben we aangekondigd dat er nog een aantal extra maatregelen nodig is om ervoor te zorgen dat we de materiële controle bij ongecontracteerde zorg ook mogelijk maken. Onrechtmatigheid is dus niet exclusief iets voor ongecontracteerde zorg. Het is wel zo dat het wezenlijk moeilijker aan te pakken is bij ongecontracteerde zorg. We moeten dus nog een aantal maatregelen treffen om daar meer in mogelijk te maken en om daar ook betere controles op toe te passen.

Dan de ondergrens. Daarvan heb ik net gezegd dat het een hoofdlijnenakkoord is. We hebben in dat hoofdlijnenakkoord gezegd dat wij vinden dat ook kleine aanbieders de mogelijkheid moeten hebben van een contract. U citeerde dat zojuist. Nogmaals: geen contractplicht natuurlijk, maar wel een contactplicht. Je moet op zijn minst contact kunnen hebben over de vraag of je tot een contract kunt komen of over de reden waarom dat niet lukt. Je moet op zijn minst contact hebben, waar dat er nu eigenlijk vaak niet is.

In de richting van mevrouw Bergkamp heb ik gezegd dat ik met de toename van echt duizenden zorgaanbieders wel begrijp dat zorgverzekeraars denken: o jee, kan ik dat eigenlijk allemaal wel aan? Als zij met iedereen individueel een contractproces moeten doorlopen, vergt dat ongelooflijk veel bemanning. Ik begrijp op zich wel dat men daarbij iets van een grens heeft ingesteld. Mevrouw Bergkamp vroeg ook of die € 100.000 dan terecht is. Eerlijk gezegd denk ik van niet, als de wil er is om het ook voor kleine aanbieders mogelijk te maken om een contract te

sluiten. Heb ik afgesproken dat dat absoluut niet mag? Nee, daar heeft u gelijk in. Het is een hoofdlijnenakkoord. Zo is het inderdaad niet afgesproken. Ik neig ernaar om te denken: volgens mij moeten ook aanbieders die onder die omzetnorm zitten in beginsel aan een contract kunnen komen. Overigens, hoe bereken je die omzetnorm? Is dat per verzekeraar of over alle aanbod heen? Nogmaals: er is geen verplichting om tot een contract te komen. Dat moeten we denk ik ook niet willen. Ik denk dat dit voorjaar uit de monitor zal blijken wat er wel degelijk mogelijk is.

De voorzitter:

Mevrouw Agema nog, heel kort.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het heel jammer dat de Minister niet opschuift richting de Kamer als het gaat om onze ongenoegens. De Kamer geeft aan dat ze de analyse gebaseerd op Vektis-cijfers onvoldoende vindt voor het trekken van harde conclusies over de niet-gecontracteerde zorg. Ik heb ook geen bewijs gezien voor onrechtmatige zorg. Die zien we overal in de zorg, maar ik heb niet het bewijs gezien dat dat in de niet-gecontracteerde wijkverpleging hoger zou zijn. Ik heb het bewijs gewoon niet gezien. Het is niet geleverd.

Het andere punt was de ondergrens van een ton. Ik heb dat in januari ook duidelijk willen maken. Er zijn een heleboel heel kleine dorpjes in ons land. Daar zitten kleine aanbieders. Zij hebben een heel klein aantal patiënten. Dat is een heel onzeker gebeuren, maar ze doen dat graag. Je ziet dan dat grotere aanbieders daar niet aan willen, omdat die kleine kernen allemaal heel ver uit elkaar liggen. Het wordt dan natuurlijk heel ondoelmatig om overal maar met auto's naartoe te rijden. Het aanbod in die heel kleine dorpjes is dus eigenlijk al heel moeilijk te realiseren. Als een verzekeraar dan maar gewoon een omzetgrens van een ton hanteert, vallen die kleine aanbieders weg. Er ontstaat dan een gat dat grote aanbieders moeten gaan invullen. Zij gaan dan weer veel ondoelmatigere zorg leveren, omdat ze hun mensen overal langs moeten sturen. Ik vind het een gemis als de Minister zegt dat hij daar wat aan gaat doen en de woorden «kleine aanbieders» opneemt in het hoofdlijnenakkoord, terwijl Zilveren Kruis dan gewoon «doei!» zegt en in 2019 gewoon de ondergrens van een ton hanteert. Dan kom je er niet.

Minister De Jonge:

Ik denk dat ik het op dit punt eigenlijk meer eens ben met mevrouw Agema dan zij wellicht verwacht. Als het voor een zorgverzekeraar nodig is om bij het voldoen aan zijn zorgplicht in bijvoorbeeld dat kleine dorpje gebruik te maken van ongecontracteerde zorg, vind ik dat die zorgplicht eigenlijk onvoldoende invulling heeft gekregen. Kortom, dat zou nou eens een interessante analyse kunnen zijn in de monitor over het contracteerproces. Als het niet mogelijk is om tot een contract te komen omdat dat kennelijk vanwege het marktaandeel niet aantrekkelijk of spannend genoeg is, terwijl dat wel noodzakelijk is om überhaupt wijkverpleegkundige zorg te kunnen bieden in afgelegen gebied, dan valt er iets aan te merken op de wijze waarop de zorgverzekeraar in zijn zorgplicht voorziet. Een zorgverzekeraar zou het namelijk niet nodig moeten hebben om aangewezen te zijn op ongecontracteerde zorg om aan zijn zorgplicht in dat dorpje te voldoen.

Ik denk dat ik het op dit punt dus eigenlijk met mevrouw Agema eens ben. Zij lijkt daar een beetje van te schrikken. Ik schrik er zelf ook een beetje van.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het volkomen normaal dat de Minister het met mij eens is, hoor. Maar nu de oplossing nog. Want Zilveren Kruis hanteert gewoon de grens van een ton, ook in 2019.

Minister **De Jonge**:

Daarover heb ik gezegd wat ik erover gezegd heb. We hebben niet de afspraak gemaakt dat er geen ondergrens voor de omzet gehanteerd mag worden. Tegelijkertijd neig ik naar uw uitleg van de afspraak zoals we die in het hoofdlijnenakkoord hebben gemaakt. Dat is dat kleine aanbieders niet per se aan die omzetverplichting moeten voldoen om toch in aanmerking te komen voor een contract. Daarvoor hebben we nou juist het huiswerk in het hoofdlijnenakkoord opgeschreven zoals we dat opgeschreven hebben. Daarop wordt in het voorjaar gemonitord. Uw vraag was of een zorgverzekeraar eigenlijk kan voldoen aan zijn zorgplicht zonder daarbij gebruik te hoeven maken van ongecontracteerde zorg. Dat vind ik een interessante vraag. Ik wil dat ook weten op basis van de monitoring. Dat moet wel blijken. Ik ga dus even na of wij dat in de vraagstelling kunnen verwerken. Het zal overigens niet heel erg makkelijk zijn om dat goed uit te vragen, maar ik vind dat ook een heel interessante vraag.

Daarmee denk ik eerlijk gezegd dat ik voor nu zo goed als mogelijk de vragen die over ongecontracteerde zorg heb beantwoord. Ik herhaal «voor nu», in de wetenschap dat wij daar zonder twijfel nog verschillende keren op terug zullen komen.

De **voorzitter**:

Ik heb een drietal leden gezien die daar een nadere vraag over hadden. Om te beginnen de heer Kerstens en daarna de heer Slootweg. Ik zie ook de heer Geleijnse en mevrouw Ellemeet nog met een nadere vraag. De commissie is het kennelijk nog niet helemaal met u eens. Het is inmiddels 15.00 uur geweest. We zitten nog in het eerste blokje met antwoorden en er zijn er zes. Dit is overigens een belangrijk punt, maar mijn vraag is wel of u uw vraag zo to the point mogelijk kunt stellen. Hopelijk krijgt u het antwoord dan ook zo to the point mogelijk. De heer Kerstens.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik ga even door op wat mevrouw Agema net zei en de reactie van de Minister daarop. De Minister kondigt een wet aan en gaat daarna kijken hoe het zit. Ik zeg het even zwart-wit, maar het is toch een beetje de omgekeerde volgorde. Maar het is goed: hij gaat kijken. Dat doet hij in mijn beleving en in de beleving van veel collega's toch vooral één kant op, namelijk de kant van de wijkverpleegkundigen. Hij verbindt daar vrij vergaande conclusies aan. Het leek zelfs een beetje op een verdachtmaking. Ik zou daar als wijkverpleegkundige zomaar aanstoot aan kunnen nemen. Het bevestigt de indruk die toch al bestaat dat de Minister wat minder, en zeker wat minder kritisch, naar de andere kant van het proces kijkt. Die andere kant is de zorgverzekeraar. Ik heb daar in mijn tekst iets over gezegd. Nou zet de Minister in reactie op mevrouw Agema zonet een klein stapje om die indruk een beetje weg te nemen. Er zijn natuurlijk meer aspecten die aan de kant van de zorgverzekeraar liggen, in ieder geval als je luistert naar wat er vanuit de sector naar voren komt. Sommigen van ons hebben iets gezegd over die vijftien uur en de tarieven, waar de Minister straks ongetwijfeld nog op doorgaat. Hoe gaat de Minister de bestaande indruk wegnemen, naast of bovenop het stapje dat hij net aan mevrouw Agema toezegde? Als hij in de aanloop naar zijn al aangekondigde wet naar het contracteerproces gaat kijken, kijkt hij dan niet alleen naar de wijkverpleegkundige, maar ook net zo kritisch, net zo weinig kritisch of net zo objectief naar de andere kant van de tafel?

Minister De Jonge:

Uw analyse dat ik naar één kant kijk deel ik niet. Dat blijkt ook wel uit de brief en het hoofdlijnenakkoord. Het zit namelijk zo. We constateren met iedereen die daar zijn handtekening onder heeft gezet dat een toenemend aandeel ongecontracteerde zorg precies is wat je niet zou moeten willen. In de maatregelen die we hebben opgeschreven betekent dat eerst en vooral huiswerk voor zorgverzekeraars. Dat is namelijk om te komen tot een beter contracteerproces, met alles wat daarover gezegd is en met natuurlijk geen contractplicht, maar wel een contactplicht. Het betekent eerst en vooral huiswerk voor de zorgverzekeraars. Dat is wat we afgesproken hebben.

Daarnaast hebben we afgesproken dat we vervolgens de vinger aan de pols gaan houden. Ook hier weer: het eerste wat we daarbij gaan doen, is het contracteerproces monitoren. Hoe gaat het nou met dat contracteerproces? Dat is wat we doen. Vervolgens kijken we hoe het gaat met de contracteergraad. Neemt het aandeel ongecontracteerde zorg al af? Als dat nodig is, moet je niet wegstijven voor een aanvullende wettelijke maatregel. Die is niet bedoeld om iets onmogelijk te maken of zo, zoals ik weleens hoor. Dat is juist niet wat het is. Die is wel bedoeld om het vergoedingspercentage hier vast te klikken, in plaats van dat de rechter dat doet. Voordat je überhaupt over zou gaan tot zo'n soort maatregel, voer je eerst het gesprek met diezelfde hoofdlijnenakkoordpartijen. Daarbij is iedereen vertegenwoordigd, ook V&VN en de brancheorganisaties. Natuurlijk voeren we dan ook hier overleg. Kortom, uw opvatting dat ik naar één kant zou kijken deel ik echt niet. Ik zou zelfs een heel betoog kunnen houden dat het precies andersom is, namelijk dat we in het hoofdlijnenakkoord juist eerst de zorgverzekeraars aan zet hebben gezet.

De heer Kerstens (PvdA):

Mijn indruk kwam niet eens zozeer voort uit het hoofdlijnenakkoord en de brief waaruit de Minister citeert, maar meer uit de manier waarop hij bijvoorbeeld in dit AO de wijkverpleegkundige bij de kop pakt en zegt dat er twee keer zoveel zorg wordt verleend, of het heeft over indicatiestelling en dergelijke. Ik zeg altijd maar: de wijkverpleegkundigen en alle medewerkers in de zorg zijn ook zijn mensen. Ik vind dat de Minister die mensen het gevoel moet geven en méér dan alleen de indruk moet geven dat hij ook voor hen opkomt. Ik zeg het nu een beetje plagerig, maar zijn socialmediateam is de hele zondag bezig geweest om tweets te sturen en te zeggen dat iedereen hem verkeerd had begrepen over de salarissen in de zorg en dergelijke. Maar het stapelt bij de mensen wel op. Wat ik de Minister meegeef, is het volgende. Als er nou zulke heel genuanceerde brieven liggen, laat hem dan net zo genuanceerd zijn en soms misschien zelfs een schepje daarbovenop doen voor de mensen. En laat hem in zijn bewoordingen gewoon ook kritisch zijn over de zorgverzekeraars. Het is niet meer dan een suggestie van mijn kant. Anders blijven we met zijn allen steeds maar bezig om te zeggen: in de brief staat dit, en u heeft mij allemaal verkeerd begrepen. Ik vraag de Minister dus om de indruk weg te nemen dat hij maar één kant op kijkt en aan te geven dat hij net zo kritisch kijkt naar de andere spelers.

De voorzitter:

Ik had de indruk dat de Minister hier graag op wilde reageren.

Minister De Jonge:

Een tikje flauw is het natuurlijk wel van de heer Kerstens. Ik probeer mijn woorden zorgvuldig te kiezen. Als u ziet dat woorden bewust zijn verdraaid, hoop ik dat u zich dan niet laat opjuinen, maar dat u gewoon weet wat ik heb gezegd. Dat staat namelijk ook gewoon in de brief. Zo ging het bijvoorbeeld over organisaties en natuurlijk niet over wijkver-

pleegkundigen. Zij moeten gewoon goed kunnen verdienen. Wel ging het natuurlijk over organisaties die wel erg makkelijk gebruikmaken van de mogelijkheden. Tegen die organisaties heb ik gezegd: kom op, je zit in de zorg om te dienen en niet om te verdienen. Iemand maakt daar dan van: o, dat zou over wijkverpleegkundigen kunnen gaan, en o, dat is wel heel erg! Ik hoop toch dat wij inmiddels zo'n relatie hebben opgebouwd dat u niet van mij verwacht dat ik zo'n uitspraak zou doen. Goed, voorzitter. Genoeg daarover. Ik denk eerlijk gezegd dat ik daarmee...

De voorzitter:

De heer Kerstens had een vraag gesteld.

De heer Kerstens (PvdA):

Ik heb al eens eerder gezegd dat ik kritisch ben op de Minister, maar dat ik hem wel probeer te helpen. We kunnen ons allemaal nog de begrotingsbehandeling herinneren, waarbij de Minister eigenlijk gewoon zei dat mensen in de zorg goed verdienen. U weet ook wat voor commotie dat heeft opgeleverd. Een dag later mocht u de premier vervangen op tv in het Gesprek met de Minister-President. Toen gaf u aan dat de premie met tientjes omhoog zou gaan als u wat meer aan de salarissen zou doen, en dergelijke. Met die opmerkingen laat niemand van ons zich opjuinen. Die maakt u gewoon zelf. Ze leiden tot heel veel onrust bij medewerkers in de zorg. Die medewerkers in de zorg verwachten van u wat ik ook van u verwacht, namelijk dat u het voor ze opneemt. Dat betekent niet dat u het altijd en overal met ze eens moet zijn, maar wel dat u uw woorden misschien nog meer op een goudschaaltje moet wegen dan wij allemaal. U doet zichzelf er ook geen plezier mee als u elke keer opnieuw achteraf moet uitleggen wat u eigenlijk bedoeld heeft en op welke bladzijde van een heel lange brief men dat heeft kunnen lezen.

Minister De Jonge:

Nu doet u het weer. Ik herinner mij ieder interview en ik probeer in ieder interview mijn woorden zorgvuldig te kiezen, hoewel ze altijd weleens uit hun context kunnen worden geplaatst of verkeerd kunnen aankomen. Voor de stijging van de zorgkosten volgend jaar hebben we bijvoorbeeld 5 miljard extra geraamd. Het is nog maar de vraag of we dat bedrag kunnen uitgeven. 1,7 miljard daarvan gaat over loonontwikkeling. Tegen iedereen die heel hard moppert over de stijging van de zorgpremie zeg ik dat die zorgpremie ook for good reasons stijgt. Dat is bijvoorbeeld omdat we ouder worden, omdat de gezondheidszorg steeds meer mogelijkheden heeft en omdat we natuurlijk allemaal onze wijkverpleegkundige extra salaris gunnen. Ik probeer mijn woorden dus zorgvuldig te kiezen. Dat doe ik zo goed als ik kan. Daarmee heb je nooit in de hand hoe mensen ze begrijpen of hoe ze bij mensen overkomen, maar dit is de manier waarop ik mijn woorden bedoel. Nogmaals, ik probeer dat zorgvuldig te doen.

De voorzitter:

Volgens mij had de heer Slootweg op dit punt ook nog een vraag.

De heer Slootweg (CDA):

Ik denk dat dit hele gesprek, deze hele gedachtewisseling aangeeft dat er grote behoefte is aan duidelijkheid over wat er nou precies onderzocht gaat worden. Dat heb ik ook in mijn vraag aangegeven. Komt u met een brief of zo over wat er nou ingezet wordt en op welke specifieke elementen we kunnen rekenen, voordat we een volgende stap gaan nemen in wat u in uw hoofd heeft en wat eventueel kan leiden tot aanpassing van de wet?

Minister De Jonge:

Als er behoefte aan is om dat nog verder uit te werken, dan denk ik daar graag in mee. Ik meen echter dat daarover in de brief al best helderheid wordt gegeven. We hebben afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. Eerst en vooral is dat huiswerk voor de zorgverzekeraars over het contracteerproces. Maar it takes two to tango, dus zullen we in het voorjaar moeten zien hoe dat contracteerproces is gegaan. Dat is het eerste moment waarop we met elkaar in de spiegel kunnen kijken en kunnen zien hoe dat nou gegaan is. Dat is de inkoopmonitor van de NZa. Het tweede, wat daarop volgt, zijn de Vektis-cijfers van net na de zomer. Die gaan over de contracteergraad. Ondertussen bereid ik een wetsvoorstel voor. Dat is natuurlijk niet af voordat die monitor bij u is. De monitor landt dus bij u voordat het wetsvoorstel bij u landt. Ik heb dat wetsvoorstel wel aangekondigd en ik ga daarmee aan de slag. Ik neem aan dat u dat pas goed in behandeling zult kunnen nemen als u zich ook een beter beeld heeft kunnen vormen of dat een antwoord is op de constatering zoals we die hebben gedaan. Zo zit de tijdlijn voor volgend jaar wat mij betreft in elkaar. Op die manier gaan we ermee aan de slag. Misschien maak ik het nu te ingewikkeld, maar daaraan voorafgaand zullen we met elkaar over de bekostiging komen te spreken. Er is een aantal vragen gesteld die eigenlijk meer gaan over de bekostiging, zoals het werken met een vast tarief. Ik kom daar zo nog eventjes op terug. Er wordt door de NZa op dit moment gewerkt aan een nieuw bekostigingsmodel. Het eerste advies, dat eigenlijk nog niet over het model als geheel gaat, komt meen ik in januari. Ik ga dat in de richting van uw Kamer doen sturen, begeleid door een brief. Ik denk dus dat wij al in het eerste kwartaal opnieuw over de wijkverpleging kunnen komen te spreken, als u dat wilt. U gaat natuurlijk over de planning van uw eigen debatten. Voorzitter, ik denk even hardop. Misschien is het verstandig om een brief te maken met wat de Kamer op welk moment krijgt. Dat zijn namelijk niet alleen de zaken rondom het contracteerproces, maar ook de bekostiging. U kunt dan als Kamer ordenen wanneer u welke discussie wenst te voeren. Misschien kan zo'n soort brief behulpzaam zijn.

De heer Slootweg (CDA):

Dat is zeker behulpzaam. Laat ik toch proberen iets te preciseren, al begrijp ik dat de voorzitter vraagt om de vraag kort te houden. Mevrouw Agema sprak over de € 100.000. Ik wil dan eigenlijk wel weten hoe je dat monitort. Bij de vraag hoe dat contracteerproces loopt, kun je misschien meten dat er contact is geweest. Maar wat is dat precies? Is dat een telefoontje met de melding: u valt erbuiten? Of wordt daar wat meer bij aangegeven? Mijn derde punt is het volgende. In de NZa-monitor staat op heel veel bladzijden dat de ene verzekeraar dit doet en de andere verzekeraar dat. Ik krijg er dan geen gevoel bij of het een heel goede verzekeraar is en of hij al die dingen zo goed doet, of de ene keer wel en de andere keer niet. In die zin weegt het voor mij wel zwaar om net even iets meer informatie te krijgen over wat er gemeten wordt.

Minister De Jonge:

Ik snap dat. Het kortst mogelijke antwoord is: alle afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord plus wat daaraan in deze brief is toegevoegd, zullen terugkomen in de NZa-monitor over het contracteerproces. Als u nog preciezer wilt weten hoe die monitor eruitziet, welke vragen er worden gesteld en hoe de presentatie van de monitor eruitziet, dan zal ik die vraag naar de NZa doorgeleiden. Ik kom dan terug met de voorgenomen opzet van de monitor. Dat kan ik doen. Misschien is dat het beste wat ik kan doen. Ten eerste stuur ik u een brief met wanneer u wat krijgt, gerelateerd aan de wijkverpleging. Ten tweede geef ik daarin of daarbij weer, op welke manier de monitor van de NZa vorm krijgt. De NZa

moet wel snel starten, maar dan heeft u in ieder geval in handen wat die monitor behelst.

De voorzitter:

Dat hebben we opgeschreven. Ik kijk dan nog even naar de heer Geleijnse. Hij had nog een vraag.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik heb een wat andere vraag. Los van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg: is de Minister er gewoon op uit om het aantal aanbieders te beperken?

Minister De Jonge:

Dat is een listige vraag, zeg. Als u mij vraagt of ik het aanbod in sommige wijken niet erg versnipperd vind, dan is mijn antwoord volmondig ja. Als u mij vraagt welke beperkende maatregelen ik dan ga treffen op het aantal aanbieders, dan zeg ik: daar had ik op die manier nog niet zo over nagedacht. Deze vraag komt in de komende periode op twee manieren terug. De ene manier is bij de Wtza. Die gaat over nieuwe toetreders en de vraag of we eigenlijk wel scherp genoeg zijn richting nieuwe toetreders. Dat debat hebben we een aantal maanden geleden gevoerd. Mede naar aanleiding van het rapport van de Consumentenbond heeft uw Kamer gezegd: we zouden eigenlijk veel beter op die nieuwe aanbieders moeten gaan zitten. Ik denk dat er nu veel aanbieders starten die eigenlijk geen begin van een idee hebben waaraan ze begonnen zijn. Dat gaat over heel kleine aanbieders, met soms één of twee personen. Zij weten eigenlijk niet welke eisen er allemaal gelden en kunnen eigenlijk ook maar half voorzien in de 24 uurszorg die soms nodig is. Ik geloof dat we beter aan de voorkant tegen die aanbieders kunnen zeggen: be careful what you wish for. Dat geloof ik inderdaad. Dat is de ene kant.

Het tweede is een bekostigingsmodel dat zou kunnen leiden tot iets meer samenhang, met name in de moeilijk planbare delen van de zorg. Daar zou ik wel voor zijn. Ik denk namelijk dat de versnippering in het huidige stelsel best ingewikkeld uitpakt, met name waar het gaat over de moeilijk planbare delen van de zorg, de 24 uurszorg, of de acute kant van de wijkverpleging. Maar nou neem ik een groot voorschot op alle discussies die we nog moeten gaan voeren. Ik kan eigenlijk beter als antwoord geven: zullen we daar in alle rust eens over praten bij de behandeling van de Wtza en bij het bekostigingsmodel?

De voorzitter:

Ik kijk nog even naar mevrouw Ellemeet. Zij had toch ook nog een vraag. Dit is uw tweede vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over het aangekondigde wetsvoorstel van de Minister. Volgens mij zeggen we met zijn allen dat er wat problemen zijn in de wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen zijn voor een deel ontevreden, er is te weinig kwaliteitsinformatie, zeker bij de ongecontracteerde zorg, en we hebben niet altijd grip op de manier waarop er geïndiceerd wordt. Er is een aantal elementen waarover we meer informatie willen. Met zijn aangekondigde wetsvoorstel neemt de Minister eigenlijk al een voorschot op de oplossingsrichting, namelijk door meer macht te geven aan de zorgverzekeraars in hun contractering. In het mooiste geval gaan de zorgverzekeraars inderdaad op een andere manier contracteren, zodat dat geen problemen meer oplevert voor de wijkverpleegkundigen. Ik bedoel: de wonderen zijn de wereld nog niet uit. Dat zou kunnen. Toch zou ik aan de Minister willen vragen om wat breder te kijken, naar verschillende oplossingsrichtingen. Volgens mij zijn we het namelijk eens over het feit dat er wat problemen zijn, maar is het wel verstandig om verschillende

oplossingsrichtingen te onderzoeken en niet nu al te zeggen dat we gaan toewerken naar dit wetsvoorstel, waarin we nog meer positie geven aan de zorgverzekeraars. Wellicht zijn er alternatieven. Ik heb daar vandaag een voorschotje op genomen. Ik zou de Minister dus willen vragen om breder te kijken naar mogelijke oplossingen.

Minister De Jonge:

Ik snap dat. In de tekst van het hoofdlijnenakkoord staat: dit gaan we in ieder geval doen. In ieder geval moet het aandeel ongecontracteerde zorg omlaag. In 2019 gaan we de thermometer erin steken. Als blijkt dat het aandeel onvoldoende is gedaald, sluiten we nadere (wettelijke) maatregelen niet uit. Daarmee staat het denken natuurlijk niet stil. Afhankelijk van welke analyse je halverwege 2019 doet, denk ik dat er op grond van die analyse meerdere mogelijkheden zijn. Dat sluit ik zeker niet uit. Dit is dus zeker niet het enige. Als dit een antwoord blijkt te zijn uit die analyse, zou deze mogelijkheid er in ieder geval moeten kunnen zijn. Dat is overigens met alle waarborgen omkleed, zoals een kan-bepaling et cetera. Het is dus niet iets wat we volgend jaar gaan doen. Zo zit het natuurlijk niet. Maar ik begin in ieder geval wel aan de voorbereiding ervan. Andere maatregelen sluit ik zeker niet uit.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat vind ik een prettig antwoord van de Minister. Ik heb nog wel een vraag over zijn voorstel. Hij zegt dat hij aan de ene kant ongecontracteerde zorg onaantrekkelijker wil maken en gecontracteerde zorg aantrekkelijker. Aan de andere kant zegt hij dat hij niet aan het hinderpaalcriterium gaat tornen. De vraag is of dat mogelijk is en of dat allebei kan. Als de Minister de vergoeding voor ongecontracteerde zorg omlaag doet, komt dat onder het hinderpaalcriterium. De rechtbank Den Bosch heeft daar in 2012 een uitspraak over gedaan en vervolgens de Hoge Raad in 2014. Zij hebben gezegd dat de vergoeding tussen 75% en 80% moet zitten. Dat zijn rechterlijke uitspraken over de ondergrens van een vergoeding voor ongecontracteerde zorg. Wil de Minister nou wel of niet vasthouden aan die rechterlijke uitspraken? Of legt hij die naast zich neer?

Minister De Jonge:

Hier zitten twee risico's aan. Het eerste is dat we alvast een discussie gaan voeren die bij een eventueel wetsvoorstel volgt. Het tweede is dat dit zomaar eens een lang betoog zou kunnen worden, wat u natuurlijk niet wilt. Ik ga proberen het heel rap te doen. Ik ga de gecompliceerde samenvatting ervan geven.

In hoe de Zorgverzekeringswet destijds is gemaakt, is er een verschil tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Bij de naturapolis is vastgesteld dat de zorgverzekeraar heeft te zorgen voor de zorg waarvoor je verzekerd bent. Hij heeft de zorgplicht. Vervolgens heeft hij ervoor te zorgen dat als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt gekozen, de eigen bijdrage daarbij geen hinderpaal mag zijn. Zo is het ooit bedacht. In hoe het uitpakt, vervaagt het verschil tussen de restitutiepolis en de naturapolis steeds verder. Dat is bijvoorbeeld omdat mensen in de werkelijkheid helemaal niet voor de wijkverpleging hoeven bij te betalen. U heeft daar zelf ook iets over gezegd. Zonder de discussie van daarnet over te doen: je ziet dat in volume wordt gecompenseerd wat je aan tarief tekort zou komen omdat 75% tot 85% wordt betaald, althans in een deel van de ongecontracteerde zorg. Ik zeg het even heel erg kort door de bocht.

Wat je hiermee zou doen, is jezelf de mogelijkheid geven om het vergoedingspercentage niet in het dispuut tussen een zorgverzekeraar en een rechtbank te laten vaststellen, maar door de regelgever. Je geeft jezelf de mogelijkheid. Die moet je niet per se gebruiken. Bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet was het eigenlijk zo bedoeld: je vergoedt een

deel als zorgverzekeraar en een deel is eigen bijdrage. In de ggz zie je ook dat het zo werkt, althans vaker zo werkt. Je ziet dat dat onderscheid eigenlijk helemaal is komen te vervallen. Dat is wat je vervolgens weer verheldert. That's it. Spannender dan dat is het niet. Is dat een oplossing voor alles? Nee, integendeel. Maar goed, ik zie aan u dat wij deze discussie tegen die tijd nog eens een keer gaan herpakken.

De voorzitter:

Dit leidt bij de heer Hijink ook nog tot een vraag.

De heer Hijink (SP):

Volgens de eigen redenering van de Minister zou zo'n lager tarief dan toch tot een nog hogere volumestijging moeten leiden? Hij zegt: de wijkverpleegkundigen zitten zo in elkaar dat als het tarief lager wordt, ze meer uren gaan schrijven. Als je in de wet vastlegt dat het tarief lager wordt, wat is dan de logische consequentie? Ik zeg steeds: dat heeft de Minister niet fatsoenlijk onderzocht, dus dat weten we niet. De Minister redeneert zelf dat ze dan het volume gaan opschroeven. Ze gaan dan gewoon meer uren schrijven. De logische consequentie van zijn eigen voorgestelde wet zal dan zijn: een nog lager tarief, dus nog hogere volumes. Uiteindelijk maakt het dus geen fluit uit.

Minister De Jonge:

Tja. Nee, voorzitter. Maar laten we die discussie tegen die tijd voeren. Ik ga dan allerlei dingen herhalen. Nee, we beginnen natuurlijk niet aan die kant. Als dat de enige oplossing zou zijn die we op dit moment voor ogen hebben, zou u wellicht nog een punt hebben ook. Maar dat is nou juist niet zo. We treffen namelijk allerlei maatregelen om het contracteerproces te verbeteren. We spreken daar zorgverzekeraars op aan. We hebben met elkaar ontzettend veel meer te doen. Dit is een van de maatregelen in het totale pakket.

De voorzitter:

Oké. Met uw goedvinden gaan wij over naar het blok administratieve lasten.

Minister De Jonge:

Dat is alweer blokje twee. De middag gaat zo snel. De administratieve lasten zijn echt fors. Tijdens ieder werkbezoek en in ieder gesprek dat ik met wijkverpleegkundigen heb, is zorg nummer één misschien wel: heb ik straks nog voldoende collega's? Maar de nummer één klacht gaat echt over de administratieve lasten. Eigenlijk is dat al zo vanaf de dag dat ik hier begon. Best heel pregnant, of eigenlijk het meest pregnant, is de vijfminutenregistratie. Ik heb met de wijkverpleegkundigen een soort top tien opgesteld om een aantal maatregelen te schrappen. Op nummer één van die top tien stond de vijfminutenregistratie. Wat hebben wij gedaan? Wet- en regelgeving is aangepast. Die registratie hoeft dus niet. Het is overigens interessant dat alleen de regels schrappen zeker niet de enige manier is om administratieve lasten op te lossen. Achter die regels is namelijk van alles ingeregeld, tot ICT-systemen bij aanbieders aan toe. Die wissels zullen allemaal moeten worden omgezet.

Om u even een beeld te geven van wat we bijvoorbeeld doen bij de vijfminutenregistratie: ik heb de NZa opdracht gegeven om dit project te trekken. De NZa heeft als eerste de eigen registratiestandaard, dus de eigen regelgeving, aangepast aan een nieuwe registratiestandaard. Dat wil zeggen dat waar voorheen tijd de registratiestandaard was, dat nu niet meer zo is. Zodra tijd de registratiestandaard is, ook bijvoorbeeld in de prestatiebeschrijving bij de NZa en de vormgeving van de contracten, zal de verantwoording ook altijd op basis van tijd moeten. Omdat je daar juist van af wil, is tijd niet meer de registratiestandaard, maar is gekozen voor

een nieuwe registratiestandaard. Dat is dat men ervan uitgaat dat het zorgplan dat gemaakt is via de planning ook de realisatie is, tenzij het anders uitpakt. Dan pas je waarschijnlijk ook je zorgplan aan, want dat is dan weer gekoppeld aan de indicatie die je stelt. Kortom, als we nou eens teruggaan naar dat zorgplan. Dat moesten ze toch al maken. De heer Geleijnse vroeg of het niet wat meer op basis van vertrouwen kan. Dat is precies wat we willen. Het zorgplan moest je toch al maken. Laten we nou daarvan uitgaan. Het zorgplan is via de planning ook de realisatie, tenzij het anders is. Daarmee is vertrouwen dus de basis.

Dan zou je denken: de NZa heeft de registratiestandaard aangepast en per 1 januari is alles opgelost. Niet dus, want dan komt het volgende vraagstuk. Door aanbieders wordt gevraagd hoe zorgverzekeraars dat gaan controleren. Zorgverzekeraars zullen toch ook op rechtmatigheid moeten controleren. Dat is gewoon hun wettelijke opdracht. Hoe gaan ze dat dan controleren? Hoe diep gaan ze dan die zorgplannen in? Daar is natuurlijk uitvoerig over gesproken tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Daar zijn we op een haar na uit, maar toch ook nog niet helemaal. Dat komt omdat dat een heel precies klusje is. Je moet namelijk de rechtmatigheidscontrole overeind houden. Je wilt niet dat zorgverzekeraars alle zorgplannen door moeten. Dat is natuurlijk een heidens karwei. Je wilt eigenlijk dat er een goede rechtmatigheidscontrole in zit, zonder die noodzaak. Ik denk overigens dat we daar uit gaan komen.

Dan komt het interessante. Want dan hoor ik ook een aantal aanbieders zeggen: oei, als ik al mijn zorgplannen op orde moet hebben, kost me dat eigenlijk nog meer tijd dan dat tijdschrijven; ik weet eigenlijk niet of ik dat wel wil. In dat gesprek zou ik eigenlijk de volgende stelling willen betrekken: die zorgplannen moesten al op orde zijn. Als je inspectiebezoek krijgt en je zorgplannen niet op orde zijn, word je sowieso al op je vingers getikt. Tegelijkertijd wil ik natuurlijk niet dat wijkverpleegkundigen die eerst 30% of 40% van hun tijd bezig waren met papier voor tijdschrijven straks avond aan avond zorgplannen zitten te typen. Dat moet je natuurlijk ook niet willen. Kortom, daar moet mijn afspraak met de sector over gaan. Ja, de registratiestandaard is per 1 januari 2019 aangepast. Aanbieders die over willen op de nieuwe registratiestandaard en die die mogelijkheid hebben, kunnen dan over. Verder wil ik een implementatiepad afspreken met de andere aanbieders. Zij moeten ook de mogelijkheid hebben om zo snel als mogelijk over te gaan. Wat mij betreft is dat zo snel als mogelijk, maar ik weet niet of dat in een jaar te redden is. Er is een aantal zorgpartijen, bijvoorbeeld Meander in Limburg, die echt het goede voorbeeld geven. Het tijdschrijven speelt daar helemaal geen rol meer. Daar hebben ze helemaal geen last meer van, omdat ze gewoon een heel andere afspraak hebben gemaakt. Ze zijn namelijk gewoon naar maandbedragen gegaan. Die ruimte was er binnen de regelgeving dus al, maar er werd veel te weinig gebruik van gemaakt. Ik snap nu ook veel beter waarom. Dat is omdat het zo diep zit in hoe dat hele stelsel is ingericht. Tijd is de hele tijd de registratiestandaard geweest. Daar moeten we vanaf. De enige manier om daar vanaf te geraken is niet alleen schrappen, maar ook echt ermee kappen. Dat laatste vergt een vrij minutieus gevecht tegen de zelf opgetuigde bureaucratie. Eigenlijk geldt dit voor de hele top tien van regels waar je vanaf moet willen, die we samen met de wijkverpleegkundigen zelf hebben vastgesteld.

Als we er echt in slagen om helemaal over te gaan op de zorgplannen, denk ik dat we ook voor de kwaliteit iets moois hebben gedaan. Eerlijk gezegd vond ik het geen fijn bericht dat een deel van de aanbieders zei: als we straks in die zorgplannen gaan kijken, weet ik niet of die eigenlijk wel allemaal op orde zijn. Ik denk dan: ja jongens, dat moest al een tijdje. Misschien moet ik daaraan nog even toevoegen dat één ding hierbij eigenlijk echt telt. Dat is de ervaring van wijkverpleegkundigen zelf. Ik weet van alle wijkverpleegkundigen die ik spreek en van alle werkbezoeken die ik breng dat we nog lang niet zover zijn, maar ik hoop toch echt

dat dat over een tijdje wel zo is. Daarom doen we een zo min mogelijk bureaucratisch belastende merkbaarheidsscan. Daarin kijken we of het ook echt lukt om de administratieve lasten naar beneden toe bij te stellen. Dat doen we ook om onszelf van tijd tot tijd de spiegel te kunnen voorhouden en te zien of de maatregelen die we hebben genomen inderdaad hun uitwerking beginnen te kennen in de dagelijkse praktijk.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vond het echt een heel tof verhaal van de Minister. Ik wil daarvoor ook mijn complimenten overbrengen. Het is eigenlijk nog geen voorganger gelukt om zover te komen. Ik heb wel nog mijn twijfels als het gaat om verzekeraars en accountants die vijfminutenregistraties blijven verlangen. Er is een heel grote stap genomen. Complimenten daarvoor. Maar wat is nou stap twee als het gaat om de andere partijen die hierbij betrokken zijn?

Minister **De Jonge**:

Dat is een zeer terechte vraag. Zolang verzekeraars en aanbieders afspraken blijven maken die gaan over tijd, zal er altijd een keer een accountant zijn die vraagt: mag ik even zien of dat ook rechtmatig is geweest? Kortom, dat komt door de afspraken die gemaakt zijn tussen verzekeraars en aanbieders. Overigens kun je ongecontracteerd alleen afspraken maken over tijd. Dat is nu eenmaal zo omdat dat de basisregistratie of de basisprestatiebeschrijving bij de NZa is. Alle anderen, ongeveer 94%, maken gebruik van de beleidsregel die in het leven is geroepen en die dus een andere registratie mogelijk maakt. Die beleidsregel wordt dus veranderd om de registratiestandaard «zorgplan is planning is realisatie, tenzij» mogelijk te maken.

Mevrouw Agema heeft een punt als zij zegt dat het controleprotocol van de zorgverzekeraars ook moet worden aangepast. Op basis daarvan gaat de accountant in de boeken kijken. Eigenlijk wil ik dat dat zo veel mogelijk getrapt is, want je moet voorkomen dat de accountant de hele tijd een selectie uit de zorgplannen moet maken. Je wilt eigenlijk dat de accountant eerst en vooral controleert of de administratieve organisatie van deze club op orde is. Als die op orde is, hoeft er ook geen controle gedaan te worden tot op het niveau van zorgplannen. Als die niet op orde is, moet je de administratieve organisatie wel willen controleren. Dan moet je natuurlijk een selectie doen.

Daar begint ook de club aanbieders die denkt: o jee, straks gaan ze wel heel goed naar mijn zorgplannen zitten te kijken. De club die zegt: pas op, want als je straks mijn zorgplannen induikt zou het zomaar niet op orde kunnen zijn. Als ik tegen hen zeg «ook jullie moeten per 1 januari over», gaan ze nu aan alle verpleegkundigen de opdracht geven om ervoor te zorgen dat al die zorgplannen gevuld zijn en dan zitten onze wijkverpleegkundigen tot kerst achter de computer terwijl dat onbedoeld is. Dat is precies wat je niet wilt. Daarom denk ik dat we de grootst mogelijke club die kan over moeten laten gaan per 1 januari. Stel dat dat bijvoorbeeld 30% is. Daarna komt er een ingroepad voor de rest van het jaar.

Misschien moeten we twee jaar nemen. Dat weet ik niet. Daarover gaat precies het gesprek dat ik volgende week heb. Volgende week is er een bestuurlijk overleg wijkverpleging met de NZa, de wijkverpleegkundigenorganisatie en de V&VN. Daar staat de implementatie van de afschaffing van de vijfminutenregistratie op de agenda. Laat ik u een brief sturen hoe de implementatie vorm krijgt. We gaan met een helpdesk en een praktijkteam werken, zodat we kunnen acteren op de klachten van verpleegkundigen, zoals «ja maar, wij moeten nog steeds...». We gaan naar de aanbieder toe en met hem in gesprek waarom hij nog niet over is en waarom het nog niet werkt. Kortom, we gaan hier heel activistisch bovenop zitten.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Alleen maar ter verduidelijking: de Minister had het in de eerste zin van zijn beantwoording over «ik ben er op een haar na uit». Had u het toen over het bestuurlijk overleg?

Minister **De Jonge**:

Er zijn verschillende dingen waar we uit moeten komen. Wat het controleprotocol betreft: zorgverzekeraars zover krijgen dat het controleprotocol zo wordt aangepast dat men bijvoorbeeld met één protocol voor alle zorgverzekeraars gaat werken, zodat niet iedereen het voor zich doet, en het ervoor zorgen dat we met zorgverzekeraars afspreken dat zij dat controleprotocol op zo'n manier doen dat de organisaties die hun administratieve organisatie op orde hebben niet te maken krijgen met verdere doorprikssessies in zorgplannen. Daar ben ik bijna uit. Wat het moeilijkste is, is dat deel van de zorgaanbieders dat zegt dat hun zorgplannen nog onvoldoende op orde zijn om daar helemaal op terug te kunnen vallen als registratie-eenheid en dat daarom voorlopig nog even op tijd moet kunnen worden teruggevallen. Dat is het moeilijkste deel. Welk implementatiepad kunnen we daarbij volgen om te voorkomen dat de oplossing erger wordt dan de kwaal? Ik ga u een brief schrijven. Ik denk dat dat eind deze maand lukt.

De **voorzitter**:

Zijn er nog vragen in het blok administratieve lasten?

Minister **De Jonge**:

Ik denk dat ik hiermee de meeste vragen over de administratieve lasten heb gehad.

De **voorzitter**:

Dat klopt. Ik zie niemand opspringen.

Minister **De Jonge**:

Dan ga ik door naar de indicatiestelling. Daar is niet zo heel veel over gevraagd. Wel met name door D66 en de PvdA of met name door mevrouw Bergkamp. Zij vroeg hoe het nu eigenlijk gaat en hoezeer we aan die indicatiestelling van de wijkverpleegkundigen zelf hechten. Ze wil mijn uitspraak daarover horen. Het antwoord op die vraag is dat ik daar zeer aan hecht. Het is een hele verstandige keuze geweest om de wijkverpleegkundigen zelf te laten indiceren, maar de fraai verwoorde «praktijkvariatie» is wel ontzettend groot. Dat vind ik wel kwetsbaar. De praktijkvariatie zal natuurlijk nooit helemaal nul zijn. Dat kan niet, want het is altijd een professioneel oordeel over wat er nodig is. De praktijkvariatie die je als kind in de klas krijgt bij een verschillende juf of meester is natuurlijk ook aanwezig. Tegelijkertijd is die praktijkvariatie niet iets om ontspannen over te doen, omdat het over de toegang tot zorg en de toegang tot het verzekerd recht op zorg gaat. We moeten met name het ongewenste en het onverklaarbare deel van de praktijkvariatie weten terug te dringen. We hebben met de wijkverpleegkundigen een aantal afspraken gemaakt.

Allereerst moet de praktijkvariatie in de indicatiestelling een bespreekbaar thema worden. Dat moet dus in kaart gebracht worden. We weten dat het bestaat en we weten dat het dusdanig uit elkaar loopt, maar hoe precies, daar weten we nog te weinig van. Dus dat is één. Twee is: we moeten zorgen voor een ontwikkeling in het verbeteren op dat punt. V&VN is zich daar zeer van bewust en spant zich daar ook zeer voor in. Ze doen het nog maar net, dus we kunnen nog niet verwachten dat het gelijk geniaal verloopt, maar we moeten er wel mee aan het werk. Dat betekent dat er een hele systematiek van intercollegiale toetsing moet worden opgezet. Volgens mij worden mensen daar nu, as we speak, zelfs voor getraind. Dat

zag ik zojuist op Twitter. Ik vind het overigens altijd hartstikke leuk om op Twitter terug te zien dat het werkt wat je hebt afgesproken. Er wordt dus een heel systeem van intercollegiale toetsing opgezet, waarbij wijkverpleegkundigen leren om de collega's te laten meekijken op het moment dat ze twijfelen en aarzelen over hoe ze iets eigenlijk moeten zien, hoe ze het moeten indiceren of hoe ze de regels ergens wel of niet moeten duiden. Intercollegiale toetsing is zeer van belang.

De second opinion die we hebben afgesproken moet mogelijk zijn. Dat is ook een vorm van collegiale toetsing, maar door een ander die op verzoek meekijkt naar het indicatiebesluit dat je hebt genomen. Kortom, we hebben hier werk te doen, maar dat doen we omdat we hechten aan het in stand kunnen houden van de indicatiestelling. Ik neem even Per Saldo. Die heeft in haar brief aan uw Kamer aangegeven dat ze zich zorgen maakt en een beetje begint terug te verlangen naar de vleespotten van Egypte, zeg ik maar; «hadden we het CIZ nog maar». En daarvan denk ik: hm, dat weet ik niet. Ik vind het CIZ geweldig als indicatieorgaan voor de Wlz, maar ik denk niet dat we terug moeten naar een aparte en een door derden onafhankelijke indicatiestelling voor iets als wijkverpleegkundige zorg, want dan gaan we nieuwe bureaucratie introduceren waar we er net vanaf waren.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Allereerst ben ik heel erg blij dat de Minister heel duidelijk laat blijken dat hij voor het systeem is dat destijds volgens mij Kamerbreed is omarmd. Ik ben dus blij dat daar geen twijfel over is. Hij wil kijken hoe het verbeterd kan worden. Wat mij betreft is het kernthema van vandaag: hoe voorkom je dat de goeden lijden onder de minder goeden? Laten we het zo formuleren. Wijkverpleegkundigen moeten nu heel veel moeten verantwoorden, ook in een professioneel oordeel. Mijn vraag aan de Minister is: hoe kun je ervoor zorgen dat degenen die het nodig hebben de ondersteuning krijgen? Dat is misschien een heel lastige vraag, maar het kan niet zo zijn dat de hele groep, de wijkverpleegkundigen die al jaren ervaring hebben, zich nu continu over allerlei dingen moet bewijzen. Ten eerste vragen we dat ook niet aan een huisarts die je adviseert. De gemeenten hebben eerlijk gezegd ook alle tijd gekregen. Kijk naar de decentralisatie en de keukentafelgesprekken en noem het allemaal maar op. Dus mijn vraag is: hoe zorgen we ervoor dat dat evenwicht er meer inkomt?

Minister De Jonge:

Ik snap heel goed wat mevrouw Bergkamp zegt. De wijkverpleegkundige zorg heeft daarin natuurlijk een bijzondere positie. De vergelijking met de huisarts hoor ik vaker. Tegelijkertijd is de kans dat een huisarts al zijn tijd aan drie cliënten opmaakt ook weer niet zo groot, ook niet omdat al die anderen ook nog op de stoep staan. Als er heel intensieve zorg nodig is, zal de huisarts altijd verwijzen. Hij heeft vooral een verwijzende rol en niet zelf een curatieve rol, dus daarmee gaat de vergelijking met de huisarts niet helemaal op. Ook het bekostigingsstelsel zit bij de huisarts heel erg anders in elkaar. Dat is bij de wijkverpleegkundige zorg anders. Daar indiceert de wijkverpleegkundige wat diezelfde wijkverpleegkundige zelf als werk gaat doen. Ook weer even in relatie tot de discussie over de ongecontracteerde zorg, is dat natuurlijk kwetsbaar. Tegelijkertijd ben ik het van harte met mevrouw Bergkamp eens. Een bron van administratieve lasten is juist dat we, for good reasons, dingen soms niet helemaal vertrouwen bij een deel van de groep, om vervolgens regels te bedenken die de hele groep raken. Dat doen we in het onderwijs, dat doen we in de zorg en dat doen we eigenlijk in de hele publieke sector. Daar moeten we inderdaad voor oppassen. De komende tijd is het de kunst om het vooral een professioneel proces te laten zijn, om ervoor te zorgen dat er in de indicatiestelling heel snel heel veel wordt geleerd door wijkverpleegkun-

digen en dat we met precisie interveniëren. Dat is de kunst en dat is nog best moeilijk.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Die precisie is ontzettend belangrijk. Waarom ik de vergelijking met de huisarts trok, is omdat het over een professioneel oordeel gaat. Grote organisaties hebben vaak meer de gelegenheid om zich te verdiepen in beleid, om mensen te scholen en alle kwaliteitsrichtlijnen tot zich te nemen. Wat ik vaak teruggekoppeld krijg, is dat met name de kleinere dat wat lastiger vinden, omdat ze minder toegang en tijd hebben tot al dat beleidsmatige en al dat... Laten we wel wezen, we hebben het best ingewikkeld gemaakt met elkaar. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we daar waar nodig doelgericht gaan verbeteren?

Minister **De Jonge**:

Dat is inderdaad de vraag. In deze vraag komen er een aantal onderwerpen bij elkaar waarover we het vandaag hebben gehad. Nieuwe toetreders bijvoorbeeld weten onvoldoende in welke sector ze stappen en wat er allemaal van ze verwacht mag worden. Daarover heeft u in een ander AO uw zorgen geuit. Het is voor een club als de V&VN heel erg lastig om die leden, die nog niet eens leden zijn maar wel achterban, al geprofessionaliseerd te hebben op dit thema. Als het dan ook nog eens gaat over zorg waarvoor geen contractuele afspraak geldt, dus over ongecontracteerde zorg, dan snap ik in zo'n geval heel goed dat een zorgverzekeraar scherp meekijkt, en dat is dus met precisie, of het eigenlijk wel goed gaat. Vaak zien we dat het inderdaad niet goed gaat en daar komen dan die onrechtmatigheidsobservaties vandaan. Maar de echte winst zit hem volgens mij in het professionele proces dat we in het hoofdlijnenakkoord hebben afgesproken. Het gaat daarbij om het scholen en het op gang brengen van de intercollegiale toetsing. Ik zie dat V&VN heel veel meters maakt en een enorm goede trekkersrol speelt om de professionalisering op orde te krijgen. Want dat het nodig is, dat vindt echt iedereen.

De **voorzitter**:

Dan gaan we over naar blok vier, de palliatieve zorg.

Minister **De Jonge**:

Er is een aantal vragen gesteld over de palliatieve zorg, met name door de VVD. Ik ben vanmorgen nog in een hospice geweest en ik heb vorige week nog een groot congres gehad over de palliatieve zorg. Eigenlijk vallen mij overal waar ik kom een aantal dingen op. Ten eerste: de palliatieve zorg is een vorm van zorg waarin mensen met ongelooflijk veel toewijding hun werk doen en hun werk in de afgelopen tijd eigenlijk al pionierend aan het vormgeven zijn geweest. Hospices zijn allemaal met een andere achtergrond ontstaan en proberen zich te vestigen binnen het bestaande stelsel. Dat lukt steeds beter.

Ten tweede: als je van buiten kijkt, zie je dat de palliatieve zorg best gefragmenteerd is. Er zijn ontzettend veel hele mooie voorbeelden, maar wel telkens hele mooie n=1-voorbeelden, zou je kunnen zeggen. Anders dan bij andere branches in de zorg, kun je niet echt zeggen «zo ziet de palliatieve zorg eruit», omdat er heel veel mooie voorbeelden zijn die binnen de bestaande wet- en regelgeving kennelijk mogelijk zijn en die nog onvoldoende hun weg naar de totale breedte hebben gevonden. Er gebeuren wel een aantal mooie dingen. Dat heb ik in de brief proberen te beschrijven.

Het kwaliteitskader palliatieve zorg is een mooie volgende stap in de verdere professionalisering van de palliatieve zorg als such. Wat we alleen wel zullen moeten doen, is ervoor zorgen dat voorbeelden die aan de kwaliteitstandaard voldoen veel meer de standaard worden. Dat is de

reden dat ik door wil met het ZonMw-programma palliatie en daar ook extra geld voor wil vrijmaken. Maar ik wil dat minder richten op kennisontwikkeling en veel meer op praktijkdoorontwikkeling, dus op het verder in de praktijk brengen van voorbeelden die al aan het kwaliteitskader voldoen. Daar wil ik me op richten. Dus een grotere nadruk op de implementatiekant. Dat is het eerste spoor waarmee we aan de slag gaan. Het tweede spoor waarmee we aan de slag gaan, gaat over het bekender maken van de mogelijkheden. Mevrouw Agema zei het ook al: ook mensen die in de zorg werken vinden het helemaal niet zo makkelijk om vorm te geven aan het uitgangspunt dat we iedereen moeten willen laten sterven waar die persoon kiest om te sterven. En ja, dat is soms een praktisch personeelsprobleem. Krijg je de wijkverpleging bijvoorbeeld snel genoeg opgestart als iemand uit het ziekenhuis naar huis kan gaan? Maar heel vaak weet men niet goed wat de mogelijkheden zijn. Bijvoorbeeld – en dan kom ik bij het derde spoor – over de financiering ervan. In de financiering ervan is meer mogelijk dan er vaak lijkt. Ik had vanmorgen een hele discussie over de financiering van de hospicezorg, en toen zei iemand: we moeten toe naar een nieuw bekostigingsmodel voor de palliatieve zorg. Daarvan zei ik: ja, dat zou kunnen, maar pas op, er staat nu al best een aantal schotten, en we zien juist dat het over die schotten heen best moeilijk te organiseren is. Palliatieve zorg binnen hetzelfde domein is goed te organiseren, maar over domeinen heen vinden we het veel moeilijker. Dus als je voor een nieuw bekostigingsmodel voor de palliatieve zorg pleit, dan creëer je eigenlijk nog een schot erbij. Je hebt best kans dat het daarmee nog moeilijker wordt om te kunnen voldoen aan het uitgangspunt dat iedereen zou moeten kunnen sterven waar die persoon dat wil. Kortom, ik kies vooralsnog een andere route.

Ik sluit overigens een nieuw bekostigingsmodel in the end niet uit. Als dat beter is, dan moeten we dat doen, maar ik kies vooralsnog voor een andere route en die sluit aan bij de observaties van de NZa. De NZa zegt namelijk: er kan veel meer dan nu gebruikt wordt – dat geldt met name voor casemanagement – maar we moeten de nieuwe voorstellen voor de transmurale bekostiging die uit het veld opkomen, echt daadwerkelijk in de praktijk gaan vormgeven. Uit mijn hoofd gezegd zijn er tientallen voorstellen. Dat zijn voorstellen tussen aanbieders en zorgverzekeraars die zich bij de NZa hebben aangediend of die de NZa in haar rondgang heeft opgesnorkeld. Zij zeggen: «Ik zou de palliatieve zorg veel beter kunnen vormgeven of veel beter aan het uitgangspunt kunnen voldoen dat iedereen moet kunnen sterven ter plekke waar hij wenst, als ik de mogelijkheid had om...» En dan komt het: bijvoorbeeld «om de zorg die degenen nu in het verpleeghuis geven, thuis te kunnen geven», of «om degenen die nu thuis de zorg geven in het verpleeghuis aan de slag te zetten». Daar kan al veel meer dan je voor mogelijk houdt. Maar de NZa zegt ook dat we met name bij de transmurale bekostiging een aantal stappen te zetten hebben. Als het over persoonsvolgende bekostiging gaat, is er nog veel meer onduidelijk. Ik denk er niet te makkelijk over. Ik wil me met name inzetten op de transmurale bekostiging. Die wil ik meer mogelijk maken. Daar blijft de NZa natuurlijk bij betrokken, namelijk om te kijken of het dan ook beter gaat en of het beter lukt om de bekostiging op die manier vorm te geven, zodat we weer nieuwe vormen van palliatieve zorg mogelijk maken.

Volgens mij heb ik hiermee antwoord gegeven op in ieder geval het palliatieve deel van uw vragen, en ook de vraag van mevrouw Agema.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u heeft nog één korte vraag staan en dan zijn we er doorheen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik sloeg aan op wat er in de stukken stond en dat citeerde ik ook in mijn bijdrage. Ik las namelijk en ik citeer: «Specifiek voor palliatieve zorg vindt de Minister van VWS dat wanneer iemand thuis wil sterven dat, indien dit ook verantwoord is, mogelijk gemaakt moet worden.» Wat bedoelt de Minister met «indien dit ook verantwoord is»? Kan hij dat uitleggen?

Minister **De Jonge**:

Excuus. Dat was inderdaad de vraag die u heeft gesteld. Het streven moet zijn dat het eigenlijk altijd moet kunnen. Als je als zorgverlener, soms ook als familie, echt wilt en je bent op de hoogte van de mogelijkheden, dan kan eigenlijk alles. «Als het verantwoord is»: dat zou in situaties kunnen zijn waarin de zorg zo complex is dat men bijvoorbeeld niet meer verantwoord vervoerd kan worden. Dat komt weleens voor. U citeert uit mijn eigen werk, dus ik heb het kennelijk zelf gebruikt, maar zelf gebruik ik dit voorbehoud niet heel erg. Ik vind namelijk dat dit gewoon het uitgangspunt moet zijn. Dus het gaat niet over te duur, of zo. Als daar uw aarzeling zit, of het ook weleens te duur is; eigenlijk is dat niet meer zo wat telt. De wijkverpleegkundige zorg bijvoorbeeld kan in de laatste fase zoveel zijn als nodig is. Daar geldt geen grens voor. In die laatste fase is geld niet het allerbelangrijkste. In die laatste fase moet gewoon worden gedaan wat er nodig is.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik waardeer deze aarzeling van de Minister. De Minister is natuurlijk nogal een belangrijke persoon in deze hele sector, in dit hele gebeuren. Als je een deur op een kier zet, met «indien dit ook verantwoord is», dan komen er natuurlijk allemaal mitsen en maren: «Het is niet verantwoord meer om meneer of mevrouw te vervoeren. Het is niet verantwoord, want ik heb niemand die 48 uur zorg kan leveren. Het is niet verantwoord, want de medicatie die ik daarvoor moet regelen...» Weet ik veel wat. Ik zou het heel fijn vinden als de Minister dat «mits het ook verantwoord is» uit het vocabulaire wil schrappen. Dan zien we altijd nog wel waar het schip strandt.

Minister **De Jonge**:

Met die tweede toevoeging kan ik wel leven. Als het uitgangspunt is dat het altijd moet kunnen, dan geldt er natuurlijk altijd nog op enig moment het gezond verstand van een arts die bijvoorbeeld zegt: sorry, maar dit vervoer is echt niet meer mogelijk. Of je hebt te maken met tekorten als het gaat over de wijkverpleegkundige zorg. Er zal best eens een keer een situatie zijn waarbij het écht niet lukt. Dat willen we niet en daarom werken we ook zo hard om die tekorten terug te dringen, maar dat kan natuurlijk best. Maar ik ben het wel met u eens dat als je de hele tijd allerlei voorbehouden zit te maken, het net lijkt of je het eerste niet echt meende. En we menen het wel serieus. De keuze die we maken, is dat iedereen daar moet kunnen sterven waar die persoon voor kiest.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De Minister schetst dat het nu niet de route is om naar een nieuw bekostigingsmodel te gaan. Dat deel ik ook, maar dat was eigenlijk niet mijn vraag. Wat je nu ziet en wat je veel hoort, is dat het goed georganiseerd en gefinancierd krijgen van de palliatieve zorg om een heleboel redenen ingewikkeld is. Daar schrijft u ook over in de brief. Maar het heeft ook iets met onbekendheid en onduidelijkheid te maken. U schetst in de brief dat de mogelijkheden, de bekostigingsvormen, er zijn en dat u dus niet iets nieuws gaat doen. Eigenlijk wat u zojuist herhaalde. Maar hoe zorgen we ervoor dat de huidige mogelijkheden bij mensen bekend zijn, zodat het snel geregeld kan worden in de fase waarin je palliatieve zorg

nodig hebt, of iemand in jouw familie, en je dan niet al je tijd daaraan kwijt bent?

Minister De Jonge:

We gaan heel proactief aan de slag. In de ronde die de NZa heeft gemaakt, heeft ze allerlei initiatieven naar boven gehaald van zorgverzekeraars en aanbieders die op de beleidsregel innovatie iets nieuws zouden willen neerzetten. Met iets nieuws willen neerzetten bedoel ik een vorm van transmurale bekostiging. Dat is best een heel lelijk woord, maar het is uiteindelijk wel iets heel moois. Wat de NZa doet, is op grond van de bekostiging een serieus aantal van die pilots mogelijk maken. Het moet uiteindelijk wel behapbaar zijn. Maar dat kon toch al? Ja, de regelgeving, de beleidsregel, bestond al wel, maar dit type gebruik van de beleidsregel was er nog niet, namelijk het type gebruik om de transmurale bekostiging mogelijk te maken. Een aantal van die initiatieven gaat nu aan de slag om dat mogelijk te maken. Kortom, we gaan de initiatieven met de ideeën om de transmurale bekostiging op grond van de beleidsregel innovatie vorm te geven, proactief aan de slag zetten.

Wat we daarnaast gaan doen, staat ook in de brief. Die heeft u voor uw neus, maar die wordt hier nog gezocht, dus ik moet heel hard terugdenken hoe ik het ook alweer had opgeschreven. In die brief staat dat de NZa met feitenkaarten aan de slag gaat met hoe de bekostiging eruitziet. We doen er van alles aan om helder te maken wat er allemaal mogelijk is, maar we laten het daar niet bij. We gaan proactief met pilots aan de slag om de transmurale bekostiging mogelijk te maken.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik heb inderdaad een heleboel vragen over innovatie gesteld. Bij de palliatieve zorg ging het me nog niet eens zozeer alleen om de innovatie, hoewel ik wel een voorbeeld uit die sector gebruikte, dat zal ik direct toegeven. Er zijn dus mogelijkheden om het snel en makkelijk te organiseren, maar mensen kunnen die weg niet makkelijk vinden. En dan zegt u dat daar geen nieuw model voor wordt ontwikkeld en dat er mogelijkheden zijn waar meer gebruik van moet worden gemaakt. Maar dat gebeurt dus niet, dus hoe gaan we daar wat aan doen? Al mijn andere vragen gaan in den brede in op innovatie in de thuiszorg en in de wijkverpleging, maar daar ga ik nog even niet op in, want ik reken nog op hele goede antwoorden op de andere vragen.

Minister De Jonge:

Maar, toch even preciezer. Uw vraag is wat we gaan doen om in de praktijk dingen mogelijk te maken waarvan we altijd al wisten dat ze op grond van de bestaande mogelijkheden en bestaande regelingen mogelijk waren; dingen die in de praktijk niet gebruikt werden maar die eigenlijk al wel konden. Wat gaan wij doen om ervoor te zorgen dat dat nu wel gaat gebeuren? Of anders geformuleerd: waar komt het geloof vandaan dat het nu wel gaat gebeuren, zonder iets anders te doen? Ik heb u geprobeerd daarop dit antwoord te geven, omdat ik denk dat dat het goede antwoord is. We hebben de NZa gevraagd om de bekostiging in beeld te brengen. De NZa heeft allerlei voorbeelden uit het land opgehaald, waarbij er allerlei ideeën bestaan om de bekostiging voor palliatieve zorg ook transmuraal mogelijk te maken. De NZa heeft gezegd: dat zou kunnen op grond van de beleidsregel innovatie zoals we die al hebben. Die is nooit op die manier gebruikt, maar dat zou wel kunnen. De ideeën uit de inventarisatie worden omgezet in pilots. Dus dat is één ding. Het tweede is dat er over de financieringsmogelijkheden van dit type zorg best weinig bekend is. Dan gaat het bijvoorbeeld over de transmurale bekostiging, maar ook over de bekostiging van casemanagement, terwijl daar meer kan dan men nu weet. De NZa gaat daarnaast ervoor zorgen dat we de bekostigingsmanieren van dit type zorg, die net niet helemaal in

het vakje past, op een goede manier in beeld brengen, opdat initiatieven daar geënthousiasmeerd door kunnen raken. Wat we daarnaast sinds een tijdje op VWS hebben, is een praktijkteam palliatieve zorg. Er zijn veel vragen waar men tegen aanloopt. Soms is dat individuele casuïstiek, waarbij mensen zeggen: «Dit is wat we eigenlijk zouden willen, maar «ze» zeggen dat het niet kan. Klopt dat echt?» Of: «Wat zou wel kunnen? Denk eens met ons mee.» Wij denken dus inderdaad mee. In het team palliatieve zorg denken niet alleen wij maar ook mensen vanuit de praktijk mee: «Wij weten dat het best wel kan. Dat zou je namelijk bijvoorbeeld op zo'n manier kunnen doen». Vanuit de casuïstiek leren we wat er mogelijk is. We hebben vanuit de casuïstiek al best heel veel naar boven gekregen. Op basis daarvan hebben we allerlei vereenvoudigingen in de bekostiging toegepast. Op die manier zijn we er heel proactief mee aan de gang.

De voorzitter:

Dan hebben we volgens mij dit blok gehad.

Minister De Jonge:

Volgens mij ook.

De voorzitter:

Dan gaan we naar het blok arbeidsmarkt. Het een-na-laatste blok.

Minister De Jonge:

We hebben al uitvoerig gesproken over de administratieve lasten. Volgens mij vroeg de heer Geleijnse hoe groot het tekort is. We hebben al vaker met elkaar gesproken over het tekort waarop we mogelijkerwijs afstemmen, als we ons werk ongeveer zo blijven doen zoals we de afgelopen jaren hebben gedaan. In 2022 bedraagt het tekort 100.000 tot 125.000 mensen. Dat is als je ongeveer blijft doen wat je deed. We gaan natuurlijk niet ongeveer blijven doen wat we deden. We gaan er ontzettend veel aan doen om juist te voorkomen dat het ooit zover komt.

We hebben daarbij met de Kamer afgesproken dat we voor de Kamer heel helder inzichtelijk maken waar ons dat toe brengt. Het is dus niet zo dat we elkaar in 2022 weer zien en dan tegen elkaar zeggen: wat is er wel of wat is er niet gelukt? Dat kunnen we ons niet veroorloven. Het kabinet zal de Kamer twee keer per jaar informeren over hoe het met de ontwikkeling op de arbeidsmarkt in de zorg staat. We hebben ook afgesproken dat we de wijze waarop we de gegevens ontsluiten, dusdanig inzichtelijk maken dat dat ook de verantwoording is van het kabinet in de richting van de Kamer, opdat de Kamer het kabinet daarop kan aanspreken. Voor onszelf is het natuurlijk een spiegel om de vraag te kunnen beantwoorden of we de dingen goed doen en of we de goede dingen doen. We zullen die monitor telkens begeleid doen gaan van een brief in de richting van de Kamer, over wat de laatste cijfers ons zeggen, bijvoorbeeld inzake de aanpassing in de keuzes die we hebben gemaakt. Dit in antwoord op de vraag of we de goede dingen doen en of we de dingen goed doen. Kortom, dat is de manier waarop we daarmee aan de slag zijn.

U vroeg hoe erg het nu in de wijkverpleging is. Als ik afga op de geluiden die ik op werkbezoeken hoor, dan heeft elke organisatie voor wijkverpleging te maken met een toenemend aantal tekorten. We weten het alleen op het niveau van het aantal verpleegkundigen en niet op het niveau van het aantal wijkverpleegkundigen, maar het tekort van het aantal verpleegkundigen is zo'n 1.000 hbo-wijkverpleegkundigen. Ik moet het goed zeggen: we kunnen het alleen bij benadering aangeven, omdat we de verhouding verpleegkundigen-wijkverpleegkundigen moeten toepassen op het huidige tekort. Als we dat doen, dan weten we bij benadering dat het momenteel over zo'n 1.000 wijkverpleegkundigen en zo'n 1.000 mbo-wijkverpleegkundigen gaat. Dus 1.000 hbo'ers, 1.000 mbo'ers en 550 verzorgenden. Dat zijn nu al best grote aantallen, maar als

je ze extrapoleert naar 2022, dan komen we op dat moment nog veel meer verpleegkundigen tekort. Kortom, we moeten gewoon alles uit de kast halen om te voorkomen dat het tekort zo gaat oplopen zoals nu voorspeld is. We hebben daar veel werk te doen.

Dan ga ik door met de vraag of vijftigplussers ook de kans krijgen. Ontzettend leuk dat de heer Geleijnse die vraag stelt, of all people. In de zorg krijgt momenteel iedereen de kans. Ik was vorige week bij een verpleeghuis en daar zei de directeur tegen mij dat hij het juist heel fijn vindt om te merken dat er bij de zij-instromers de laatste tijd steeds meer ouderen zitten. Er moeten moeilijke gesprekken worden gevoerd met kinderen van mensen die komen te overlijden en met cliënten die soms heel erg onbegrepen gedrag laten zien. Ook al heb je niet de rest van je leven in de zorg gewerkt, als je levenservaring meebrengt, dan ben je van enorme meerwaarde in een team. Ik denk dat dit juist voor ouderen een uitgelezen kans is om echt aan de slag te gaan. Ik weet in ieder geval dat ze zeer gewild zijn in de zorg.

De heer Slootweg vroeg hoeveel kinderverpleegkundigen we tekortkomen. Dat was de vraag, maar waar staat het antwoord? In ieder geval: wat gaan we eraan doen? Dat antwoord geef ik alvast en dan zeg ik straks hoe groot het vraagstuk was. De kinderverpleegkundige is eigenlijk een gespecialiseerde vorm van de wijkverpleging. Het Capaciteitsorgaan raamt de instroombehoefte voor de opleiding van kinderverpleegkundigen. Al het medisch ondersteunend personeel en alle gespecialiseerde verpleegkundigen, waar de kinderverpleegkundige er dus een van is, worden door het Capaciteitsorgaan geraamd. Om ziekenhuizen te kunnen ondersteunen, is er sinds 2010 de kostendekkende financiering vanuit VWS voor het opleiden van medisch ondersteunende beroepen en gespecialiseerde verpleegkundigen, dus ook voor de kinderverpleegkundigen. Sinds augustus 2018 is deze kostprijsdekkende financiering ook beschikbaar voor het opleiden van kinderverpleegkundigen in de extramurale setting. Die bestond al intramuraal, maar is nu ook extramuraal mogelijk. Voorwaarde is wel dat de instelling geaccrediteerd is. Dat is noodzakelijk om de kwaliteit van de diploma's te kunnen garanderen. Zes grote zorginstellingen voor extramurale kindzorg hebben deze accreditatie al. Kortom, we zijn er volop mee aan de slag om de kinderverpleegkundigen op te leiden en daar geldt dus een kostprijsdekkende vergoeding voor.

Dan de meest recente schatting van het UWV. We kunnen dit alleen maar weer bij benadering doen. We kunnen het dus niet helemaal precies turven, maar bij benadering. De meest recente schatting van het UWV laat zien dat er op dit moment zo'n 1.700 vacatures zijn voor gespecialiseerd verpleegkundigen; die groep van gespecialiseerd verpleegkundigen is dus veel breder dan alleen kinderverpleegkundigen.

Dan vroeg de heer Kerstens hoe ik de rol voor de wijkverpleegkundige zie. Hij plaatste die vraag vooral in het licht van het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, waarin over sociaal-economische gezondheidsverschillen werd gesproken. Ik denk dat de zorg überhaupt best een hele grote rol heeft bij het tegengaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Je zou kunnen zeggen dat de hele jeugdgezondheidszorg er eigenlijk ooit voor is opgericht om sociaal-economische gezondheidsverschillen tegen te gaan. Bij de wijkverpleging kun je dat volgens mij niet zeggen. Tegelijkertijd denk ik wel: een wijkverpleegkundige die goed in de wijk zit, weet hoe het netwerk in elkaar zit en slaagt er bijvoorbeeld in om mensen met diabetes weer in beweging te krijgen en aan het bewegen te krijgen. Als wijkverpleegkundige heb je de kennis van zo'n wijk en weet je waar dat mogelijk is. Ik denk dat een wijkverpleegkundige daar een hele grote rol in heeft. Absoluut.

Meerdere fracties, onder andere 50PLUS, reikten signalen aan over wijkverpleegkundigen die geen tijd hebben voor lunchpauzes of koffie. Ik

kan dat signaal niet verifiëren. Ik was het wel erg eens met de reactie van ActiZ. Die zei: als dit soort signalen er zijn, en het gaat over onze leden, dan gaan wij daarover graag met hen in gesprek. ActiZ zegt dat dit de tijd is voor goed werkgeverschap. Ik heb zelf ook vaker gezegd: als je nu als werkgever niet voor goed werkgeverschap kiest, dan mis je de boot. De heer Geleijnse vroeg of ik de mening deel dat het onwenselijk is dat zzp'ers steeds meer worden ingezet. Ik meen dat de VVD-fractie mij daar vragen over heeft gesteld en ik heb zoals altijd geprobeerd die vragen heel genuanceerd te beantwoorden. Het is volgens mij onvermijdelijk dat er zzp'ers werkzaam zijn in de zorg. Ik geloof dat mevrouw Agema dat aangaf. Zeker in de palliatieve zorg bijvoorbeeld weet ik dat er zzp'ers werkzaam zijn die iets doen waarvan je bijna zou kunnen zeggen: probeer die manier van zorg maar eens in een formele organisatie vorm te geven. Ik wil geen algeheel statement over zzp'ers in de zorg geven, want dan zou ik heel veel mensen heel veel verdriet en onrecht aandoen. Wat ik wel hoor en zie, is dat grote organisaties zien gebeuren dat mensen vertrekken en zzp'er worden, en dat die vervolgens zo ontzettend nodig zijn dat ze weer worden ingehuurd, maar dan als zzp'er. Soms met een bureau ertussen dat natuurlijk best bereid is dat tegen geringe vergoeding te organiseren. Dat zie je ook in het onderwijs. Dan denk ik: het personeelstekort in de zorg is al moeilijk genoeg. Als we het op deze manier gaan oplossen, is het vrijwel onmogelijk om het goed op te lossen. Daarom heb ik de suggestie van mevrouw Agema bij de begroting ook aangegrepen om eens te onderzoeken wat momenteel het vraagstuk is. Ik heb vorige week met ActiZ een gesprek gehad over hoe groot het vraagstuk is. Laten we dat eens in beeld brengen en kijken wat eraan te doen zou zijn. Mijn stelling is wel dat het begint met goed werkgeverschap. Wettelijk iets daartegen doen, is volgens mij niet het antwoord op het geconstateerde vraagstuk. Het begint met goed werkgeverschap. Echt waar.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):
Mag ik een heel korte vraag stellen, voorzitter?

De **voorzitter**:
Ja, dat mag.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):
Krijgen we de resultaten van de gesprekken met ActiZ als Kamer ook te horen, naar aanleiding van de suggestie van mevrouw Agema?

Minister **De Jonge**:
Het is zelfs zo gegaan: ik had een moment van standvastigheid. Toen zei ik: ik ontraad deze motie. Toen heeft mevrouw Agema stante pede de formulering zo aangepast dat ik eigenlijk geen kant meer op kon en dat ik het oordeel aan de Kamer moest laten. Vervolgens is de motie volgens mij aangenomen en heb ik dus gewoon terug te komen op de uitvoering van de motie. Dus dat komt goed.

De **voorzitter**:
Volgens mij bent u aangekomen bij het blok varia.

Minister **De Jonge**:
Absoluut. Daar ga ik rap mee beginnen. Een vraag was bij welk percentage casemanagement dementie ik tevreden ben. De samenleving is niet echt een koekjesfabriek, dus ik ga hier geen target noemen waarmee ik aan de slag ga. Ik denk echter wel dat er nog een wereld te winnen is. Een vrij groot deel van de mensen weet niets van casemanagement dementie en maakt daar geen gebruik van. Soms weet men wel dat casemanagement dementie bestaat, maar dan is het niet voorhanden. Bij een deel van de organisaties zijn er wachtlijsten. Daarom heb ik

gevraagd om die wachtlijsten te monitoren. Overigens niet met heel groot applaus van de sector zelf, want het betekent natuurlijk ook administratieve lasten; dat snap ik ook. Maar ik heb recht willen doen aan de vraag die in de Kamer ook in het vorige AO leefde, om toch op zijn minst een keer goed te monitoren waar de wachtlijsten bestaan en waardoor ze komen, zolang het nog een veelgehoorde klacht is dat de wachtlijsten bestaan. Kortom, ik noem geen percentage, maar ik vind wel dat het er echt meer moeten worden. Meer mensen, een hoger percentage, dus meer mensen die gebruik kunnen maken van.

De heer Geleijnse vroeg of ik de vijfminutendeclaratie bij de Zvw pgb wil afschaffen. Dat had ik misschien zojuist ook in het betoog moeten meenemen. Het punt is mij bekend. We hebben er met Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en V&VN het gesprek over, ook in het kader van nieuwe bestuurlijke afspraken Zvw pgb, die ik onlangs naar de Kamer heb gestuurd. We hebben met elkaar vastgesteld dat het iets meer tijd vraagt om tot een oplossing te komen. Niet omdat ik zo dol ben op die registraties, maar omdat je een aangrijpingspunt moet hebben om op te verantwoorden. Dus de vraag is niet zozeer: zou je er vanaf willen? Ik zou het prima voor iets anders willen inruilen, maar waarvoor ruil je het dan in? Wat is dan de manier waarop geregistreerd of verantwoord gaat worden, als het niet meer «tijd» is? Als het iets anders wordt, wordt het dan iets waarover de pgb'er enthousiaster wordt? Of kost het ze nog meer tijd? Dit vergt dus nog een iets uitvoeriger gesprek, maar het punt is mij bekend.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Een heel korte vraag met het oog op de klok: worden wij daar ook over geïnformeerd, rondom de hele situatie van de vijfminutenregistratie en de administratieve lasten? Neemt u het pgb erin mee, of is dat een apart traject?

Minister **De Jonge**:

Er komt binnenkort een pgb-brief richting de Kamer, dus ik kan het ook in de pgb-brief meenemen. Volgens mij komt die nog deze maand of net half volgende maand. Misschien is dat een betere accolade.

Dan vroeg mevrouw Bergkamp naar de wachttijdenmonitor voor casemanagement dementie. Mevrouw Bergkamp is er niet meer, maar ik weet dat zij 's avonds voor het slapengaan altijd even het debat terugkijkt.

De **voorzitter**:

Nu u dit zegt, geeft mij dat de aanleiding om mevrouw Bergkamp te verexcuseren. Zij is op dit moment namelijk voorzitter in de plenaire zaal. Vandaar dat ze er niet meer is.

Minister **De Jonge**:

Zij vroeg of er verschillen zijn tussen de praktijk en de monitor. Ze vraagt naar de wachtlijstenmonitor van HHM. De praktijk is natuurlijk breder dan alleen de wachtlijsten. Het gaat over organisatievormen van casemanagement, en daar verschillen partijen van mening over. Op dit moment onderzoek ik met partijen waar de ruimte zit om tot consensus te komen. Verder kijk ik er in overleg met Alzheimer Nederland naar hoe de informatie over casemanagement het beste bij de mensen gebracht kan worden, bijvoorbeeld via de huisartsen, via de geheugenpoli's en via de wijkteams. Kortom, de wachtlijsten alleen is maar een klein dingetje. We hebben nog veel meer te doen met casemanagement dementie.

Dan is er, vind ik, een aantal buitengewoon boeiende vragen gesteld die gaan over of je bijvoorbeeld met een vast tarief moet willen werken. Eigenlijk raken al die vragen aan de manier waarop we de wijkverpleging bekostigen. Er is een nieuw bekostigingsmodel in ontwikkeling. Ik heb de NZa namelijk gevraagd om dat te doen. Ze is momenteel eerst met

cliëntprofielen bezig. Dat rapport is in januari afgerond. Voordat we een volgende stap nemen, onderweg naar dat nieuwe bekostigingsmodel, zou ik het wel aardig vinden om dat rapport eerst hier te bespreken, en van u goed te horen op welke manier u daarnaar kijkt. De keuze in bekostigingsmodel is immers best heel belangrijk. Hoe willen we versnippering tegengaan? Hoe willen we meer samenwerking mogelijk maken op die onderdelen die dusdanig vitaal zijn dat ze in concurrentie moeilijk vorm te geven zijn? Dat zeg ik in de richting van de heer Hijink. Bijvoorbeeld meer de acute kant, ook van de wijkverpleging. Het is heel interessant om te kijken wat we daar in het bekostigingsmodel aan kunnen doen. Dat is een zorgvuldiger antwoord dan even uit de heup op vaste tarieven reageren, hoewel ik daar natuurlijk wel een hartstochtelijke opvatting over heb. Dat geldt ook een beetje voor de vraag van de heer Slootweg. Die is waarschijnlijk nu ook naar de plenaire zaal voor de regeling. Het schijnt daar veel leuker te zijn dan hier, voorzitter. Wat is er aan de hand? De heer Slootweg vroeg hoe je complexe en specialistische zorg mogelijk maakt, ook met het oog op de administratieve lasten. Het kan niet altijd uit met het integrale tarief. Het mooie van een integraal tarief is dat je weinig hoeft uit te splitsen en dus ook weinig daarover hoeft te verantwoorden. De basisprestatiebeschrijvingen bij de NZa zijn nog wat gesegmenteerd. De meeste aanbieders hebben veel liever een integraal tarief, maar daar hoor je ook wel weer de kritiek op dat dat het onaantrekkelijker maakt om de meest complexe cliënten te nemen. Vandaar natuurlijk ook de zoektocht van de NZa naar cliëntprofielen. Het hangt zo samen met het bekostigingssysteem dat we die discussie volgens mij beter als een aparte discussie kunnen zien. Dat geldt ook voor de vraag of lumpsumfinanciering aanknopingspunten biedt om selectie van patiënten met een complexe zorgvraag te voorkomen. Dat heeft juist hiermee van doen. Voorzitter, volgens mij heb ik daarmee de meeste vragen beantwoord.

De voorzitter:

Ik kijk nog even naar de heer Hijink. U had nog een korte vraag?

De heer Hijink (SP):

Twee eigenlijk. De Minister zegt dat hij nu klaar is, dus dan schieten me nog dingen te binnen. Eén is een vraag over de tarieven. Als we straks die discussie gaan krijgen, wat me heel boeiend lijkt, is het dan een optie dat de Minister de verschillende mogelijkheden voor het vaststellen van tarieven eens onder elkaar zet en niet per se zijn voorkeursvariant? Wat volgens mij ook een interessant model voor de wijkverpleging kan zijn, is om eens te kijken hoe we de huisartsen financieren. Dan ga je meer richting regio en populatie en een abonnementstarief. Kan hij voorafgaand aan dat debat in zijn overzicht aangeven wat de mogelijkheden zijn en wellicht per optie aangeven wat dan wat hem betreft de voor- en nadelen zijn voor specifiek de wijkverpleging?

Minister De Jonge:

Volgens mij is dat een goed idee. Ik weet inderdaad niet of ik gelijk hink-stap-sprong naar mijn voorkeursvariant ga. Dat wil ik nog even kunnen afwegen. Maar het lijkt mij heel goed om de verschillende mogelijkheden en de verschillende bekostigingsmodellen naast elkaar te zetten en wat daarvan de voor- en nadelen zouden zijn, zodat we een grondige discussie kunnen hebben. Mijn indruk is namelijk dat de keuze voor een bekostigingsmodel heel bepalend gaat zijn voor de manier waarop de wijkverpleging zich de komende jaren kan gaan ontwikkelen.

De voorzitter:

Dan vraag ik even voor het proces: wanneer komt dat naar de Kamer?

Minister De Jonge:

Ik meen dat ik zelf het rapport van de NZa in januari krijg en dan typen we er nog een oplegger bij, dus laat ik zeggen uiterlijk februari.

De voorzitter:

De heer Hijink, nog een kort punt?

De heer **Hijink** (SP):

Nadat de Minister had afgerond, dacht ik: dan zijn we toch het interessantste onderwerp van de middag vergeten, namelijk de opmerking van zijn politiek leider om het liberale rendementsdenken in de zorg terug te dringen. Komt de Minister daar op een ander moment op terug? Dat mag wat mij betreft ook in een brief waarin hij aangeeft wat de opties zijn die hij voor ogen heeft om het liberale rendementsdenken terug te dringen. Daar zou ik erg voor openstaan.

Minister De Jonge:

Met de voor- en nadelen dan daarbij. Wat ik vanmiddag heb willen doen, en daar heb ik de tijd aan besteed, is laten zien wat ik aan het doen ben, en op welke manier ik aan de slag ben om alles wat er in de wijkverpleging moet gebeuren, aan te pakken. Ik heb uw vraag meer gezien als een vraag om nog eens een goeie borrel over te drinken. Als ik daar allemaal op was ingegaan, dan was het denk ik wel een avondvullend AO geworden. Ik wilde mij concentreren op al die dingen die we te doen hebben.

Als je een kabinet samenstelt met vier partijen, en u legt ons alle vier op de ideologische grill, dan zult u zonder twijfel op enig moment verschillen ervaren. Als het gaat over de keuzes die we maken: volgens mij ziet u heel goed welke keuzes ik maak. We hebben het bijvoorbeeld regelmatig over de aanbesteding in de gemeentelijke zorg gehad. We hebben het vandaag overigens over ongecontracteerde zorg gehad. U kunt dat zien als «een stap onderweg naar meer marktwerking». Dat hoor ik weleens, maar dat is toch een iets te sjabloonachtige manier van kijken. Ik zie er eerlijk gezegd juist minder marktwerking in. Ik zie het als een stap naar minder marktwerking, omdat het het vrije ondernemerschap om op die manier te kunnen groeien in de sector, minder goed mogelijk maakt. Anyway, daar kunnen we dus avondvullend over spreken en daar schiet de praktijk morgen niets mee op. We moeten hier gewoon spreken over de dingen die ons en de wijkverpleegkundigen morgen bij hun werk kunnen helpen. En dat is volgens mij wat we hebben gedaan.

De voorzitter:

Voordat ik de heer Kerstens en mevrouw Hermans het woord geef, kijk ik even naar de commissie, want we lopen uit de tijd. Ik krijg het gevoel dat een tweede termijn niet meer nodig is als ik u de mogelijkheid geef om nog korte en nadere vragen te stellen, zij het dat ik ook gehoord heb dat er een voortgezet algemeen overleg gaat komen. Is dat het geval? Dan doen we nog even een korte veegronde om de tweede termijn te voorkomen. Dan is het woord aan de heer Kerstens.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dank u wel. Even over de praktijk. Ik vind het goed dat we aan de hand van verschillende scenario's en opties met elkaar gaan doorpraten over het bekostigingsmodel. Maar dat doen we onder andere, omdat er de nodige discussie is over de huidige tarieven. De signalen zijn eigenlijk onmiskenbaar dat aanbieders een van de afspraken in het hoofdlijnenakkoord niet terugzien, namelijk – ik zeg het maar even kort – dat de loonstijging in de sector doorvertaald gaat worden in de tarieven. Ik heb dat in direct verband gebracht met bijvoorbeeld het onderzoek van de FNV, dat aangeeft dat wijkverpleegkundigen mede daardoor onder

tijdsdruk komen te staan, dat hun pauzes en reistijd niet worden doorbetaald en noem het allemaal maar op. Onder de afspraken in het hoofdlijnenakkoord staat de handtekening van de Minister, maar ook de handtekening van een aantal anderen; wat gaat de Minister daarmee doen? Ik zal de vraag open stellen: wat gaat de Minister met dat signaal doen?

Minister **De Jonge**:

Excuus, u had die vraag gesteld en ik heb hem niet beantwoord. Hij zat in een hele dikke stapel bij blokje één over contractering. Maar dit is eigenlijk een ander vraagstuk, namelijk over de tariefsvorming in de huidige contractering. Een paar dingen daarover. Als ik me morgen eens flink in individuele situaties kon mengen, dan loop ik met zevenmijlslaarzen door het contracteerproces. Dat moet ik natuurlijk niet doen. Tegelijkertijd hoor ik het signaal zelf ook en hoor ik dat de ova – dat is vakjargon voor zeg maar de arbeidskostenontwikkeling – niet volledig in de tarieven wordt doorvertaald, terwijl dat wel is afgesproken. We hebben dat niet voor niets afgesproken.

Mijn stelling is altijd dat we met elkaar, en dat geldt bijvoorbeeld voor overheden en gemeenten maar ook voor zorgverzekeraars, goed werkgeverschap mogelijk moeten maken. Op basis van de ova-afspraken durven werkgevers namelijk afspraken te maken zoals +4,4% voor de vvt-sector. Maar dan moet men het vervolgens wel kunnen betalen. Daarom moet de arbeidskostenontwikkeling of de loonindexatie worden doorgegeven. Dat was de afspraak die in het hoofdlijnenakkoord is gemaakt. Dat hebben we ook bij de gemeente gedaan, de AMvB reële prijs. Toen hebben we een club neergezet die als taak heeft om in individuele gevallen als scheidsrechter op te treden. Dat hebben we ook hier gedaan. We hebben de geschillencommissie aangewezen om in individuele gevallen voor een uitspraak op dit punt te zorgen. Partijen wenden zich soms tot mij met «maar kijk eens wat ik nou toch geboden krijg», en dat is dan vaak ergens halverwege een contracteerproces. Dan zeg ik: «nou, dan heb je dus nog even te onderhandelen». Maar als het gaat over het niet doorgeven van de loonindexatie, dan heeft de geschillencommissie daarin uitspraak te doen. Dan is mijn vervolgstap dus om te zeggen: ga erheen en maak er gebruik van.

De **voorzitter**:

Heel kort.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Een helder antwoord van de Minister. Kan de Minister zich voorstellen dat hij of de geschillencommissie op een gegeven moment tot de conclusie komt dat het geen individuele gevallen zijn waarin de ova oftewel de loonkostenontwikkeling wordt doorberekend, maar dat het de tendens in de sector is en dat we toch eventjes moeten opschalen waardoor het toch op het bordje van de Minister terechtkomt?

Minister **De Jonge**:

Ja, dat kan. Dat is ook de afspraak. We hebben van tijd tot tijd een bestuurlijk overleg. Er is een bestuurlijk overleg wijkverpleging, waarin ook het hoofdlijnenakkoord is vastgesteld. Alle partijen die bij de wijkverpleging betrokken zijn, zitten daarbij. Als het een breed verhaal is in de sector en niet meer tot individuele gevallen is terug te brengen, dan komt het daar op tafel, want daar houden partijen elkaar en ik hoop ook zichzelf aan de handtekeningen die zijn gezet.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik zag de Minister al wapperen met een A4'tje, maar een aantal vragen van mij is nog niet beantwoord.

Minister De Jonge:

Ik zit hier te wapperen met maar één A4'tje, over uw vraag over slimme innovaties in de wijkverpleging. Er is zowel in het huidige als in het komende hoofdlijnenakkoord aandacht voor e-health en innovatie. De partijen hebben afgesproken dat het toepassen van technologische innovatie wordt gestimuleerd en dat er meer en beter wordt geëvalueerd op de zorginhoudelijke kant daarvan, dus de effectiviteit en de veiligheid ervan, en dat successen worden uitgerold en breder geïmplementeerd. Dat is één.

Twee is: daarbij alleen kun je het niet laten, want eerdad zo'n bestuurlijke afspraak op de instellingen zelf landt, duurt dat nog wel een tijdje. Dus daarnaast hebben we, in het kader van het Programma Langer Thuis, gezegd dat we een innovatieregeling maken, een stimuleringsregeling om innovatie thuis verder mogelijk te maken. Dat stimuleert ook. U noemde een aantal bekostigingsmogelijkheden om de innovaties daadwerkelijk in het tarief te verwerken. Uw vraag hoe vaak het dan wordt gebruikt, kan ik op dit moment niet kwantitatief beantwoorden. Ik wil die vraag echter wel meenemen bij de monitor over de contractering in de wijkverpleging, om het antwoord te vinden hoe vaak dat soort contractuele afspraken wordt gebruikt om innovatie te stimuleren.

Dus één: het is een bestuurlijke afspraak. Twee: het is iets wat we van buitenaf stimuleren in het kader van de regeling onder het Programma Langer Thuis. De afkorting is volgens mij «SET»: stimulering e-health thuis. Die regeling gaat binnenkort live. Ik meen in januari, of misschien nog wel in december.

En een derde ding is waar u op wijst, namelijk dat je het ook contractueel moet willen stimuleren. Daar is inderdaad een aantal mogelijkheden voor. Ik heb op dit moment echter geen kwantitatieve gegevens over de mate waarin dat gebeurt. Die wil ik uit de monitor halen. Overigens wordt uiteraard ook de motie-Rutte, van uw collega Rutte, bij de begrotingsbehandeling in uitvoering genomen. Die gaat over het mogelijk maken van slimme zorg thuis, als alternatief voor de huidige ziekenhuiszorg. Daar hopen we uiteraard ook van dat dat weer een extra impuls geeft.

Mevrouw Hermans (VVD):

Een korte vraag. Ik weet dat die regeling gemaakt wordt en het is heel goed om daar nog een extra impuls aan te geven. Maar mijn vragen komen voort uit uw antwoorden op de vragen van mevrouw Ellemet. U schetst dat er heel veel mogelijkheden zijn voor financiering. En toch zie je dat het niet lukt om pilots of leerwerktuinen – give it a name – een plek in de reguliere praktijk en in de reguliere financiering, te geven. Daarom haalde ik vanmiddag ook dat voorbeeld aan. Dus ook met alle bestaande financieringsmogelijkheden gaat er iets nog niet goed genoeg. De eerste vraag is dus: hoe vaak wordt het gebruikt? En als dat tegenvalt – wat mijn vermoeden is, maar goed, ik laat me graag door de cijfers overtuigen – wat zijn daar dan de redenen van? En laat die monitor dat dan ook zien?

Minister De Jonge:

Wel als we die vraag daarbij stellen. Ik ga kijken of die vraag daarbij te stellen is, en anders ga ik hem op een andere manier stellen, want ook ik wil het natuurlijk weten. Als het over het gebruik van e-health en ICT gaat, is er altijd een baaierd aan redenen waarom niet gewoon wordt gebruikt wat er wel degelijk kan. Heel vaak hoor ik «ja, dat kan niet, want...» en dan komt er een soort belemmering in een financiële regeling. Als je daarop gaat doorduwen, blijkt die belemmering in de financiële regeling er heel vaak ook weer niet te zijn. Vaak als je dan iets net een beetje anders doet dan je deed.

Ik hoor ook weleens interviews waarin men zegt, en dat staat volgens mij ook in de vragen van mevrouw Ellemet, dat er eigenlijk geen verdienmodel bestaat op het gebruik van techniek. Dat vind ik een beetje een

bijzonder begrip en het is volgens mij ook niet helemaal waar. Ik hou niet van het woord «verdienmodel», en in een tijd van personele krachten en een enorm toenemende vraag bestaat er volgens mij juist op zijn minst een enorme noodzaak om technologie en e-health te gebruiken. We zien dat gelukkig ook, maar we zien het veel te weinig. We zien het veel te fragmentarisch. We zien veel te vaak dat ieder zijn eigen wiel aan het uitvinden is. En we zien veel te weinig dat kleine initiatieven worden opgeschaald als ze heel erg goed blijken te werken; om nog maar eens een lelijk woord te gebruiken.

Dé innovatieparadox in de zorg is: in alle andere sectoren zie je dat datgene wat er gebeurt door innovatie goedkoper wordt, behalve in de zorg. Daar wordt het door innovatie duurder. En waarom? Omdat we altijd dingen erbij doen, en nooit in de plaats van wat we deden. Dat fenomeen zie je in de zorg meer dan in welke andere sector dan ook. Juist als betaalbaarheid onze grootste zorg is, en in combinatie daarmee de organiseerbaarheid van de zorg – stel dat we het geld zouden hebben: hebben we straks nog wel de mensen om de zorg te geven? – zou de noodzaak levensgroot moeten zijn om woest enthousiast met e-health en innovatie aan de slag te gaan. En we zien toch dat het blijft hangen in dat n=1. U stelt een terechte vraag, waarop ik geen sluitend antwoord kan geven. Laten we eerst kijken wat er momenteel daadwerkelijk van de financieringsmogelijkheden gebruikt wordt. Het gaat over de zorg thuis. Daar spits ik het even op toe, want anders wordt het te groot en te breed. Laten we daar de vraag bij stellen hoe dat dan komt en wat er nodig zou zijn om de mogelijkheden meer te benutten. Als die vraag niet bij de monitor zelf gesteld kan worden, dan stel ik hem op een andere manier.

De voorzitter:

Volgens mij hebben we dan alles wat openstond gehad. Nee, nog niet? Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik had een beetje spijt, want ik heb dit debat in mijn bijdrage voor één keer niet het bekostigingsmodel opgenomen, waar ik het altijd over heb. Maar ja, kill your darlings. Je kunt niet alles bespreken. Maar ik zou het heel fijn vinden als het model waar ik altijd zo vol lof over spreek, het model van één product voor één prijs en één doorlooptijd, ook kan worden meegenomen.

Minister De Jonge:

Ik ken uw hartstocht op dit punt. Dat vind ik prima. Mocht u de komende weken in de trein zitten en u bedenkt opeens een nieuw bekostigingsmodel... Ik meen het oprecht. Ik ben graag bereid om daar open naar te kijken. Ik heb u geschetst welke route momenteel is ingezet. Dat begint dus bij de cliëntprofielen. Maar dat betekent ook dat nog niet alles is afgedesignd. Er is zojuist gevraagd of ik de verschillende bekostigingsmodellen met voors en tegens op een rijtje wil zetten. Dat wil ik graag doen. Als u daar een dusdanig model tussen wilt zetten, wil ik dat graag doen. Dus prima. Laten we die discussie goed voeren.

De voorzitter:

We hadden al de toezegging dat u uiterlijk februari met een overzicht komt van de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsmodellen. We moeten voor het proces dan wel een afspraak maken – mocht de Kamer daar ideeën over hebben – over het inventariseren daarvan.

Minister De Jonge:

Ik heb een suggestie. Ik ga namelijk op verzoek van de heer Slootweg een brief schrijven, waarin ik zeg wanneer de monitor komt – dat is in het voorjaar – wat er in de monitor staat, wanneer Vektis met zijn cijfers komt

en wanneer ik met een wetsvoorstel kom, opdat de Kamer dat kan inplannen. Al daarvoor valt het moment waarop de NZa klaar is. Ik zou u daaropvolgend in februari een brief sturen. Laten we in die brief goed schetsen wat wanneer komt. Daar zit ook dit deel in over de bekostiging. Op dat moment kunt u als Kamer zeggen: wij willen daar dan en dan in die vorm het debat over voeren. Het gaat over veel techniek, dus ik kan me voorstellen dat de Kamer daar bijvoorbeeld eerst een technische sessie of een rondetafelsessie over zou willen. Ik ga u schrijven wat u wanneer van mij te verwachten heeft. Dan kunt u daar uw eigen behandelingsproces op afstemmen.

De voorzitter:

Dan dank ik de Minister voor de uitgebreide beantwoording. We hadden het er zojuist al over gehad dat we geen tweede termijn doen. Mevrouw Ellemeet heeft aangegeven dat zij graag een voortgezet algemeen overleg wil aanvragen. Dat doen we. Dan blijft de toezeggingenlijst nog over.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat mag ook schriftelijk.

De voorzitter:

De toezeggingen mogen ook schriftelijk? Prima, dat kan. Ze staan netjes genoteerd. De basisbrief wordt de start van alles. Dan hebben we dat bij dezen gehad. Ik dank eenieder voor ieders inbreng.

Toezeggingen AO Wijkverpleging d.d. 14 november 2018

- De Minister stuurt op korte termijn een brief naar de Kamer over hoe en wanneer de Kamer nadere informatie ontvangt over de wijkverpleging. Hierin wordt ook de procedure geschetst over hoe de diverse varianten van de diverse bekostigingsmodellen begin 2019 worden uitgewerkt, zodat de Kamer daar nog tijdig op kan reageren.
- De Minister stuurt op korte termijn een brief naar de Kamer waarin wordt weergegeven hoe de NZa-monitor over het inkoopproces voor de wijkverpleging nader vorm wordt gegeven, zodat de Kamer daar nog tijdig op kan reageren.
- De Minister zal eind november een brief naar de Kamer sturen over de implementatie van de afschaffing van de vijfminutenregistratie.
- De Minister zal het onderwerp vijfminutenregistratie pgb meenemen in de brief over het pgb, die half december naar de Kamer wordt gestuurd.

Sluiting 16.35 uur.