

Vergaderjaar 2015–2016

34 104

Langdurige zorg

Nr. 89

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 8 december 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 oktober 2015 overleg gevoerd met Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2015 inzake de reactie op het verzoek van het lid Dik-Faber, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden d.d. 3 februari 2015, over de versoering en wachtlijsten bij wijkverpleging (Kamerstuk 29 538, nr. 175);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 februari 2015 inzake het advies van de NZa «Bekostiging verpleging en verzorging in de Zvw» (Kamerstuk 29 689, nr. 587);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 maart 2015 inzake de aanbieding van het rapport Verbinding wijkverpleging en sociaal domein (Kamerstuk 29 538, nr. 178);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2015 inzake wijkverpleging (Kamerstuk 34 104, nr. 38);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 april 2015 inzake de beantwoording van vragen over het Zvw-pgb en intensieve kindzorg in relatie tot de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet en de stand van zaken van de overgangstermijn voor het niet-professionele tarief (Kamerstuk 34 104, nr. 52);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2015 inzake de voorhangbrief bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 611);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2015 inzake de reactie op het verzoek van het lid Keijzer, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 24 september 2015, over het bericht «Thuiszorg kan instroom nieuwe patiënten niet aan» (Kamerstuk 29 689, nr. 658);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 oktober 2015 inzake de reactie op de motie**

- van het lid Wolbert over de inkoop in representatie in de wijkverpleging in 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 659);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 oktober 2015 inzake de bekostiging van intensieve kindzorg (Kamerstuk 34 104, nr. 81).**

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

De voorzitter van de vaste commissie,
Lodders

De griffier van de vaste commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Dik-Faber, Lodders, Rutte, Siderius en Wolbert,

en Staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is door enkele ambtenaren van zijn ministerie.

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Staatssecretaris, de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden en het publiek van harte welkom bij het algemeen overleg van de vaste commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Sport over de wijkverpleging. De spreektijd bedraagt vier minuten per fractie en ik sta twee interrupties toe.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Cliëntenstops zijn alleen te accepteren als er in de buurt volwaardige alternatieven zijn. Voor D66 staat centraal dat de cliënt nooit de dupe mag worden. Het is mooi dat de Staatssecretaris deze mening deelt. Toch hoor ik dat het indiceren anders gaat als het geld bijna op is. Het lijkt erop dat de cliënt in januari meer kans heeft op betere zorg of meer zorg dan tegen het einde van het jaar. Herkent de Staatssecretaris deze signalen? Wat doet hij daaraan? Het streven is om in 2017 een nieuw landelijk bekostigingssysteem in te voeren. D66 deelt de uitgangspunten daarvan, zoals het vervallen van het uurtje-factuurtje, maar alleen als de invoering van het nieuwe systeem zorgvuldig plaatsvindt. Heeft de Staatssecretaris een roadmap van nu tot 2017 waarin de stappen staan om een goede overgang te realiseren? Kan de Staatssecretaris in de roadmap ingaan op de zorgen over de geschiktheid van het nieuwe bekostigingsmodel voor zorgintensieve en zeer kwetsbare groepen, die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uit in een brief aan de Kamer?

D66 is voorstander van experimenten op weg naar kwaliteit. Achmea past momenteel in Utrecht, Hardenberg en Zwolle via pilots de financiering en de bestaande structuren aan. Dat baart mij grote zorgen. De keuzevrijheid voor cliënten verdwijnt. Daarnaast betwijfel ik of er bij de ingekochte zorg voldoende is gelet op de kwaliteit. Ervaren zorgaanbieders met een netwerk in de wijk verdwijnen. Maar bij wijkgericht werken willen we toch juist dat zorgaanbieders een netwerk in de wijk hebben? D66 vindt het eerlijk gezegd geen pilot meer als bestaande structuren omver worden gegooid. D66 wil dat de Staatssecretaris ingrijpt. Kan hij dat doen? Zzp'ers in de zorg zijn een groot goed. Toch wordt in de wijkverpleging op dit moment bijna geen zzp-zorg ingekocht, op een aantal uitzonderingen bij verzekeraars na. Dat vindt D66 jammer. Wil de Staatssecretaris dit punt onder de aandacht brengen? Welke verklaring ziet de Staatssecretaris voor het bijna niet inkopen van zzp-zorg? Vaak wordt de continuïteit van de zorg als argument gebruikt, maar een aantal verzekeraars gaan daar heel flexibel mee om.

Mij bereikt nog te vaak het signaal dat er binnen de wijkverpleging geen specialistische verpleegkundige zorg wordt ingekocht. Ik doel daarmee bijvoorbeeld op het casemanagement dementie of de kinderverpleegkundige voor intensieve kindzorg. Dat is zonde, want juist deze expertise is van fundamenteel belang bij het verlenen van goede zorg. Wil de Staatssecretaris onderzoek doen naar de oorzaak van het onvoldoende inkopen van specialistische verpleegkundige hulp? Is het een financiële kwestie?

Ik heb vernomen dat mensen de procedure voor klachten en geschillen onduidelijk vinden. Wil de Staatssecretaris zich inspannen om de

procedure bij klachten en geschillen meer onder de aandacht te brengen bij de zorgverzekeraars?

Ik heb tijdens het vorige algemeen overleg een groot punt gemaakt van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er is helaas nog geen wetsbehandeling. D66 maakt zich zorgen over de lange doorlooptijd. Ook de beantwoording van een aantal vragen laat op zich wachten. Inmiddels worden er aan het pgb in de Zvw zo veel eisen gesteld dat de toegankelijkheid ervan eigenlijk per dag afneemt. D66 vindt dat bijzonder onwenselijk. Het pgb moet goed geregeld zijn in de Zvw. Graag krijg ik een reactie van de Staatssecretaris op de vraag hoe mensen tot aan de wetsbehandeling een pgb kunnen krijgen onder de Zvw.

De voorzitter: Dank voor uw inbreng. Ik neem aan dat uw medewerkers meeluisteren naar de beantwoording, aangezien u nu andere verplichtingen hebt in verband met de laatste loodjes van de parlementaire enquête over de Fyra.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Ik heb mevrouw Keijzer gevraagd om de honneurs voor mij waar te nemen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Het CDA ziet constant een aantal problemen in de wijkverpleging voorbijkomen, waarvan de partij zich eind 2013 al afvroeg of die zouden optreden. Is er wel genoeg geld in de wijkverpleging als je wilt dat meer mensen thuis wonen? De extra knippen in de zorgverlening leiden tot bureaucratie. Valt alleen persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het douchen, ook onder de medische aanspraak wijkverpleging? Er is onduidelijkheid over de plek waar de doelgroepen thuishoren. Verstandelijk gehandicapten horen voor de persoonlijke verzorging bij gemeenten en ouderen bij de zorgverzekeraars. Er is een fusiedrift onder de zorginstellingen, omdat zorgverzekeraars inkopen op efficiency. Hoe zit het met de patiëntenstop? Het is onduidelijk of er sprake is van een toename van het aantal mensen dat in 2015 wijkverpleging nodig heeft ten opzichte van 2014. Daar moet toch achter te komen zijn? Wat zeggen de cijfers? Het CDA krijgt van de Staatssecretaris graag een overzicht van de declaraties die bij de zorgverzekeraars binnenkomen voor wijkverpleging. Die cijfers moeten er zijn. Het CDA wil op basis van die cijfers een inschatting maken van de huidige situatie. Hoe zit het met het tekort van 42 miljoen euro dit jaar? Het CDA wil dat er naar aanleiding van feitelijke cijfers wordt gehandeld.

Het CDA maakt zich zorgen over de ketenzorg dementie. De ketenzorg dementie is niet duidelijk omschreven in de afspraken. Het CDA wil een concrete toezegging van de Staatssecretaris dat de zorgverzekeraars deze zorg wel inkopen voor 2016. Voor de betreffende families is dat van groot belang. Boven op de 400 miljoen euro van dit jaar wordt er in 2016 nog 100 miljoen euro extra gekort. Is dat nog steeds het plan? Is dat wijsheid? De zorgverzekeraars kopen vooral in op prijs en niet op kwaliteit. Dat is niet iets wat het CDA zegt, maar dat is een discussie die in de cure al jaren gaande is. De prijs is bepalend en niet de kwaliteit, terwijl het toch ook moet gaan over de kwaliteit van zorg en het aansluiten bij de mensen die in de regio wonen. De kortingen voor 2016 zijn contrair aan landelijke afspraken. Het CDA begrijpt van ActiZ dat het starttarief 85% tot 90% is. Is dat waar? Hoe garandeert de Staatssecretaris dat er voldoende specialistische voorzieningen, onplanbare zorg, specialistische verpleging, palliatieve zorg of hospicezorg wordt ingekocht? De Staatssecretaris spreekt in zijn brief constant verwachtingen uit. Hij gaat ervan uit dat de zorgverzekeraars het belang zien en hij verwacht dat ze goed inkopen. Wat kan de Staatssecretaris de Kamer concreet toezeggen over de ingekochte zorg? Krijgt het CDA de toezegging dat een oudere mevrouw die alleen bij het douchen hulp nodig heeft, die zorg ook krijgt?

Het CDA heeft een aantal zeer schrijnende verhalen ontvangen over de intensieve kindzorg, van ouders die een kind hebben dat lang en veel intensieve zorg nodig heeft gezien de vele handicaps van het kind. In zijn brief is te lezen dat de Staatssecretaris die verhalen ook heeft ontvangen, maar toch lukt het niet om een goed tarief in te voeren voor bijvoorbeeld kinderhospices. Het CDA begrijpt niet waarom er een knip in de begeleiding is. Een deel van de begeleiding voor meervoudig ernstig gehandicapte kinderen valt onder de gemeenten en een deel onder de Zvw. Zo worden de ouders, voor wie de problemen en het bijbehorende verdriet al heel groot is, van het kastje naar de muur gestuurd. Vindt de Staatssecretaris nu echt dat hierin een knip moet worden gemaakt? Moet er niet gewoon één aanspraak komen voor deze kinderen? Waarom worden er nieuwe richtlijnen ontwikkeld voor intensieve kindzorg? Er zijn onlangs richtlijnen geformuleerd. Laten we daar een tijdje mee werken en ervoor zorgen dat deze groep mensen met zorg bezig is en niet met bureaucratie.

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Keijzer heeft het over knippen in de zorg. Sommige vormen van zorg liggen in verschillende domeinen. Dat is vervelend. De VVD zou het liefste zien dat dit op een of andere manier wordt opgelost. Mevrouw Keijzer zegt dat de begeleiding in één domein moet. In welk domein zou de begeleiding dan moeten liggen?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik heb gesproken over de intensieve kindzorg. Er is eerder besloten om de intensieve kindzorg over te hevelen naar de Zvw. Als de begeleiding niet onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt, wordt die onder de Zvw gestald. Zelfs daarvan kun je je afvragen of dat passend is. Het CDA heeft al verschillende keren betoogd dat langdurige zorg kwaliteit van leven is en merkt dat de zorgverzekeraars daar buitengewoon lastig mee kunnen omgaan. De zorgverzekeraars zijn bij de pgb's gericht op de kosten in plaats van wat het de mensen oplevert. Ik maak mij daar zorgen over. De zorg voor iemand met een gebroken been is anders dan de zorg voor iemand met een dwarslaesie die in een rolstoel zit en de rest van zijn leven zorg nodig heeft.

De heer **Rutte** (VVD): Het is me nog niet helemaal duidelijk. Het klopt dat is besloten om de intensieve kindzorg onder de Zvw te laten vallen. Mag ik het CDA zo begrijpen dat de begeleiding integraal moet worden overgeheveld naar de Zvw, ook als daardoor aanspraken onder de Zvw worden uitgebreid, ondanks dat het CDA kennelijk vindt dat de intensieve kindzorg bijvoorbeeld in de Wmo of de Wet langdurige zorg (Wlz) thuishoort?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Politiek is de kunst van het haalbare. Het liefst wil het CDA de intensieve kindzorg, die over de kwaliteit van leven gaat, terug hebben naar de Wlz. De intensieve kindzorg zit nu in de Zvw. We doen de ouders van deze kinderen een buitengewoon groot plezier door de begeleiding niet op te knippen over de Wmo en de Zvw, maar in haar totaliteit in de Zvw te stoppen, al was het maar omdat gemeenten zich een hoedje schrikken als ze de intensieve kindzorg op hun bordje krijgen.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Het is niet mis wat er over de wijkverpleging wordt gezegd: krankzinnig, onhaalbaar, te fors, te snel, ontwrichtend zelfs. Dat is terecht, want de wijkverpleging zit een beetje in de knel. Er zijn patiëntenstops afgekondigd, zorgaanbieders voorspellen wachtlijsten en aanbieders zeggen dat ze op een faillissement afstevengoen als de Staatssecretaris zo doorgaat. Dat is pijnlijk. De SP constateert dat we een soort monster hebben gebaard, een monster van concurrentie, van bezuinigingen en van het opknippen van zorg, dat zorgt voor patiëntenstops. De SP maakt zich grote zorgen over het feit dat de

wijkverpleging een ravage wordt. Nog niet zo lang geleden zaten we allemaal bij een rondetafelgesprek over dit onderwerp. Alle partijen, zowel de zorgverzekeraars als de wijkverpleegkundigen, waren het over één ding eens: voor dit geld kan het niet. De bezuinigingen van de Staatssecretaris zijn niet haalbaar. Ze zijn te fors en te snel. Daarbovenop leggen de zorgverzekeraars aan de aanbieders tariefkortingen op tot wel 5%. Ook hangt de dreiging boven het hoofd van het inzetten van het macrobeheersinstrument; de korting die dreigt als de bezuinigingen niet worden gehaald. Dit kan zo niet. Er zijn patiëntenstops bij ZuidZorg in Noord-Brabant, bij Opella in Renkum, Wageningen, Ede en Renswoude en nu ook bij Stichting Zorgcentra Rivierenland in Gelderland. Gelukkig neemt Vierstroom nu weer geleidelijk patiënten op, maar de zorgaanbieder verwacht in 2016 opnieuw problemen. De zorg voor 2015 is op en we moeten nog tweeënhalve maand. De Staatssecretaris zegt dat hij het heel erg vindt en dat het een probleem is, maar vervolgens doet hij niets. Dat vindt de SP gratis medeleven. De Staatssecretaris ziet toch ook dat het niet goed gaat in de wijkverpleging? De Staatssecretaris wil toch ook niet dat er patiëntenstops zijn? De Staatssecretaris weet niet zeker of het geld aan het eind van het jaar op is, want nog niet elke aanbieder heeft een patiëntenstop afgekondigd. Dat is het paard achter de wagen spannen. Wat is de reactie van de Staatssecretaris hierop?

De heer **Rutte** (VVD): Mevrouw Siderius zegt dat het geld op is. In de Zvw staat de term «zorgplicht». Dat betekent dat de zorgverzekeraar zorg moet leveren. Het geld kan dus niet op zijn, al is het op zich te prijzen dat de verzekeraars zich aan budgettaire kaders houden. Hoe komt mevrouw Siderius erbij dat het geld op is, terwijl er een zorgplicht geldt?

Mevrouw **Siderius** (SP): De zorgaanbieders kopen de zorg in bij de zorgverzekeraars en zitten aan het plafond. Ze moeten patiëntenstops afkondigen. De zorgverzekeraars zeggen dat ze de mensen dan naar een andere zorgverzekeraar of andere zorgaanbieder sturen. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat iemand in de zorg, waar je een vertrouwensrelatie moet opbouwen met je zorgverlener of hulpverlener, naar iemand anders wordt gestuurd, omdat bij zijn eigen zorgverzekeraar het plafond is bereikt? De SP is tegen het afbreken van de vertrouwensband tussen de zorgverlener en de patiënt.

De heer **Rutte** (VVD): Moet ik het zo interpreteren dat de SP vindt dat de wijkverpleegkundige zorg zonder enig budgettair kader altijd moet worden geleverd zoals het uitkomt en dat later wel wordt gezien wat het heeft gekost?

Mevrouw **Siderius** (SP): De SP vindt dat de wijkverpleegkundige moet indiceren welke zorg nodig is. De SP gaat ervan uit dat wijkverpleegkundigen heel goed kunnen zien welke zorg nodig is, want zij zijn daarvoor opgeleid, en wil hen dit vertrouwen geven. Het is de wens van de SP dat als zorg nodig is, die inderdaad moet worden geleverd. Wat meer vertrouwen in wijkverpleegkundigen zou niet gek zijn.

De SP maakt zich zorgen over de inkoop voor 2016. De zorgverzekeraars starten de onderhandelingen met kortingen van wel 15%. Is dat wenselijk? Moet de wijkverpleegkundige zorg financieel gestuurd worden ingekocht of moet er worden gekeken welke zorg mensen nodig hebben en moet die worden ingekocht? De SP vindt deze manier van bezuinigen niet haalbaar en niet wenselijk en verwacht dat de chaos in 2016 nog groter wordt. Ziet de Staatssecretaris dit ook? Wat doet hij eraan?

D66 had het zojuist over de proef van Achmea. Het is een financieel gedreven pilot over de continuïteit van zorg, met de kwetsbare patiënt en zijn hulpverlener als slachtoffer, waarbij de structuur overhoop wordt gehaald. Voornamelijk grote organisaties mogen meedingen bij de

aanbestedingen. Andere organisaties worden soms zelfs buiten de deur gehouden. We krijgen straks een wirwar aan onderaannemers. De vrees bestaat dat de salarissen kelderen. Vindt de Staatssecretaris dit wenselijk? De SP heeft de indruk dat de pilot van Achmea het multidisciplinair samenwerken juist onmogelijk maakt. Wat is de reactie van de Staatssecretaris hierop? Achmea zegt dat drie kwart van de patiënten de vertrouwde hulp behoudt. Dat impliceert dat een kwart van de patiënten dus niet de vertrouwde hulp krijgt. Dat is toch zorgwekkend? Laten we ons eens voorstellen dat we net zoiets doen bij huisartsen. Alle huisartsen verliezen hun patiënten en vervolgens starten de zorgverzekeraars een proef waarbij de huisartsen zich kunnen inschrijven met een tariefkorting van 10% tot 20%. Zo'n 25% van de mensen verliest de vertrouwde huisarts. Dat zouden we toch ook nooit accepteren? Eerst is de huishoudelijke verzorging gesloopt. Mensen zien elk jaar andere gezichten en een en ander had een loondump tot gevolg. De SP heeft de indruk dat we met de wijkverpleging dezelfde weg inslaan. Wat is er over tien jaar nog over van de wijkverpleging als we in dit tempo en op deze weg verdergaan?

De vergadering wordt van 14.20 uur tot 14.42 uur geschorst.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Mensen willen vertrouwde zorg dichtbij. Ze willen erop kunnen vertrouwen dat ze er altijd een beroep op kunnen doen als het nodig is. Daarom vindt de PvdA huisartsen zo belangrijk. Daarom zijn de wijkverpleegkundigen zo belangrijk. Daarom zijn de wijkteams in wijken, in buurten en in dorpen zo belangrijk. De PvdA is niet doof voor de signalen dat organisaties zich op dit moment in allerlei bochten moeten wringen om aan de vraag naar wijkverpleegkundige zorg te voldoen. De PvdA ziet ook dat de zorgverzekeraars, die hier op de eerste plaats verantwoordelijk voor zijn, doen wat ze moeten doen: meer inkopen waar dat nodig is. De PvdA heeft een vraag over de 5% die bij de bijkoop in mindering wordt gebracht. Is dat niet juist een perverse prikkel voor een zorgaanbieder om meer te produceren dan die 5%? Als de zorgaanbieder meer dan 5% overproductie maakt, krijgt hij dat immers vergoed. Ik hoor graag een reactie van de Staatssecretaris op de zin en onzin van die 5%.

De PvdA vindt dat de zorgverzekeraars en vooral de zorgaanbieders in een regio onderling afspraken moeten maken over wat er gebeurt als één aanbieder overproductie heeft en dus te weinig zorg heeft. Die afspraken moet je niet pas maken als het krap wordt, maar die moeten er al liggen in een regio. Doet elke zorgverzekeraar dat? Kan de Staatssecretaris een rol spelen om ervoor te zorgen dat er regionaal proactief afspraken zijn, zodat een cliënt niets merkt en er geen paniekverhalen over de rug van patiënten en cliënten heen in de krant verschijnen?

Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) wijst er in zijn position paper op dat de zorgverzekeraars eerst soms tot 20% van het tarief afkloppen. Klopt dat? Wordt dit gemonitord? Welke prijzen rollen hier uiteindelijk uit? Mijn zorgen betreffen de wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige zou dit jaar in positie komen, zelfstandig werken en zelfstandig indiceren. Dat gebeurt gelukkig op heel veel plekken ook, maar er zijn nog veel organisaties die midden in de transitie zitten. Als de druk toeneemt en er meer moet worden geproduceerd, gaat dat dan niet juist ten koste van de positie van de wijkverpleegkundige? Gaat haar caseload niet omhoog? Wordt ze niet gedwongen om ouderwets productie te draaien, weer te klokken en weer minuten te tellen? Ik hoor verhalen van zorgaanbieders en van wijkverpleegkundigen dat zij intervisie moeten schrappen, dat ze de supervisie of het intercollegiaal overleg kwijt zijn en dat de bij- en nascholing dreigt te versloffen. Dat is een heel zorgelijke situatie. Ik wil buiten al het gekrakeel over de contracten en onderhandelingen om een lans breken voor de positie van de wijkverpleegkundige. De PvdA heeft er

sinds 2004 moeite voor gedaan om de wijkverpleegkundige terug te krijgen in de wijken. Nu is de wijkverpleegkundige terug en draait het de situatie de goede kant op. Het mag niet zo zijn dat door het gedoe tussen de aanbieders en de zorgverzekeraars, door de krantenkoppen over de ruggen van cliënten en door het paniek zaaien, niet alleen de patiënten maar vooral de wijkverpleegkundigen de rekening betalen. Ik vraag de Staatssecretaris met klem hierop in te gaan. Hoe voorkomen we dat de broze positie van de wijkverpleegkundigen te grabbel wordt gegooid en in het gedrang komt?

Ik hoor graag wat de stand van zaken is van de ontwikkeling van een nieuw registratiesysteem voor volgend jaar. Zorgverzekeraars Nederland is blij met het onderzoek van Strategies in Regulated Markets en de classificatie daarin. Ik heb echter het gevoel dat het de preventie en een signaleringsfunctie vergeet. Hoe voorkomt de Staatssecretaris dat dit in de nieuwe systematiek ondergesneeuwd raakt?

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik ben eerlijk gezegd een beetje verbaasd over de inbreng van de PvdA. Nog geen week geleden waren er heel mooie woorden te lezen op de PvdA-website. De PvdA wil geen prijsconcurrentie meer tussen de aanbieders, oftewel de marktwerking moet weg uit de wijkverpleging. De PvdA vindt de wachtlijsten voor de wijkverpleging onacceptabel. Hoe kijkt de PvdA dan aan tegen de patiëntenstops? De PvdA wil ook dat de zorgverzekeraars aansluiten op het werk van de wijkverpleegkundigen en niet andersom. Precies het omgekeerde gebeurt nu echter. Waarom hoor ik dit niet terug in het betoog? Is dit niet gewoon een motie van wantrouwen tegen het kabinet?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ga over mijn eigen betoog. Ik sta achter alles wat mevrouw Siderius nog eens citeert, waarvoor dank overigens. Ik kon in mijn inbreng niet alles zeggen, daarom staat het op de PvdA-website. De PvdA staat hier helemaal achter en vindt de patiëntenstops onacceptabel. Gelukkig kopen de zorgverzekeraars extra in daar waar een patiëntenstop dreigt. Voorlopig is mijn conclusie dat de zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen, namelijk garanderen dat zorg wordt geleverd daar waar krapte is. Mevrouw Siderius had het over de prijsconcurrentie. Ik heb de Staatssecretaris zojuist gevraagd hoe het met de tarieven zit, hoe het kan dat de zorgverzekeraars op 80% van het tarief inzetten en of hij zicht heeft op de tarieven waarvoor uiteindelijk wordt gecontracteerd.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik ben blij dat de PvdA weer een draai heeft gemaakt en dat de marktwerking uit de wijkverpleging moet. Dat is de winst van dit debat. Ik ben ook blij dat de PvdA zegt dat de patiëntenstops onacceptabel zijn en dat mevrouw Wolbert blij is dat wij graag de PvdA-website voorlezen. De SP gaat dit voorstel in een motie vatten. Ik ben benieuwd wat de PvdA-fractie dan doet. Staat de PvdA echt voor haar woorden of zijn het weer mooie woorden voor de Bühne en in de media?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik constateer dat de SP met een nieuwe strategie is begonnen. Alles wat de PvdA als uitgangspunt neemt, giet de SP tegenwoordig in moties. Ik ben anders opgevoed. Ik heb geleerd dat we een debat hebben en dat ik luister naar wat de Staatssecretaris te zeggen heeft. Als ik van de bewindspersonen, niet alleen in dit debat maar in elk ander debat, niet hoor wat ik graag wil horen, zeg ik niet op voorhand al dat ik het in een motie giet.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): De Staatssecretaris legt in zijn brief de bal bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Zij moeten er onderling uitkomen. Ik proef daarover in de inbreng van de PvdA enig ongenoegen. Wat moet de Staatssecretaris volgens de PvdA doen om de huidige problemen het hoofd te bieden?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De Staatssecretaris moet vooral heel goed bekijken of de zorgverzekeraars doen wat zij moeten doen, want zij zijn aan zet. Een huisarts kan halverwege het jaar ook geen patiëntenstop afkondigen. In Nederland is niemand er bang voor dat een huisarts dat überhaupt doet. Exact hetzelfde geldt voor de wijkverpleegkundige. Mensen hebben recht op wijkverpleegkundige hulp. Het zit in het verzekeringspakket en zorgverzekeraars behoren het te leveren. In de lobbybrief van ZN staat dat ze dat ook overal in Nederland doen. De Staatssecretaris moet in de gaten houden of zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen, en wij als volksvertegenwoordigers overigens ook.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik wil uiteraard ook dat de zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen. Ik zie echter dat er kortingen worden doorgevoerd die groter zijn dan is afgesproken. De afspraken lijken in de praktijk anders uit te pakken dan iedereen had verwacht. Moeten we niet veel harder ingrijpen dan tegen de Staatssecretaris zeggen dat hij moet opletten waar de zorgverzekeraars mee bezig zijn?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik deel de mening van mevrouw Dik-Faber niet dat de zorgverzekeraars dit jaar grotere kortingen opleggen dan is afgesproken. Die 5% is van een heel ander kaliber. Daar waar het nodig is, kopen de zorgverzekeraars zorg in. Zorgverzekeraars moeten er wel veel beter op toezien dat de zorgaanbieders onderling proactief afspraken maken in de regio waar zij inkopen. Cliënten moeten zich zonder gedoe bij een andere aanbieder kunnen melden als de zorgaanbieder vol is of geen plek meer heeft en er een mogelijke krapte ontstaat, niet pas als het te laat is of als er paniek uitbreekt. Daar moeten regionaal goede afspraken over worden gemaakt. Cliënten moeten daar geen last van hebben. De zorgverzekeraars kunnen hier veel sterkere regie op voeren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De PvdA accepteert dat iemand vandaag Ella aan het lijf heeft, morgen Monique en overmorgen Patricia. Dat kan niet. Een oud-Hollandse spreuk is dat praatjes geen gaatjes vullen. We weten allemaal dat er een fors bedrag tekort is, namelijk ongeveer 244 miljoen euro. We horen in de wandelgangen allemaal dat de Staatssecretaris ervan uitgaat dat de zorgaanbieders dit bedrag nog op de plank hebben liggen. Dat kan natuurlijk niet. Accepteert de PvdA dat het geld voor mensen die zorg aan het lijf nodig hebben, van de plank moet komen? Ik heb het nog niet eens over het schoonmaken van het huis. We zijn een graadje hoger gegaan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Als het geld daarvoor op de plank ligt, moet het er snel van worden afgehaald. Mevrouw Agema zegt dat de PvdA accepteert dat een cliënt discontinuïteit in zorg ervaart. Dat is helemaal niet het geval. Nieuwe cliënten kunnen best naar een andere wijkverpleegkundige. Ze leveren allemaal erg goed werk, of ze nu bij de ene baas in dienst zijn of bij de andere. Als de ene baas geen capaciteit meer heeft, moeten nieuwe cliënten ook naar een andere organisatie verwezen kunnen worden. De wijkverpleegkundige blijft net zo veel kwaliteit leveren. Als er iets speelt in het begeleidingstraject van één cliënt, kan ik maar één ding constateren: de zorgaanbieder heeft de planning niet op orde. Als een zorgaanbieder de zorg die voor één cliënt is ingepland, moet onderbreken en moet vervangen door allerlei andere, zit er iets niet goed in de planning van de zorgaanbieder. Verder was inderdaad al lang bekend dat er een budgettekort was. De aanbieders gaven al in een algemeen overleg in december vorig jaar aan dat ze 242 miljoen euro tekort zouden komen en toen waren we nog niet eens begonnen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mevrouw Wolbert lacht erom dat er een budgettekort is, maar het is echt heel ernstig wat hier gebeurt. Zij geeft

een klap in het gezicht van de aanbieders. Zorgaanbieders zullen nooit nee zeggen tegen iemand die op de stoep staat of bij wie ze op huisbezoek gaan, als ze merken dat de mensen zorg, wondverzorging of medicijnen nodig hebben. Omdat ze geen nee zeggen, draaien ze dus overproductie. Die overproductie wordt niet betaald. Dat zagen we vorig jaar ook bij Buurtzorg Nederland. Die organisatie kreeg de overproductie van het leveren van zorg niet betaald en mevrouw Wolbert vindt dat prima. Het is stuitend dat de PvdA accepteert dat de zorgverleners en de zorgaanbieders hun geld niet krijgen en dat ze de Staatssecretaris steunt die zegt dat het geld wel ergens in de zorg zal zitten.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV): Mevrouw Wolbert doet lacherig over het budget. Dat kan ze toch niet menen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het enige wat ik zeg, is dat wachtlijsten onacceptabel zijn en dat het zeer ongewenst is dat de begeleiding en de continuïteit van begeleiding wordt doorbroken. Dit is een kwestie van de planning van een zorgaanbieder. Als er tekorten dreigen, moeten er regionale afspraken worden gemaakt tussen de zorgaanbieders, zodat de cliënt de zorg krijgt waar hij recht op heeft. Ik zet inderdaad vraagtekens bij die 242 miljoen euro, omdat dit bedrag al bekend was nog voordat we waren begonnen. Dat is het enige wat ik beweer.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Op de PvdA-site zijn betrokken woorden te lezen. Mevrouw Wolbert stelt hier een heleboel vragen, ook over de zorgen die zij heeft over de wijkverpleging. Gaat de Staatssecretaris eigenlijk nog wel over de oplossing? De langdurige zorg is immers geprivatiseerd naar de zorgverzekeraars. Het CDA was daar niet voor, maar de keuze is gemaakt. Is de Staatssecretaris hiermee zijn invloed over de vormgeving van een oplossing niet kwijt?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat denk ik niet. We zijn er zelf bij. Elk jaar wordt het pakket vastgesteld. De Kamer is er in grote meerderheid mee akkoord gegaan dat de wijkverpleegkundige zorg een verzekerd recht is en in het pakket wordt opgenomen. Ik geloof dat er geen grotere democratische controle is op de inhoud van het pakket dan uitgerekend deze. Ik ben er een groot voorstander van dat dit zo is.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Er wordt in de Kamer niet voor niets al jaren gediscussieerd over het feit dat de zorgverzekeraars op prijs inkopen en niet op kwaliteit. Misschien is het goed dat mevrouw Wolbert met mij aan de Staatssecretaris vraagt welke juridische instrumenten hij heeft om ervoor te zorgen dat de zorgverzekeraars stoppen met het opleggen van wat eigenlijk een boete van 5% is aan de zorginstellingen en dat zij de Staatssecretaris ook om een overzicht vraagt van de maandelijksse declaraties van de zorginstellingen bij de verzekeraars. Dan weten we hoe het zit en wat de oorzaak is. Steunt mevrouw Wolbert het CDA hierin? Dan komen we verder dan dat we elkaar hier een beetje proberen vliegen af te vangen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De PvdA is heel blij dat het kabinet ervoor heeft gezorgd dat de wijkverpleegkundige haar vak heeft behouden, doordat verpleging en verzorging bij elkaar worden gehouden in de Zvw en er geen knip in wordt gezet. Daar ben ik tot op de dag van vandaag erg blij mee. Het spreekt voor zich dat transparant moet zijn welke zorg nodig is en hoeveel er wordt ingekocht. ZN zegt dat het onmogelijk is om nu al de cijfers te hebben, omdat het gaat over begeleidingen die nog lopen en die later dit jaar zijn ingezet. De Staatssecretaris heeft dat ook al een

aantal keren aangegeven. Ik heb heel lang in de zorg gewerkt en ook dit soort dingen moeten doen, dus ik weet uit ervaring dat je pas het jaar erop echt zicht krijgt over het voorbije jaar. Dat is in het geval van de wijkverpleegkundige ook zo. De oproep om elke maand overzichten te vragen? Ik dacht dat het CDA tegen administratieve druk en bureaucratie was.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik wil een punt van orde maken. Ik stel twee concrete vragen. De eerste vraag beantwoordt mevrouw Wolbert helemaal niet en op de tweede vraag antwoordt mevrouw Wolbert dat het niet kan, terwijl de declaraties gewoon bij de verzekeraars binnenkomen.

De **voorzitter**: U hebt volgens mij al twee heel concrete vragen aan de Staatssecretaris gesteld.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Iedereen moet wijkverpleging kunnen krijgen als dat nodig is. Dat volgt uit de zorgplicht van de zorgverzekeraars en het zijn ook de woorden van de Staatssecretaris, die hij op verschillende momenten heeft gebezigd. Zorg dichtbij is een van de pijlers van de hervormingen van de langdurige zorg. Als we ons oor echter bij organisaties te luisteren leggen, horen we dat het piept en kraakt. De zorgorganisaties en de zorgverzekeraars staan tegenover elkaar. Intussen zijn de cliënten de dupe. Ik stel vast dat dit geen gemakkelijk eerste transitiejaar is. De problemen zullen volgend jaar niet voorbij zijn, terwijl we het Kamerbreed eens zijn over het belang van het vergroten van de rol van de wijkverpleegkundige in de zorg.

Ik wil ingaan op de budgetplafonds, de cliëntenstops en de wachtlijsten. De gesprekken bij Vierstroom zijn positief afgerond. Talloze andere thuiszorgorganisaties kampen echter met dezelfde problemen. De Staatssecretaris legt de bal bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Ik roep de Staatssecretaris, die stelselverantwoordelijk is, op om niet aan de zijlijn te blijven staan. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe of er voldoende zorg wordt geleverd. Mensen die nu een probleem ervaren, hebben niet veel aan de jaarlijkse rapportages van de NZa. Hoe zit het met de keuzevrijheid? Wat dat betreft zijn regionale afspraken ook niet de oplossing. Biedt persoonsvolgende bekostiging hier dan wel een oplossing? Volgend jaar krijgt de wijkverpleging er extra geld bij. Tegelijkertijd weten we dat de taakstelling voor volgend jaar groter is dan voor dit jaar. De Staatssecretaris wacht rustig op de realisatiecijfers van begin 2016, maar is die tijd er wel? Er is veel onrust in het land. Dan zijn er nog de tariefkortingen van 2% tot 5% die de zorgverzekeraars volgend jaar opleggen. Het lijkt erop dat de wijkverpleegkundigen straks onder de kostprijs moeten werken. Ook de wijkverpleging in dunbewoonde gebieden en tijdens de nachturen of in weekenden staat onder druk. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Wanneer komt de Staatssecretaris in actie?

Ik kom op de specialistische wijkverpleging. De ChristenUnie krijgt signalen dat het casemanagement dementie binnen de aanspraak wijkverpleging niet voldoende wordt benut. Herkent de Staatssecretaris dat? Wat doet hij hiermee? Per 1 januari 2016 zou in de Zvw een nieuwe prestatie voor kinderspices worden opgenomen, waarin ook de verblijfskosten voor een kinderspice zijn verwerkt. In de brief van de Staatssecretaris staat dat de resultaten uit het kostenonderzoek onvoldoende houvast bieden. Ik verbaas mij daarover. Hoe kan dat gebeurd zijn? Er is kostbare tijd verloren gegaan. De overgangsregeling wordt nu verlengd en er komt een vervolgonderzoek, maar de Kamer heeft niet voor niets veel druk op dit dossier gezet. Ik hoor graag een reactie hierop van de Staatssecretaris. Volgend jaar wordt het representatiemodel losgelaten. Dat geldt dus ook voor de kinderspices en de verpleegkundige kinderdagverblijven. De zorgverzekeraars hebben toegezegd dat

ze rekening zullen houden met voldoende aanbod voor deze kwetsbare en vaak ook kleine onderdelen van de wijkverpleging. Een groot knelpunt is de toegenomen administratieve druk. Kinderhospices moeten met alle zorgverzekeraars contracten afsluiten. Als ze geen contract hebben, is de gewenste combinatie tussen pgb en zorg in natura, om de dure zorg überhaupt te bekostigen, niet mogelijk, terwijl de Staatssecretaris dit juist als oplossing ziet. Ik hoor hierop graag een reactie van de Staatssecretaris.

Keer op keer vraag ik aandacht voor de toegankelijkheid van het pgb. De zorgverzekeraars werken vooruitlopend op de wetgeving al met het pgb. Dat is mooi, maar alle zorgverzekeraars hanteren ook het criterium «planbare zorg», en zorgen er vervolgens voor dat alle zorg daaronder wordt geschaard. Dit betreft bijvoorbeeld ook het toiletbezoek. Dat is volstrekt onwerkbaar. De zorgverzekeraars hebben besloten om de invoering van het informele tarief voor de bestaande budgethouders uit te stellen. Dat is een goede zaak.

In 2016 krijgen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders ruimte om aanvullende afspraken te maken over het belonen van innovatie, de kwaliteit en de uitkomsten van zorg. Het is goed als niet de prijs maar de kwaliteit leidend is. Bij het verder ontwikkelen van het bekostigingsmodel voor de wijkverpleging staat de keuzevrijheid voor de cliënten bovenaan. Experimenten zoals die nu bijvoorbeeld in Zwolle plaatsvinden, staan daar haaks op.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De terugkeer van de wijkverpleegkundige in de wijken is een nadrukkelijke wens van de VVD. Ik heb dat in verschillende debatten gezegd en ik zeg het nu weer. De terugkeer van de wijkverpleegkundige staat ook in ons verkiezingsprogramma. Ik ben er simpelweg heel trots op dat we samen met de PvdA deze terugkeer realiseren dan wel hebben gerealiseerd. De terugkeer van de wijkverpleegkundige is geregeld in de Zvw, met brede steun in de Kamer en met steun vanuit de aanbieders en de verpleegkundigen, die het daar graag geregeld wilden hebben. We hebben de terugkeer van de wijkverpleegkundige zo geregeld dat er geen eigen bijdrage meer geldt, terwijl er vorig jaar in de AWBZ hoge eigen bijdragen golden bij deze vorm van zorg. Dat lijkt iedereen alweer vergeten te zijn. Het in de Zvw regelen van een aanspraak zonder eigen bijdrage en zonder eigen risico leidt tot budgettaire spanning. Een en ander kan onbepaalde aanspraak opleveren, dus is er een budget afgesproken om te bekijken of we het daarbinnen kunnen doen. Ik ontken niet dat er druk op dat budget zit. De aanbieders en de verzekeraars geven dat ook aan. Het goede nieuws is dat zowel de aanbieders als de verzekeraars zich kennelijk zeer betrokken voelen bij het binnen het budget regelen van deze zorg. Het slechte nieuws is dat soms wachtlijsten ontstaan door de wijze waarop is gecontracteerd. Ten aanzien van de wachtlijsten wil ik één ding duidelijk maken: de zorgplicht van de verzekeraars geldt altijd. Wie op een wachtlijst staat, heeft recht op zorg. De verzekeraar zal zorg moeten leveren, ook de verzekeraar die zich buitengewoon betrokken voelt bij het budget en denkt dat de zorg misschien over het budget heen gaat. Ik hoop dat alles binnen het budget kan, maar die spanning kunnen we niet geheel wegnemen. Het is goed om bij het budget te bekijken hoe het komt dat de druk op de wijkverpleegkundige zo groot is. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de belangrijke, grote, coördinerende rol die we de wijkverpleegkundige in de zorg willen geven. Het is erg belangrijk dat een wijkverpleegkundige een patiënt zo lang mogelijk bij zich houdt en dat wordt voorkomen dat de patiënt in de Wlz stroomt. Kan er extra druk op de wijkverpleegkundige zorg zitten, juist doordat we voorkomen dat patiënten in de Wlz stromen? Heeft de Staatssecretaris hier zicht op? Als dat zo is, is het een gerechtvaardigde verklaring voor de druk op het budget. Het kan ook zijn dat er veel druk op het budget zit, omdat gemeenten een deel van hun taken

liever door een wijkverpleegkundige laten doen dan ze onder het Wmo-budget te laten vallen. Ik hoor signalen van wijkverpleegkundigen die in een huis komen waar overduidelijk ook andere vormen van hulp nodig zijn, die echter niet wordt gegeven. Ze voelen zich dan enigszins verplicht om die hulp zelf te geven, terwijl het geen wijkverpleegkundige of verpleegkundige zorg is. Kan de Staatssecretaris dit onderzoeken? Wellicht is het ook een reden om een gesprek te voeren met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de gemeenten. Er is al veel gezegd over de pilot van Achmea, eigenlijk alleen maar negatieve dingen. Ik denk dat dit onterecht is. De standaardopmerking is dat verzekeraars alleen maar inkopen langs de lijn van kosten. De pilot is juist een voorbeeld waarbij is getracht om in te kopen op basis van de kwaliteit van de zorg. Er is gekeken hoe je de coördinerende rol van de wijkverpleegkundige, die iedereen zo belangrijk vindt, een goede plek kunt geven. De pilot in Utrecht vindt overigens plaats met warme steun van de SP, die daar in het college zit. Het college heeft laten weten dat het de pilot van harte steunt. Een en ander leidt inderdaad tot dilemma's. Er zit een dilemma tussen de coördinatie en de maximale keuzevrijheid, zoals mevrouw Dik-Faber zei. Men probeert in de pilot een goede balans te vinden tussen alle belangen. De VVD wil de pilot een kans geven, deze goed monitoren en bekijken wat de uitkomst is. Laten we afwachten of het in de pilot inderdaad lukt om de juiste balans te vinden tussen keuzevrijheid en voldoende coördinatie.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik heb eigenlijk twee vragen. Ik stel de ene vraag in het eerste deel van de interruptie en de tweede vraag in het tweede deel, want anders grijpt de voorzitter terecht in. Ik heb een vraag over de pilot. De zorgverzekeraars zijn vaak gebrand op efficiency en kopen in een bepaald gebied nog maar bij een aantal zorginstellingen zorg in. Volgens mij heeft de patiënt dan nul keuzevrijheid. Dat moet de VVD zorgen baren. Een ander effect is dat er een fusiegolf ontstaat. Krijgen we straks zorginstellingen die too big to fail zijn?

De heer **Rutte** (VVD): Zoals ik zojuist aangaf, is het van belang dat we een goede balans zoeken. De ene kant van de medaille is of partijen groot genoeg zijn om de stevige coördinerende rol tussen de huisarts, de tweedelijnszorg en de gemeenten goed te kunnen vormgeven. De andere kant is voldoende keuzevrijheid. Ik ben er niet voor dat we straks alleen nog maar heel grote molochs hebben. De Staatssecretaris moet in zijn uiteindelijke financieringsvoorstel voor 2017 ook ruimte blijven bieden voor kleine, innovatieve partijen. Ik heb er wel begrip voor dat de verzekeraar niet per definitie alle partijen contracteert en dus een keuze maakt.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik herhaal dan maar mijn vraag richting de Staatssecretaris of hij wil aangeven welke juridische instrumenten hij heeft om dit bij zorgverzekeraars af te dwingen. Mijn tweede vraag ben ik even kwijt. Ik zal deze in tweede termijn stellen.

Mevrouw **Siderius** (SP): De VVD vindt de pilot van Achmea fantastisch en is er superenthousiast over. Betekent dit dat de VVD accepteert dat een kwart van de patiënten de vertrouwde zorgverlener verliest? Dat is immers wat Achmea aangeeft. Drie kwart houdt de vertrouwde hulpverlener en een kwart van de patiënten niet. Is dit wat de VVD voorstaat?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben enthousiast over de pilot van Achmea om de redenen die ik in de eerste termijn aangaf. Achmea probeert in samenspel met de gemeenten en huisartsen tot een model te komen voor de wijkverpleegkundige zorg. In dat model moet de coördinatie, die iedereen zo belangrijk vindt, een plek krijgen en moet er tegelijkertijd voldoende

vrijheid blijven. Geen absolute vrijheid, maar voldoende ruimte voor keuzevrijheid van de patiënt. Dat is zoeken. In deze pilot kan dat betekenen dat een patiënt eenmalig naar een andere aanbieder moet. Dat is overigens over het algemeen een aanbieder waar de SP in debatten altijd erg enthousiast over is. Ik zal de naam nu niet noemen. Ik had eigenlijk gedacht dat mevrouw Siderius daarover ook heel enthousiast zou zijn.

Mevrouw **Siderius** (SP): De SP wordt nooit enthousiast van het kapotmaken van de vertrouwensrelatie tussen een patiënt en een hulpverlener. Ik vind het vreemd. De heer Rutte geeft aan dat het hem geen bal uitmaakt dat deze relatie wordt verstoord, maar ook dat de zorgverzekeraar juist beter kan gaan samenwerken met de gemeenten et cetera. Dat is juist niet het geval. Hij heeft daarover ook brieven ontvangen. Juist de multidisciplinaire teams, waarin allerlei soorten zorg zitten, kunnen hier niet bij aansluiten. De multidisciplinaire zorg wordt kapotgemaakt. Ik kan me niet voorstellen dat de VVD dit voorstaat.

De heer **Rutte** (VVD): Het zijn grote woorden, dat ik daar geen bal om geef. In een ideale wereld blijft iedereen bij zijn zorgverlener en hebben we toch fantastische zorg. De zorg is echter veel complexer dan dat. Er komen veel meer belangen bij elkaar. Het is ontzettend goed dat een zorgverzekeraar met Utrecht, Zwolle, Hardenberg en andere gemeenten zijn nek uitsteekt en gezamenlijk tot een goed model probeert te komen. De wethouder in Utrecht, die in hetzelfde college zit als de SP, heeft onlangs nog in het AD laten weten dat ze daar ook heel enthousiast over is. De pilot is niet bedoeld om mensen te pesten en slechte zorg te geven, maar is juist bedoeld om te bekijken of het een manier is om de zorgverlening heel erg goed te doen. Ik wil dit een kans geven. Ik loop niet weg voor het feit dat er dilemma's zijn. Ik ben er wel klaar mee dat er altijd heel eenzijdig naar de zorg wordt gekeken. Er wordt vaak één belang uitgelicht, dat enorm wordt uitvergroot. Wie dat dan niet absoluut omarmt, zou er geen bal om geven. Daar neem ik echt afstand van.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik weet de tweede vraag weer en ik weet ook waarom ik de vraag was vergeten. De heer Rutte geeft namelijk ook het systeemantwoord dat er in de Zvw een zorgplicht is. Als we door het beleid om mensen langer thuis te laten wonen niet uitkomen met het geld, komen we op een gegeven moment toch nergens meer met een zorgplicht? Het is mij veel te gemakkelijk om te zeggen dat de zorginstellingen over de ruggen van de patiënten strijden. Ik kreeg onlangs ook weer een e-mail van een zorginstelling die zegt dat ze niet uitkomt. Wil de zorginstelling niet failliet gaan, dan moet ze wel een patiëntenstop invoeren. Is het niet te simpel om alleen maar te zeggen dat er een zorgplicht is en dat daarmee alles is opgelost?

De heer **Rutte** (VVD): Er zit druk op het budget. Ik loop daar niet voor weg. De druk op het budget is overigens niet uniek voor de wijkverpleegkundige zorg, want die geldt ook voor de ziekenhuiszorg en voor alle vormen van zorg. Het is juist ontzettend belangrijk dat de zorgverzekeraar en de aanbieders er zo veel mogelijk onderling uitkomen. We moeten niet bij voorbaat en precies in de periode dat de onderhandelingen plaatsvinden, zeggen dat we de budgettaire ruimte verruimen. Die ben je sowieso kwijt, want die wordt wegonderhandeld. Het kan wel zo zijn dat in de realisatie blijkt dat we uit de budgettaire kaders lopen. Het is goed dat de Staatssecretaris naar de realisatiecijfers kijkt. We moeten op dat moment bekijken wat we doen. De consequenties daarvan kunnen buitengewoon vervelend zijn. Het kan betekenen dat we een macrobeheersinstrument inzetten. Dat is voor de aanbieders rampzalig. Het kan ook betekenen dat we in de wijkverpleegkundige zorg alsnog eigen betalingen moeten gaan invoeren. Dat lijkt me ook niet fijn. We kunnen

inderdaad alsnog een deel van de kaders verruimen. Ik heb de Staatssecretaris niet voor niets gevraagd om te bekijken waardoor de druk op het budget ontstaat. Op basis daarvan kunnen passende maatregelen worden genomen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik proef bij de VVD het belang van de keuzevrijheid, maar er wordt ook geconstateerd dat de keuzevrijheid onder druk staat. Een ruime Kamermeerderheid, volgens mij ook de VVD-fractie, was ervoor om de keuzevrijheid heel stevig als centraal punt te verankeren in de Wlz en in de Wmo. Hoe weegt de VVD dit mee in het nieuwe bekostigingsmodel voor de wijkverpleging?

De heer **Rutte** (VVD): Keuzevrijheid is inderdaad van groot belang. Ik kan me herinneren dat het wetsvoorstel voor artikel 13 Zvw vorig jaar helaas is gestrand. Daarin wilden we de keuzevrijheid letterlijk in de Zvw verankeren. Daarvoor in de plaats zijn nieuwe instructies richting de NZa gekomen, die moeten toezien op de keuzevrijheid. Ik hecht eraan dat er voldoende keuzevrijheid moet zijn. Voldoende keuzevrijheid is echter wel wat anders dan dat elke aanbieder altijd door iedere patiënt kan worden gekozen. Bij een naturapolis hoeft dat niet. Dit vraagt dus om een balans. De NZa moet hierop toezien.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Een beetje keuzevrijheid bestaat volgens mij niet. Wat is voldoende keuzevrijheid? Bij één zorgaanbieder en één alternatief kun je kiezen uit twee. In theorie is dat keuzevrijheid, maar dat is natuurlijk niet wat we bedoelden en ook niet wat we in de Zvw wilden verankeren. Ik hoor graag iets meer warme woorden bij het onderwerp «keuzevrijheid».

De heer **Rutte** (VVD): Ik kan hier niet zo'n mathematische exercitie van maken als mevrouw Dik-Faber wil, ook al snap ik haar wel. Ik kies niet voor onbeperkte keuzevrijheid, omdat dit niet in het belang van de zorg is. Zeker niet bij wijkverpleegkundige zorg, waarbij het soms belangrijk is dat een grote partij de coördinatie op zich neemt. Het is wel belangrijk dat het soort aanbieder kan worden gekozen dat voor de patiënt van belang is, bijvoorbeeld een aanbieder met een bepaalde religieuze overtuiging. De belangen die relevant zijn bij het bepalen van de keuze moeten worden ingevuld. Dit hoeft niet te betekenen dat altijd elke individuele aanbieder gecontracteerd is en gekozen kan worden. Het moet wel betekenen dat er voldoende keuzevrijheid is. Ik kan het niet mooier maken dan dat. Daarom hebben we gelukkig een toezichthouder die hieraan nadere regels kan stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Net als bij alle andere zorgafsprakenplannen van de Staatssecretaris is de patiënt weer eens de dupe. En dit keer zeer fors. Niet alleen vanwege het niet meer schoonmaken van zijn of haar huis, maar ook vanwege het ontbreken van de noodzakelijke lijfelijke verpleging en verzorging. Het is diep schandalig dat mensen op een wachtlijst worden gezet en dat er over hun rug allerlei spelletjes worden gespeeld. Deze situatie moet per direct stoppen. De Staatssecretaris moet zijn verantwoordelijkheid nemen. De ontstane wachtlijsten zouden zogenaamd niet mogelijk zijn door het in de Zvw onderbrengen van de thuiszorg. De zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht en de zorgaanbieders hebben contractuele verplichtingen. Wat nu? Het standaardantwoord van de Staatssecretaris vanuit zijn ivoren toren is dat hij hier niet over gaat en dat het de taak is van de verzekeraars en de aanbieders. Als het macrosommetje van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet klopt, moet er worden bijgepast. In de bekostiging zien we de experimenten van de PvdA, met haar stokpaardje van populatiebekostiging, en het VVD-dingetje van de

uitkomstfinanciering. Het wordt een beetje een lachertje. Inmiddels hebben zes onderzoeksbureaus de bekostiging van de wijkverpleging bekeken, terwijl de oplossing al zo veel jaren voor het oprapen ligt: het Buurtzorgconcept van één product voor één prijs en met één doorlooptijd. Dat stond al in het gedoogakkoord van 2010. Buurtzorg Nederland deed ook mee aan het experiment regelarm werken. Verschillende businesscases tonen aan dat het concept niet alleen heel efficiënt is, maar ook een aanzienlijke kostenverlaging met zich meebrengt. Zonde – ik zou het haast in hoofdletters willen zeggen – dat men iemand zijn zorg afpakt. Niet alleen de klant is heel tevreden over Buurtzorg Nederland, ook de medewerkers. Buurtzorg Nederland is dit jaar niet voor niets voor de vijfde keer werkgever van het jaar geworden. Inmiddels werkt 60% van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen voor deze organisatie. Buurtzorg Nederland is wereldwijd een hit, alleen niet in eigen land. Het is zo bizar, ik heb er eigenlijk geen woorden voor. Ik snap niet waarom de Staatssecretaris dit elke keer terzijde schuift. Misschien omdat de zorgverzekeraars controledrang willen houden? Ook het plan van vier producten is iets totaal anders dan één product voor één prijs en met één doorlooptijd.

Ik was even verbaasd door de vraag van de heer Rutte aan de Staatssecretaris of de druk op het budget misschien kwam doordat mensen langer thuis wonen. Me dunkt. Laten we even rekenen. De NZa en de begroting geven aan dat het aantal verzorgingshuisplekken in drie jaar tijd is teruggelopen van 78.000 naar 17.500. Dat is meer dan 60.000 plekken minder. Dat zijn meer dan 60.000 mensen die moeten thuisblijven. De Staatssecretaris zegt dat hij 80 miljoen euro extra budget heeft. Dat is € 1.300 per persoon, terwijl de intramurale kosten zo'n € 27.000 per persoon bedragen. Dat is twintig keer zo veel aan zorgkosten. Ik heb het nu niet over de wooncomponent, maar alleen over de zorgcomponent. Het betekent dat er 1,6 miljard euro nodig is. Het macrobudget moet niet 3,1 miljard euro zijn, maar 4,7 miljard euro. Met 80 miljoen euro redt de Staatssecretaris het simpelweg niet. Deze berekening past op de achterkant van een bierviltje. Misschien heeft de Staatssecretaris naast die 80 miljoen euro nog 400 miljoen euro. Dan komt hij er nog niet. Zo'n 60.000 mensen blijven langer thuis voor € 27.000 aan zorgkosten per persoon, terwijl nu € 1.300 beschikbaar is. Me dunkt dat de druk op het budget toeneemt. Ik zie het sommetje van de Staatssecretaris graag tegemoet. De Staatssecretaris kan zeggen dat ik ongelijk heb, maar ik heb het niet. De NZa geeft immers aan dat er eind 2012 78.000 verzorgingshuisplekken zijn en de rijksbegroting geeft aan dat er eind 2015 17.500 verzorgingshuisplekken zijn. Dat zijn 60.000 plekken minder.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Mevrouw Agema maakt een omzetting van verzorgingsplaatsen naar de benodigde wijkverpleegkundige zorg. Heeft iedereen die in een wijk in een verzorgingshuis woont of woonde wijkverpleegkundige zorg? Dat is volgens mij niet het geval.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is zo ongelofelijk dom wat mevrouw Wolbert doet. We weten allemaal dat iemand die in een verzorgingshuis woont, met de lage zzp-prijs € 40.000 per jaar kost en met de hogere zzp's wel € 60.000 per jaar. We weten allemaal dat er onderscheid kan worden gemaakt tussen een wooncomponent van € 38 per dag en een zorgcomponent van € 58,55 voor de lage zzp en € 93,49 voor zzp 3. Dat is echt een simpele som. De zorgcomponent bedraagt ongeveer € 27.000 per persoon voor de lage zzp's. Het is de eigen verantwoordelijkheid van mevrouw Wolbert om deze informatie op te zoeken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik hoor nog steeds geen antwoord op mijn vraag, namelijk of iedereen die in een verzorgingshuis woont wijkverpleegkundige of verpleegkundige zorg nodig heeft. Ik vraag dit omdat de

zorg in een verzorgingshuis voor mijn gevoel niet een-op-een kan worden omgezet naar de benodigde wijkverpleegkundige zorg. Die vlieger gaat niet op.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is ook helemaal niet wat ik heb gezegd. Ik heb gezegd dat als iemand in een verzorgingshuis verblijft, voor zzp 1 tot 3, je een deel kwijt bent aan wonen en een deel aan zorg. De zorgcomponent is ongeveer € 27.000 per persoon. In drie jaar komen er zo'n 60.000 mensen niet meer in een verzorgingshuis. De Staatssecretaris zegt dat die mensen langer thuis blijven wonen. Een deel van die mensen klopt aan voor wijkverpleegkundige zorg en wijkziekenverzorging. Die zorg moet ook worden betaald. Dan is er ineens een compensatie van zo'n 80 miljoen euro. Dat is € 1.300 per persoon. Dat is de som die ik maak. Ik heb de Staatssecretaris gevraagd om dit op te helderen. De Staatssecretaris zei tegen mevrouw Keijzer dat hij voor langer thuiswonenden 80 miljoen euro heeft gereserveerd. Ik dacht nog ergens een bedrag van 430 miljoen euro te hebben gelezen. Daarmee kom je simpelweg niet aan wat men nodig heeft. Deze mensen kunnen niet alleen met huishoudelijke hulp toe, maar hebben wijkverpleging en wijkziekenverzorging nodig.

De vergadering wordt van 15.25 uur tot 15.32 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik sta twee interrupties per fractie toe.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Het is goed om allereerst de stand van zaken door te nemen in de wijkverpleegkundige zorg. Het is vandaag misschien iets te weinig aan de orde geweest in het debat, maar ik wil erop wijzen dat de vormgeving van de wijkverpleegkundige zorg enorm veel verbeteringen en kansen biedt. We zijn er nog lang niet, maar er worden heel veel kansen gecreëerd en gepakt. De wijkverpleegkundige zorg is inderdaad onderdeel van de Zvw geworden, waardoor iedereen recht heeft op wijkverpleegkundige zorg. Er is een aanspraak in de Zvw, zonder eigen bijdrage. De zorgplicht leidt ertoe dat iedereen die wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, daar gewoon recht op heeft. Ondanks allerlei budgettaire discussies die de zorgverzekeraars de komende jaren met hun aanbieders zullen hebben, kan er geen discussie zijn over het feit dat er zorgplicht is. Iedereen heeft recht op wijkverpleegkundige zorg en iedereen die daar behoefte aan heeft, krijgt die zorg. Een andere belangrijke stap die we zetten, is dat de wijkverpleegkundige meer ruimte krijgt. Dat gebeurt nu al. Ze kunnen zelf indiceren. Het gaat niet alleen om het moment dat de wijkverpleegkundige bij een gezin, een oudere of iemand die wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, binnenstapt. De wijkverpleegkundige kan ook gedurende het proces van de wijkverpleegkundige zorg bekijken of aanpassingen nodig zijn, zoals meer of minder zorg of zorg die op een andere manier is vormgegeven. Dit is heel belangrijk. In gesprekken met wijkverpleegkundigen merk ik dat ze deze ruimte heel belangrijk vinden. Het is heel goed dat die ruimte in de wijkverpleegkundige zorg en het vertrouwen in de wijkverpleegkundige weer terugkomt.

Het is ook erg belangrijk dat we werken aan een nieuwe bekostiging. Geen uurtje-factuurtje meer, maar een bekostiging die simpel is, met minder registratielasten gepaard gaat en die recht doet aan de mogelijke verschillen in zorgzwaarte. Het moet zowel voor de wijkverpleegkundige als de aanbieder en de zorgverzekeraar veel simpeler worden. Dat is nog een heel grote operatie, want we gaan van een oude naar een nieuwe situatie. We zijn bezig met pilots in 2016 en voeren de nieuwe werkwijze in 2017 in. We zijn met echt grote, fundamentele stappen bezig aan de zorgplichtkant en de patiëntenkant, maar ook qua bekostiging en het vertrouwen in de wijkverpleegkundige zelf. De wijkverpleegkundige zorg is een enorm belangrijk speerpunt in de hervorming van de zorg. Als

mensen langer thuis kunnen wonen en thuis zorg nodig hebben, moet die zorg altijd worden gegeven. Partijen spannen zich tot het uiterste in om de nieuwe vormgeving van de wijkverpleegkundige zorg zo goed mogelijk te laten verlopen.

Ik wil een compliment maken aan de aanbieders en de zorgverzekeraars, maar vooral ook aan de wijkverpleegkundigen die een enorme berg werk hebben gehad om de hervorming in te laten gaan, alle indicatieprocessen te laten lopen en die nieuwe verhoudingen hebben moeten bewerkstelligen. De energie die alle partijen hierin hebben gestoken, is een compliment waard. Er wordt echt heel hard aan gewerkt. Ik realiseer me dat dit soms met de nodige druk gepaard gaat. Als ik met wijkverpleegkundigen praat, hoor ik dat zij weer merken waarvoor zij dit vak hebben gekozen. Ze zijn zelf meer verantwoordelijk voor de zorg die wordt gegeven, kunnen zelf meer beoordelen hoe het zit en kunnen zelf bepalen hoe het verdere traject eruit ziet. Ik merk langzaam maar zeker, en daar ben ik ook zeer op uit, dat wijkverpleegkundigen hun vak terugkrijgen en weer trots kunnen zijn op hun vak. Dat wil niet zeggen dat de wijkverpleegkundigen niet onder grote druk staan en hebben gestaan vanwege al het werk, de indicaties en de veranderingen. Voor mij staat voorop dat we ervoor moeten zorgen dat de zorg voor de patiënt van voldoende niveau blijft. Het vertrouwen in en de ruimte voor de wijkverpleegkundige zijn zeer cruciaal.

Er verschijnen regelmatig berichten in de krant over cliëntenstops en over het tijdelijk niet opnemen van nieuwe patiënten. Daar waar er sprake was van patiëntenstops komt overleg op gang, misschien wel door de berichten. Dit overleg leidt vervolgens tot een aantal oplossingen, al dan niet van tijdelijke aard, die zorgen voor voldoende aanbod van zorg om de tijdelijke patiëntenstops op te vangen. Ik heb bij de patiëntenorganisaties gevraagd of er bij hen veel signalen binnenkomen over slechte of niet-tijdige zorgverlening. Daar zijn geen verontrustende signalen over, maar ik snap de berichten wel. Men is nu bezig met contracteren. De budgetten kennen een taakstelling. Daar heeft iedereen voor getekend. Bij de implementatie van de taakstelling vinden forse discussies plaats, ook over de wijze waarop het in de praktijk gaat werken. De verzekeraars proberen met de aanbieders tot afspraken te komen. Naarmate het jaar vordert, komen de signalen of de zorgaanbieders het halen. Komt er een budgetplafond aan? Hoe moet daarmee worden omgegaan? In de eerste plaats bekijken de zorgverzekeraars of het bij één aanbieder het geval is. Is er misschien sprake van ruimte bij de ene aanbieder of een tekort bij de andere aanbieder? Zijn daar al dan niet afspraken over gemaakt? Dat hangt van de contracten af. In de tweede plaats bekijken zorgverzekeraars de regio. Het kan zijn dat de aanbieders in het ene deel van de regio vol zitten en in een ander deel van de regio niet. Er vinden discussies plaats over de vraag wie wat betaalt als er moet worden bijgecontracteerd. Ik snap de aanbieders. Zij moeten opletten dat ze niet onder te grote druk komen te staan en daaronder bezwijken. Dat is niet goed. Ik begrijp de zorgverzekeraars. Zij hebben afspraken gemaakt om de budgetten te beheersen en vinden dat er ook moet worden besproken of die beheersbaar zijn. Er zit in de discussies enig verschil in de inzet en de uitkomst. Er is bijvoorbeeld veel discussie geweest over de vraag of elke verzekeraar 5% van de overproductie voor rekening van de aanbieder laat. Of is het zo dat iedereen een soort standaardtarief krijgt? Laten we vaststellen dat de verzekeraars dit niet onderling mogen afspreken. Ik heb zeer onlangs met de verzekeraars, de aanbieders, de patiëntenorganisaties, de verpleegkundigen en de verzorgenden aan tafel gezeten en nog eens vastgesteld dat er sprake mag zijn van een generieke lijn die voor iedereen geldt. Er wordt gediscussieerd over de inzet van de zorgverzekeraars. Die discussie moet plaatsvinden. De aanbieders wijzen erop dat het overleg wel open en reëel moet zijn. Het is geen kwestie van tekenen bij het kruisje. Er moet normaal overleg en onderhandeling mogelijk zijn over

de specifieke situatie van de aanbieder. Dat is vanmorgen nog eens bevestigd. Ik constateer dat het niet overal goed gaat, maar de lijn is dat er geen algemene afspraken worden gemaakt over de tarieven of over tariefkortingen. Er wordt naar de specifieke situatie gekeken. Er is open en reëel overleg tussen de verzekeraars en de aanbieders. De zorgplicht staat daarbij voorop. Er moet altijd voldoende zorg zijn om de mensen de zorg te bieden die ze nodig hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV): De Staatssecretaris zei zojuist dat er voor de overproductie geen sprake kan zijn van een korting van 5%. We kregen echter vanmorgen nog een brief van ZN, waarin op pagina drie staat dat wel degelijk de afspraak kan worden gemaakt dat 5% van de overproductie voor eigen rekening komt. De Staatssecretaris zegt dat dit niet de bedoeling is en ZN zegt dat het wel gaat gebeuren. Wat doet de Staatssecretaris hieraan?

Staatssecretaris **Van Rijn**: We hebben vastgesteld dat de zorgverzekeraars de inzet van hun inkoopbeleid transparant maken. Dat mogen de aanbieders overigens ook doen. We hebben vanmorgen vastgesteld dat er geen sprake kan zijn van een generieke lijn die voor iedereen geldt, omdat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders moeten overleggen en onderhandelen over de budgetten en de productie. Dat kan tot verschil in afspraken leiden. Soms worden er afspraken gemaakt met een korting over de overproductie, soms ook niet. Mensen vergeten wel eens dat we uit de AWBZ-situatie komen. Daarin werden budgetten afgesproken en halverwege het jaar werd bekeken hoe het daarmee stond. Sommige zorgorganisaties zaten aan het budgetplafond en andere niet. Daarna volgde de zogenaamde herverdeling om te bekijken wie er nog ruimte had en wie niet. Vaak werd dat twee keer gedaan: een keer halverwege het jaar en een keer aan het eind van het jaar. Het proces is nu weliswaar anders, omdat er nu onderhandelingen zijn en de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, maar gedurende het jaar is het een vergelijkbaar proces.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik zoek toch naar wat medemenselijkheid bij de technocraat Van Rijn. Iemand is ziek en heeft verpleging en verzorging nodig. Ik heb het niet over het schoonmaken van een huis, maar over de verpleging en verzorging die iemand nodig heeft. Iemand heeft een indicatie, er is zorgplicht, men heeft recht op zorg en weet ik veel wat er allemaal is. De persoon die zorg nodig heeft, komt op de stoep bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder weigert niet, want die heeft de plicht om iemand op te nemen. De Staatssecretaris zegt dat het niet de bedoeling is dat voor de overproductie 5% wordt gehanteerd, maar hij moet zeggen dat het helemaal niet gebeurt. Voor de zorg is betaald. De zorg is geleverd. Mensen hadden die zorg nodig en hadden er recht op. We gaan op overproductie geen kortingen accepteren. Geen 5%, geen 10%. Ik wil van de Staatssecretaris horen dat kortingen op overproductie uit den boze zijn.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat kun je niet zo zeggen. Misschien heeft mevrouw Agema mij niet gehoord, maar er is een verschil tussen zorgplicht en zorg voor mensen die altijd zorg moeten krijgen, en de prijsonderhandelingen en wat er gebeurt als men meer produceert dan moet. Het kan met van alles te maken hebben. Het kan zijn dat de ene aanbieder vol zit en de andere aanbieder nog niet. Partijen kunnen samen afspraken maken over wat er in het geval van overproductie wordt gedaan, bijvoorbeeld met het oog het volgende jaar. Als het budget voor 2016 wordt vastgesteld, moeten ook de ervaringscijfers van 2015 worden bekeken. Er kan niet in generieke zin iets over het budget worden gezegd. Dat hebben we vanmorgen expliciet vastgesteld. De zorgverzekeraars en de aanbieders moeten samen afspraken maken. Daarbij staat één ding voorop, namelijk dat de zorgplicht moet worden uitgevoerd. Mensen

moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Als dat meer zorg is dan tot nu toe is afgesproken, moet er worden bijgecontracteerd. Het gaat dan uiteraard ook over de prijs van het bijcontracteren. Als je een prijs hebt gekregen voor een bepaalde productie, wil dat niet zeggen dat een extra eenheid productie vervolgens dezelfde prijs moet zijn als die je voor die heel grote productie hebt gehad. Daarover kan open en reëel worden onderhandeld. Er is geen sprake van tekenen bij het kruisje. De aanbieders moeten de gelegenheid hebben om hun casus, hun situatie, goed uit te leggen. Er moeten reële onderhandeling worden gevoerd.

Mevrouw **Siderius** (SP): De Staatssecretaris gaat heel gemakkelijk voorbij aan de patiëntenstops. Hij zegt dat we het allemaal in de krant kunnen lezen, dat de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, dat patiënten maar naar een andere zorgaanbieder in de regio moeten gaan, dat het allemaal niet ideaal is en dat de zorgverzekeraars moeten overleggen. Dat is echt te gemakkelijk. Het is een beetje gratis medeleven. Wat doet de Staatssecretaris om ervoor te zorgen dat dit soort situaties niet meer voorkomen en dat mensen niet meer naar andere zorgaanbieders worden verschoven?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Tot nu toe is gebleken dat daar waar sprake was van patiëntenstops of tijdelijke patiëntenstops, overleg tot een oplossing heeft geleid. We zitten nog midden in het proces van allerlei onderhandelingen. Dat leidt voor de partijen tot strubbelingen of tot gedoe over de vraag hoe het met de overproductie zit en wie welke prijs betaalt. Het is heel gemakkelijk om meteen een discussie te willen over het budget en hoe het precies zit, op grond van het feit dat iemand er problemen mee heeft. Laten we wijs zijn en bekijken hoe het in de praktijk gaat.

Er zijn enkele enquêtes geweest. Vanuit ActiZ kwam het signaal dat het budget wel eens krap kan zijn. Die signalen kwamen ook van de zorgverzekeraars. Hoe doen we het nu en hoe deden we het voorheen? Er is voor 2015 een budget vastgesteld, dat nu wordt gecontracteerd. Er is ook een zorgplicht. Het kan zijn dat er minder zorg uit komt. Die signalen heb ik echter niet ontvangen. Het kan zijn dat blijkt dat er meer zorg nodig is, omdat zowel de zorgverzekeraars als de aanbieders zeggen dat het budget wel heel krap wordt. Dat zal blijken uit de realisatiecijfers. Er is zorgplicht, maar dat betekent niet dat het budget ertoe leidt dat er minder zorg wordt geleverd. Dat zou tot een discussie kunnen leiden over de vraag of de budgetten toereikend zijn.

Mevrouw Keijzer vroeg mij om de declaraties te bekijken. Die bekijken we natuurlijk al. We krijgen informatie van Zorginstituut Nederland. Op grond van de declaraties uit de eerste twee kwartalen – die ijen natuurlijk altijd na – is er nog geen overschrijding te zien. Ik zeg niet dat die overschrijding niet komt. Misschien komt die er wel. Het naijlen van de declaraties kan tot een hogere zorgrealisatie leiden, waar dan wellicht iets mee moet worden gedaan. Daarvoor wachten we de realisatiecijfers af. Vervolgens hebben we de jaarlijkse discussie over de vraag of het budgettaire kader moet worden aangepast en of het nog toereikend is en over de stand van zaken. Ik ontvang signalen dat de druk op het budget groot is. Mensen geven die signalen niet voor niets. Aan de hand van de realisatiecijfers beoordelen we of het budget goed is.

De **voorzitter**: Ik vraag de leden om kort en bondig vragen te stellen. Ik doe een beroep op de Staatssecretaris om daar vervolgens kort en bondig op te antwoorden.

Mevrouw **Siderius** (SP): Dat is ook wel nodig, want de Staatssecretaris zegt gewoon weer dat hij er niet over gaat, dat er een zorgplicht is en dat het allemaal goed komt. De patiëntenstops zijn niet goed voor het vertrouwen van de mensen in de zorg. De Staatssecretaris spreekt mooie

woorden over het grotere vertrouwen in de wijkverpleegkundigen, maar over patiëntenstops zegt hij dat we het eerst uit de hand laten lopen en vervolgens wel even ergens een oplossing zoeken. Dat geeft toch geen vertrouwen? Dat is toch geen manier van beleid maken? Wanneer grijpt de Staatssecretaris eens in?

Staatssecretaris **Van Rijn**: We hebben toch afgesproken hoe we het doen? We hebben een zorgplicht afgesproken, we hebben een budgettaire kader afgesproken en de partijen hebben een taakstelling afgesproken. Dat proces loopt nu. De partijen moeten daar samen uit komen. Soms lukt dat niet. Dan moet er worden bijgecontracteerd en vinden onderhandelingen plaats over de prijs van het bijcontracteren. Wij bekijken tijdens en aan het eind van de rit of de zorgplicht wordt uitgevoerd. De NZa let daarop. Bij eventuele twijfel praat de NZa met de verzekeraars. De NZa kan zelfs een aanwijzing geven als ze vindt dat de zorgplicht niet wordt nagekomen. Er zijn ook financiële instrumenten als dat nodig is. We zitten nu midden in dit proces. Wij moeten bekijken of de zorgplicht wordt nagekomen. Dat is het allerbelangrijkste punt. Als iemand zorg nodig heeft, moet die persoon zorg kunnen krijgen. Bij de onderhandelingen over het budgettaire kader beoordelen we wanneer het budget te hoog of te laag is. Het klopt dat er budgettaire druk is. We kunnen aan de hand van de declaraties zien of dat zo nodig is. Dat is de gang van zaken die geldt voor 2015. Er is gevraagd hoe het in 2016 zit. Het budgettaire kader voor 2016 is vastgesteld. Er zijn twee bewegingen geweest. Er is 85 miljoen euro toegevoegd aan het budgettaire kader voor 2015 en per saldo is er in 2016 180 miljoen euro meer beschikbaar voor het budgettaire kader. We moeten afwachten of dit zo is. Ik wil aan de hand van de realisatiegegevens van 2015 bekijken of er aanleiding is om het budgettaire kader voor de komende jaren te bespreken. Dat doen we bij de Voorjaarsnota. Dat is daarvoor het geijkte moment.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik kan me voorstellen dat de Staatssecretaris nationaal bekijkt hoe de vlag erbij hangt als er twee kwartalen declaraties binnen zijn. Maar wat nationaal niet kan worden vastgesteld, kan op microniveau of op instellingsniveau wel knipen. Dat gebeurt nu dus ook. In de krant lezen we nooit dat een gehele regio geen zorg heeft. Het zijn steeds de individuele instellingen die aan de bel trekken. Vindt de Staatssecretaris niet dat er veel meer regionaal moet worden bekeken wat de capaciteit is? Moeten de cliënt en de wijkverpleegkundige niet via onderlinge samenwerking beter worden bediend in plaats van via concurrentie en meer productie? Waarom gebeurt dit niet?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Het is de vraag of dit niet gebeurt, want dit is het gesprek dat tussen de verzekeraars en de aanbieders moet plaatsvinden. De aanbieders klagen soms dat ze onvoldoende aan tafel komen. Dat is niet goed, want juist op regionaal niveau moeten we bezien hoe we met de verschillen in productie omgaan. Het gaat eigenlijk zoals het altijd gaat. De ene aanbieder heeft nog ruimte en de andere aanbieder niet. Vervolgens wordt bekeken wat er met de nieuwe zorgvragen gebeurt. Zo moet dat proces lopen. De taak van de NZa is niet alleen om op de macrozorgplicht te letten, want dat is een begrip waar je niets aan hebt als je op microniveau kijkt. De NZa moet ook op microniveau toezicht houden op de vraag of een verzekeraar met zijn aanbieders de zorgplicht realiseert bij het contracteren. Het belangrijkste is dat er een open en reëel overleg plaatsvindt tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om te bekijken of de budgettaire kaders toereikend zijn, of er bijcontractering nodig is en tegen welke prijs dat kan. Het gesprek moet primair plaatsvinden tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik denk dat de Staatssecretaris hier een belangrijke tussenzin uitspreekt, namelijk dat aanbieders echt aan tafel moeten komen. De Staatssecretaris zegt dat hij daarvoor aandacht heeft gevraagd. Dat is goed, want er gaat heel veel tijd mee verloren. Kunnen wij ervan op aan dat de aanbieders niet heel veel moeite moeten doen om überhaupt aan tafel te komen bij de zorgverzekeraars? Dat is namelijk wel het signaal dat ons bereikt.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik ben het met mevrouw Wolbert eens. De aanbieders gaven vanmorgen bij het overleg aan dat ze voorbeelden hebben dat hun leden onvoldoende snel aan tafel komen als er echt het een en ander moet worden besproken. De verzekeraars hebben gezegd dat dit kan voorkomen en dat dit niet moet. Daar moet dus op worden gelet. Ik zal daar aandacht voor hebben en blijven vragen. In datzelfde spoor zit het macrobeheersinstrument.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben het helemaal eens met het laatste punt van mevrouw Wolbert, maar ik deel wat minder haar positieve houding ten opzichte van het verdelen van de cliënten binnen een regio. Als de ene organisatie aan zijn budgetplafond zit en er zijn cliëntenstops, wordt er naar een andere organisatie gekeken. Is dit niet een uitwas van een systeem dat in zichzelf ook mindere kanten heeft?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat hangt ervan af. De afspraak is sowieso dat als er sprake is van overproductie, iemand de zorg altijd bij de aanbieder kan afronden van wie hij al zorg ontvangt. Die afspraak behoort tot de zorgplicht. Bij nieuwe zorgvragen is het niet gek om te bekijken wie er ruimte heeft. Dat gebeurt in heel de zorgsector. Waar kun je het beste terecht voor kwaliteit van zorg? Daar zijn richtlijnen voor. Als aanbieder A geen ruimte heeft, kan een nieuwe cliënt bij aanbieder B terecht.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Als we op deze manier blijven werken, als dit het model voor de toekomst wordt, blijven instellingen die veel in kwaliteit investeren te maken krijgen met de budgetplafonds. De keuzevrijheid komt onder druk te staan. Het systeem dat we hebben opgetuigd kan misschien in de transitiefase zijn ding doen, maar is op lange termijn niet houdbaar. Is de Staatssecretaris het hiermee eens?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Het is maar de vraag of dat zo is. We hebben gediscussieerd over de vraag of er niet iets van persoonsvolgende bekostiging moet zijn. Bij een systeem van persoonsvolgende bekostiging is er helemaal geen budget vooraf. De zorginstellingen hebben vooraf helemaal geen zekerheid over hun budget voor het jaar. Dat is misschien nog wel spannender dan de huidige werkwijze. We hebben afgesproken dat we onderzoek doen naar de persoonsvolgende bekostiging en daar pilots voor doen. Ik heb mevrouw Dik-Faber voorgehouden dat we dan wellicht nog meer discussie krijgen over de budgetten voor de zorginstellingen dan we in het huidige systeem hebben. In het huidige systeem wordt geprobeerd aan de voorkant budgettaire duidelijkheid te geven en wordt gedurende het jaar bekeken of het budget toereikend is. Ik wil nu nog geen uitspraak doen anders dan dat we de voor- en nadelen van beide systemen goed tegen elkaar hebben afgewogen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): De Staatssecretaris praat en praat en we horen woorden als zorgplicht en bedrijfseconomische termen. Wat heeft hij de zorginstellingen waarmee hij heeft gesproken, concreet te bieden?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ten eerste is er zorgplicht. Dit betekent dat iedereen die zorg nodig heeft, die ook krijgt. Ten tweede moet er open en reëel overleg zijn tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars over

eventuele problemen ten aanzien van de productie en de overproductie. Ten derde worden er geen generieke tariefafspraken gemaakt over overproductie of over het nieuwe tarief. Dat gesprek moet tussen de zorgverzekeraars en aanbieders plaatsvinden op basis van open en reëel overleg. Ten vierde monitoren we aan de hand van de realisatiecijfers hoe het gaat met de contractering. Ten vijfde hebben we tijdig de cijfers op tafel, zodat we die kunnen bespreken ten behoeve van de vaststelling van de budgettaire kaders voor een eventuele bijstelling voor het komende jaar. Ten zesde moeten we niet al te snelle en te wilde ideeën hebben over het macrobeheersinstrumentarium.

Als er sprake is van meer productie dan is afgesproken, moeten we een paar stappen doorlopen. De eerste stap is: wat zijn de oorzaken van de overproductie? We praten natuurlijk niet over een macrobeheersinstrumentarium als er meer vraag naar zorg is, maar wel als er andere oorzaken zijn. De oorzaken zijn dus belangrijk. De tweede stap is dat we niet alleen het budget van de wijkverpleegkundige zorg bezien, maar het budget van de totale zorgverzekering. De derde stap is dat er, als we al kiezen voor de inzet van een macrobeheersinstrumentarium, eerst bestuurlijk overleg moet plaatsvinden met alle partijen om te weten wat de oorzaken zijn en er dan eventueel toe overgaan. Laten we niet al te zeer in termen van zwaarden van Damocles praten. Het contracteringsproces is in volle gang. We moeten partijen de gelegenheid geven om afspraken te maken. Het overleg moet open en reëel zijn. Aan het eind van het jaar kunnen we aan de hand van de echte cijfers bekijken of de budgettaire kaders voldoende zijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Het spijt me dat ik het moet zeggen, maar dit is heel veel gepraat en geen wol: zorgplicht, open en reëel overleg, geen generieke kortingen terwijl daarover een brief is gekomen van ZN, monitoren en tijdig overleg. We wachten dus op nog meer patiëntenstops. Dat is mijn droevige, trieste conclusie. De cijfers zijn er, heeft de Staatssecretaris zojuist gezegd. Dat is een zegen. Is hij bereid om de Kamer de realisatiecijfers over het eerste en tweede kwartaal nu toe te sturen en die van het derde kwartaal voor de begrotingsbehandeling?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Jazeker, daar ben ik zeer toe bereid. Uit de cijfers over de eerste twee kwartalen en het aantal declaraties kan blijken dat er geen overschrijding en geen budgettair probleem is, maar die conclusie durf ik op grond van die cijfers niet te trekken. Ik wil de realisatiecijfers over de periode van vier kwartalen zien en daaruit conclusies trekken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb een punt van orde. Kennelijk heeft de Staatssecretaris al realisatiecijfers over twee kwartalen. Waarom heeft de Kamer die cijfers niet? Het is de zoveelste keer dat we in een debat zitten en dat de Kamer zoiets cruciaals niet heeft.

Staatssecretaris **Van Rijn**: We hebben afspraken gemaakt over de werkwijze in de Zvw. Eerst wordt het budgettaire kader afgesproken. Vervolgens maken partijen afspraken over de zorg. Aan het eind van het jaar wordt op basis van de realisatiecijfers over het gehele jaar bekeken of het budgettaire kader voldoende is en of er aanleiding is om een budgettaire bijstelling te doen. Zo doen we dat elk jaar en zo doen we het ook dit jaar.

Ik kom op de inkoop voor 2016, hoewel die op een aantal punten al aan de orde is geweest. Bij de inkoop voor 2016 is het vooral van belang hoe het gaat met de representatie versus het volgen. We hebben hierover gedebatteerd in de Kamer. Mevrouw Wolbert vroeg toen aandacht voor de vraag of de verzekeraars voldoende rekening houden met de kwetsbare en vaak kleine onderdelen van de wijkverpleging en de specialistische

voorzieningen, als we overgaan op de nieuwe methode en elke zorgverzekeraar voor zich tot inkoop overgaat. Daarover zijn een aantal afspraken gemaakt, die met de verzekeraars zijn besproken. De verzekeraars zijn zeer bereid om de specialistische functies ook voor 2016 goed te contracteren. De verzekeraars mogen natuurlijk niet van tevoren afspreken dat zij elkaar volgen. Er is wel afgesproken dat wij de verzekeraars verzoeken of zij in sommige opzichten de afspraken met de grootste verzekeraars willen volgen als de zorgaanbieders daar prijs op stellen en dit signaal afgeven. De zorgverzekeraars staan hier niet onwelwillend tegenover. Dit is een belangrijk punt. De kwetsbare en vaak kleine onderdelen van de wijkverpleging en de specialistische voorzieningen komen niet zomaar tot stand en kunnen niet worden afgebroken. Het is goed om bij de inkoop voor 2016 en ook voor 2015 heel scherp in de gaten te houden of die onderdelen en voorzieningen overeind blijven. Ik signaleer dezelfde houding bij de verzekeraars, maar in de praktijk moet blijken of ze het ook echt doen. Ik zal de vinger goed aan de pols houden.

Ik kom op een ander punt bij de zorginkoop, dat niet alleen voor 2016 geldt, maar in den brede. Het allerbelangrijkste bij het bepalen van de kwaliteit van de zorginkoop in de wijkverpleging is dat we ons kunnen baseren op goede richtlijnen uit de beroepsgroep. De beste manier om te bepalen wat goede kwaliteit is, is niet dat ieder voor zich nadenkt, maar is gebaseerd op kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep zelf. We bekijken met de beroepsgroepen wat de goede kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg is en hoe we tot richtlijnen kunnen komen die als richtsnoer gelden voor de zorginkoop door de zorgonderhandelaars. In het Onderhandelarsresultaat transitie verpleging en verzorging is met ActiZ, BTN, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en ZN afgesproken dat structureel 1 miljoen euro ter beschikking wordt gesteld om te werken aan de kwaliteit van de richtlijnen. Datzelfde geldt voor de richtlijnen intensieve kindzorg en palliatieve thuiszorg die op dit moment worden vormgegeven.

Er zijn diverse vragen gesteld over de nieuwe bekostiging. Het is zeer belangrijk dat we tot een bekostiging overgaan die niet systeemgericht is, maar die juist is gericht op de indicaties en bevindingen van de wijkverpleegkundige zelf. Daar zijn een aantal modellen voor, waarover de discussies inderdaad alle kanten op gaan. Ik voel in beginsel heel erg veel voor het model van mevrouw Agema om één product en één prijs af te spreken. Een onderdeel van het analyseren van de data is het beoordelen van de vraag of dit model mogelijk is. Ik ben het met mevrouw Agema eens dat het een mooi model zou zijn. We moeten echter met twee dingen rekening houden. Enerzijds moet worden nagegaan hoe het met de heel kleine aanbieders zit. Als een kleine aanbieder niet goed kan middelen en een aantal zware cliënten heeft, wordt die dan niet in het nadeel gesteld bij een te simpel bekostigingsmodel? Anderzijds moet heel goed worden bekeken of de verschillende vormen van wijkverpleegkundige zorg niet zodanig verschillen dat er wel met enige zorgzwaarte rekening moet worden gehouden. Een bekend voorbeeld is dat de intensieve kindzorg een andere wijkverpleegkundige inspanning vergt dan de ondersteuning bij de algemene, dagelijkse levensbehoeften. Ik ben het met mevrouw Agema eens dat het het mooiste is als alles zo simpel mogelijk in één prijs past. Er moet echter wel voldoende rekening worden gehouden met verschillen tussen het zorgaanbod. Mevrouw Agema noemde Buurtzorg Nederland. Wat die organisatie doet, is inderdaad nog steeds indrukwekkend. Buurtzorg werkt in het huidige model overigens ook met veertien kostencategorieën. De organisatie is tevens betrokken bij de pilot om ervoor te zorgen hoe we het systeem kunnen ombouwen tot een veel simpeler systeem.

Mevrouw **Agema** (PVV): Buurtzorg Nederland moet inderdaad al een tijd met een dubbele boekhouding werken, zoals in het experiment regelarm werken, met één product voor één prijs en vooral één doorlooptijd. Dat is het allerbelangrijkste aandachtspunt. Buurtzorg Nederland werkt al jarenlang zo. Het is hun beproefde formule, waarop alle maatschappelijke businesscases zijn gebaseerd. Niet alleen het anders werken, maar juist die ene doorlooptijd maakt dat Buurtzorg Nederland met haar concept van één product en één prijs zo veel goedkoper kan werken. De Staatssecretaris zei dat het lastig is, omdat er ook kleine aanbieders zijn. De werkwijze van Buurtzorg Nederland is dat teams met maximaal acht wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen werken. Anders worden ze opgesplitst in de platte organisatie. Alle buurtzorgclubs, alle Buurtzorg Nederland-locaties zijn per definitie klein, dus dat argument gaat niet op. Als een gemiddeld veel kortere looptijd ervoor kan zorgen dat het budget met honderden miljoenen naar beneden kan zonder dat iemand zijn zorg kwijtgeraakt, waarom wordt dan niet overgegaan tot dit beproefde model dat al zo veel jaren werkt?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Dat zou fantastisch zijn. Dat is precies de zoektocht. Ik heb er echter twee kanttekeningen bij. Ten eerste is het niet alleen Buurtzorg Nederland die met zelfsturende teams en op kleinschalige wijze werkt. Dat doen inmiddels veel meer zorginstellingen. Er zijn veel zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren met veel vrijheid voor de mensen. Ten tweede blijft het probleem van de middelen bestaan. Bij Buurtzorg Nederland werkt men met kleine teams, maar heeft men wel heel veel cliënten. Omdat Buurtzorg Nederland zo veel cliënten over het gehele land heeft, kan ze bij de overgang op één bekostigingsmodel in de kostprijs middelen en al zo'n beetje uitkomen. Een kleine zorgaanbieder in een klein gebied met een beperkt aantal cliënten kan minder gemakkelijk middelen. Ik ben het met mevrouw Agema eens dat dit zo goed mogelijk moet worden bekeken, maar we moeten er rekening mee houden dat er voldoende gedifferentieerdheid kan blijven ontstaan, ook in de wijkverpleegkundige zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het blijft ongelofelijk jammer dat hierover eigenlijk nooit een knoop wordt doorgehakt. Inmiddels werkt al 60% van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen voor deze organisatie. Het model gaat de wereld over en iedereen wil het hebben. In Nederland blijven we eigenlijk door de zorgverzekeraars een beetje achterover leunen. Als je vier producten hebt en dus gaat differentiëren, moet er een administratie worden bijgehouden met zo veel keer € 58 per uur en zo veel keer € 66 per uur en zo veel keer € 78 uur. De Staatssecretaris moet zeggen dat alle mensen voor € 62 per uur en voor dezelfde gemiddelde doorlooptijd werken.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik geloof niet dat we het oneens zijn over de beleidsrichting. We hebben afgesproken dat we een aantal stappen doorlopen. Voor 2016 loopt er een onderzoek over de vormgeving van de bekostiging. In 2016 doen we alvast een aantal pilots, die we kunnen gebruiken om te bekijken hoe de bekostiging moet worden ingericht. De ambitie is om het nieuwe bekostigingsmodel per 2017 landelijk in te voeren. Ik geef de commissie op een briefje dat dit nog veel inspanning gaat vergen. We hebben, ook in de Kamer, afspraken gemaakt over het tempo waarin en de stappen waarmee we het nieuwe bekostigingsmodel invoeren.

De intensieve kindzorg is ondergebracht in de Zvw, omdat er vooral sprake is van geneeskundige zorg die onder de directe verantwoordelijkheid van de kinderarts valt. Deze wordt buiten het ziekenhuis geboden. Periodes van behandeling in het ziekenhuis en thuis wisselen elkaar zeer sterk af. Het is heel belangrijk dat de zorg van deze ernstig zieke kinderen

goed is geregeld, met goede en passende ondersteuning. Ik krijg ook signalen dat het soms lastig is hoe het precies zit met de zorgdeclaraties en de indicatiestelling binnen de intensieve kindzorg. Er wordt met ouderorganisaties heel hard gewerkt aan verbetering. Als er problemen op casusniveau zijn, weet men elkaar inmiddels goed te vinden om samen te werken aan een oplossing. Wij werken met ouders de nieuwe richtlijn intensieve kindzorg uit, die de verzekeraar stevigere handvatten geeft. Mevrouw Keijzer vroeg waarom er eigenlijk geen richtlijnen worden ontwikkeld. Daar heeft de sector zelf om verzocht. De sector heeft een rapport opgesteld waarin de zorg van ernstig zieke kinderen wordt omschreven. Dat rapport hebben we in de Kamer besproken. De partijen zijn momenteel bezig met de uitvoering. Daarnaast wordt er een nieuwe richtlijn ontwikkeld voor de intensieve kindzorg. Het is een zeer belangrijke stap dat de sector een belangrijk rapport over de kwaliteit van de intensieve kindzorg heeft aangeleverd en dat we met de sector aan nieuwe richtlijnen werken. Op deze manier wordt een heel belangrijke, kwalitatieve stap gezet om de intensieve kindzorg gemakkelijker gecontracteerd te krijgen en de indicatiestelling en de kwaliteit verder te verbeteren.

Mevrouw Keijzer heeft vragen gesteld over de begeleiding en over de knip. We praten over 95% Zvw en ongeveer 5% Wmo. Dat is zo, omdat de begeleiding soms echt van karakter verschilt. De begeleiding van ernstig zieke kinderen met een geneeskundige component is echt iets anders dan bijvoorbeeld opvoedondersteuning. Het is niet goed om deze dingen door elkaar te halen. Het is goed dat er bij opvoedkundige hulp een andere soort begeleiding is dan bij geneeskundige zorg.

Zowel mevrouw Keijzer als mevrouw Dik-Faber vroegen waarom de overgangsregeling bij de intensieve kindzorg met een jaar wordt verlengd. De NZa heeft mij laten weten dat de data die per 2016 beschikbaar zijn, niet voldoende betrouwbaar zijn om tot een goed tarief te komen. Ik vind de intensieve kindzorg zo belangrijk voor deze kwetsbare doelgroep, dat ik daar geen experimenten mee ga doen. Ik ga geen tarief vaststellen op basis van onjuiste data. Daarom heb ik ervoor gekozen om de overgangsregeling een jaar te verlengen. De NZa heeft mij aangegeven dat ze met een vervolgonderzoek verwacht alsnog voldoende onderbouwing te vinden om tot goede tarieven te komen. Cliënten mogen er geen hinder van ondervinden. Er lopen gesprekken tussen de zorgverzekeraars in Nederland en Per Saldo. Ik volg dit proces op de voet.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik vroeg de Staatssecretaris niet om te vertellen hoe het nu is, namelijk dat het grootste gedeelte van de intensieve kindzorg medische zorg is en maar een heel klein gedeelte Wmo-zorg. Dat wist ik al. Ik vroeg de Staatssecretaris of het verstandiger is om deze ouders niet naar verschillende instellingen en door verschillende systemen te laten gaan, maar om het kleine stukje begeleiding dat soms nodig is en dat nu uit de Wmo moet worden gehaald, in de aanspraak te stoppen. Daarmee worden de ouders ontlast en gaan we van systemen naar mensen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik zou dat niet verstandig vinden. De begeleiding die nodig is voor kinderen met een ernstige ziekte of handicap is van een andere aard dan de begeleiding in het kader van de jeugdhulp of de opvoedondersteuning. Dat zijn verschillende expertises. De begeleiding bij opvoedondersteuning is echt anders dan de wijkverpleegkundige begeleiding. We kunnen wel zeggen dat we het in één aanspraak gooien omdat dit beter zou zijn, maar dan moet er andere expertise in huis worden gehaald. Ik zie de meerwaarde daar niet van. Sterker nog, het is goed om de begeleiding toe te spitsen op de precieze vraag van de jeugdigen en hun ouders, en het niet op één hoop te gooien omdat het systeemtechnisch zo gemakkelijk zou zijn. Ik ben daar niet voor.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat wordt een motie.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Die wacht ik af.

Er zijn vragen gesteld over de cliëntenstops. Mevrouw Bergkamp vroeg of de indicatie in januari ruimer is dan aan het einde van het jaar. Ik heb daarover geen signalen ontvangen. Het is wel onwenselijk, want het budget dient geen uitgangspunt te zijn voor de indicatie. Daarom hebben we de indicatie juist in handen gelegd van de professional. Ik snap dat er daarna tussen de zorgverzekeraars en de aanbieders lastige discussies ontstaan over de prijzen. Ik spreek daarover met de aanbieders en de zorgverzekeraars. Daar hebben we het voldoende over gehad. Het budget is niet leidend voor de indicatie.

Over de regionale afspraken heb ik met mevrouw Wolbert van gedachten gewisseld.

Er zijn een aantal vragen gesteld over de pilot van Achmea. De heer Rutte verwoordde kernachtig dat het een pilot is die ingaat op het dilemma tussen aan de ene kant de keuzevrijheid en aan de andere kant de manier waarop we de wijkverpleegkundige zorg efficiënt organiseren. Soms zijn er in wijken en buurten heel veel aanbieders actief en kruisen de busjes en de autootjes elkaar 's morgensvroeg om wijkverpleegkundige zorg te geven. Kunnen we dat niet beter en efficiënter organiseren? Kunnen we het niet laten aansluiten op de gewenste wijk- en buurtgerichte zorg? Dan moeten er afspraken worden gemaakt over de manier waarop dat dan wordt georganiseerd. De pilot zit als volgt in elkaar. Mensen die al in zorg zijn, kunnen zonder enige bijbetaling bij de eigen zorgaanbieder blijven. Mensen die vanaf 1 januari 2016 zorg nodig hebben, krijgen in eerste instantie de voorkeursaanbieder in hun eigen wijk. Als ze dat niet willen, kunnen ze bij een van de andere geselecteerde voorkeursaanbieders in de gemeente Utrecht terecht. Dat is het stukje keuzevrijheid. Het is zelfs mogelijk om zorg af te nemen bij een aanbieder die geen voorkeurscontract heeft. Dan kom je in de artikel 13-problematiek terecht. Ik durf de term bijna niet te gebruiken. Je krijgt dan een vergoeding die lager is. Het is altijd mogelijk om te kiezen voor een niet-gecontracteerde aanbieder, maar daarbij is de vergoeding afhankelijk van de polis. In de pilot wordt uitgezocht hoe het aansluiten bij wijk- en buurtgericht werken anders kan worden georganiseerd. Tevens wordt bekeken of er wel voldoende keuzevrijheid blijft. Ik had eerlijk gezegd verwacht dat mevrouw Siderius het wel interessant zou vinden, omdat het gaat om het organiseren van buurt- en wijkgerichte zorg. Het kan soms inderdaad ten koste gaan van de hoeveelheid aanbieders. Ik was enigszins verrast, maar ik realiseer me dat ik aan uitlokking doe.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ook zonder deze opmerking wil ik hier wat over zeggen. De SP is inderdaad voor wijkgerichte zorg, maar niet voor wijkontwrichtende zorg en dat is precies wat er gebeurt. Ik hoor graag de reactie van de Staatssecretaris op de brief van Careyn. Daarin staat dat de pilot ontwrichtend werkt. De gevolgen voor de organisatie en de kwaliteit van de zorg in de stad zijn onomkeerbaar. De gespecialiseerde, multidisciplinaire zorgteams, waarin onder andere casemanagement dementie, specialistische zorg en hospicezorg zitten, zouden door de pilot abrupt worden verstoord en uit elkaar worden gerukt. De pilot heeft onomkeerbare stappen. Als de pilot eenmaal wordt ingevoerd, krijgen we nooit meer terug wat we nu hebben. Dat meent de Staatssecretaris toch niet?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik kom erg in de verleiding om te antwoorden met een wedervraag, maar dat mag niet. Ik probeer het anders te verwoorden. De SP is voor wijkgerichte zorg, maar die zorg wordt anders georganiseerd dan nu. Een andere organisatie heeft consequenties voor het bestaande aanbod. Mevrouw Siderius zegt dat de bestaande

aanbieding anders wordt en ten koste gaat van hoe het nu is georganiseerd. Dat klopt, maar dat is de consequentie als we over willen naar wijk- en buurtgerichte zorg. Dat zou ook in het plan van de SP het gevolg zijn. Ik neem aan dat de SP geen wijk- en buurtgerichte zorg organiseert waarbij alles blijft zoals het nu is. Dat lijkt me ingewikkeld. Ik ben er overigens voor om te bekijken hoe we betere en efficiëntere organisatie van de wijk- en buurtgerichte zorg kunnen verenigen, waarbij er voldoende keuzevrijheid voor de cliënt overblijft. Dat is heel belangrijk. Laten we de resultaten van de pilot afwachten. Pilots zijn er om uit te vinden of een model werkt. Er zijn ongetwijfeld ook andere modellen. Het lijkt mij erg goed om dat te bekijken.

Mevrouw **Siderius** (SP): Het plan van de SP is om marktwerking uit de zorg te weren en naar samenwerking te gaan. De SP wil toe naar wijkgericht, maar niet met de prikkel die er nu inzit, waarbij de kleine organisaties eigenlijk uit de aanbesteding worden geduwd. De SP is heel erg voor kleinschalige zorg. Vooral de kleine zorgorganisaties in Utrecht zeggen echter dat zij niet meer aan de bak komen. Zij moeten straks als onderaannemer gaan fungeren en dat zorgt ervoor dat zij aan loondump moeten doen. De medewerkers krijgen minder betaald. Dat is uitknippen van de zorg, uitknippen van zorgpersoneel. De SP kan dit niet voorstaan. Ik kan me niet voorstellen dat de Staatssecretaris dat wel zou willen. Dat is toch niet de bedoeling?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Nee, dat is niet de bedoeling. We praten hier over de manier waarop het zorgaanbod wordt georganiseerd. Er is een voorkeursaanbieder, of een andere geselecteerde aanbieder, of een aanbieder die niet is gecontracteerd en die iemand desalniettemin toch wil nemen. Zo wordt de keuzevrijheid er getrapt ingehouden. Ik zie op voorhand niet in dat dit zou leiden tot loondump. Het is een manier om de zorg te organiseren. Ook in het plan van de SP zal de andersoortige organisatie van wijkgerichte zorg consequenties hebben voor de manier waarop het nu gaat.

Onder andere mevrouw Bergkamp vroeg hoe het zit met de toegankelijkheid van het pgb en de Zvw. Ik aarzel een beetje, omdat we over de pgb's en de Zvw nog een debat hebben. Misschien moeten we het er op dat moment uitgebreider over hebben. Even een herhaling op dit punt: er zijn in de Zvw voorwaarden geformuleerd waaronder de pgb's moeten worden verstrekt. De zorgverzekeraars kennen de toegangsvoorwaarden, zoals die zijn afgesproken met het Ministerie van VWS en Per Saldo. Ik heb geen signalen ontvangen dat de zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden. Ik herken wel dat er signalen zijn waarbij men zich afvraagt of de voorwaarden op een goede manier worden toegepast. We houden goed in de gaten hoe het met de contracteringen zit, maar we kunnen eigenlijk pas aan het eind van het jaar bekijken of er meer of minder pgb's zijn gecontracteerd. Ik wijs erop dat het instrument pgb in ontwikkeling is en dat er tussen Per Saldo en de zorgverzekeraars afspraken zijn gemaakt. Die afspraken worden vertaald in de Zvw. We zijn nu tien maanden bezig. Ik blijf de over de toegankelijkheid van de pgb's in de Zvw gemaakte afspraken in de gaten houden.

Mevrouw Dik-Faber stelde een vraag over de kindershospices en vroeg of de combinatie pgb en zorg in natura mogelijk was. In 2015 stonden inderdaad niet alle zorgverzekeraars de combinatie van zorg in natura en pgb toe. Mede aan de hand van de signalen die ook mevrouw Dik-Faber heeft gegeven, heb ik hen er regelmatig op gewezen dat de combinatie mogelijk en ook gewenst is. ZN heeft mij inmiddels geïnformeerd over het feit dat alle zorgverzekeraars de combinatie van zorg in natura en pgb's in 2016 mogelijk dienen te maken en dat zullen doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik knip mijn vraag even in tweeën. Mijn eerste vraag gaat over het pgb in de Zvw. We moeten de wetgeving nog bespreken, maar ik krijg een stroom aan berichten van mensen die hun pgb niet houden om in hun ogen onterechte redenen. De Kamer heeft een motie aangenomen die de Staatssecretaris vraagt in kaart te brengen wat de problemen zijn waardoor mensen in grote aantallen hun pgb verliezen. Heeft de Staatssecretaris al een begin gemaakt met de uitvoering van deze motie?

Staatssecretaris **Van Rijn**: We overleggen daarover in eerste instantie met de zorgverzekeraars en Per Saldo om te bekijken hoe zich een en ander ontwikkelt. Als mevrouw Dik-Faber signalen heeft over hoe het in de praktijk loopt, krijg ik die graag. We kunnen die gebruiken in het overleg met de zorgverzekeraars en Per Saldo.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat is mooi. Ik noemde net al het heel duidelijke voorbeeld dat zelfs toiletbezoek als planbare zorg wordt aangeduid. Wellicht wil de Staatssecretaris in elk geval dat voorbeeld aan de orde stellen.

Mijn tweede vraag gaat over de kinderspices. De Staatssecretaris zegt dat alle zorgverzekeraars een combinatie van zorg in natura en pgb mogelijk maken. Dat is goed, maar ik heb van de kinderspices ook hun zorgen meegekregen over het representatiemodel. Als er straks geen contract is met de zorgverzekeraar, vervalt de mogelijkheid van combinatie zorg in natura en pgb. Kan de Staatssecretaris hierop reflecteren?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Hierop doelde ik zojuist met mijn opmerking dat sommige zaken samen moeten worden gecontracteerd om ze overeind te houden. Als zorgaanbieders in voorkomende gevallen vragen om dit soort voorzieningen en het op prijs stellen dat de andere verzekeraars volgen, zijn de zorgverzekeraars daartoe bereid. De weg is dat de zorgaanbieder het aangeeft, want de zorgverzekeraars mogen het niet als vanzelf afspreken.

Mevrouw Keijzer en mevrouw Bergkamp hebben vragen gesteld over de dementiezorg, met name ten aanzien van de ketenzorg dementie. Met de zorgverzekeraars is afgesproken dat zij rekening houden met voldoende aanbod van die onderdelen; niet alleen de ketenzorg, maar ook de highcare hospices, de kinderspices en de medisch kinderdagverblijven. Het is niet in het belang van de verzekerde en overigens ook niet in het belang van de zorgverzekeraars om deze onderdelen uit te sluiten of er te weinig aandacht aan te besteden. Ik verwacht dat de verzekeraars met een klein aantal verzekerden in een regio het beleid van de grote verzekeraars volgen bij de inkoop van dit specifieke aanbod, als de aanbieders daar om vragen. Ik zal dit actief bij de verschillende belangenverenigingen aan de orde stellen, want ik zie ook wel dat het niet vanzelf gaat.

De dementieketens en het casemanagement zijn een zeer belangrijk punt. Dit wordt in de toekomst belangrijker. We zoeken nog naar de juiste vorm. We hebben geconstateerd dat er 43 manieren waren waarop de ketenzorg dementie werd georganiseerd. Soms was er sprake van specifieke casemanagers en soms van wijkverpleegkundigen met een specialisatie in dementie. Ik heb allerlei modellen gezien. Bij het casemanagement heb ik voor ogen dat als dementie wordt geïndiceerd, geconstateerd, of gediagnosticeerd, er altijd iemand is waarop een beroep kan worden gedaan. Afhankelijk van het gegroeide aanbod zijn dat in de praktijk soms de casemanagers dementie die los van de organisaties staan, soms de wijkverpleegkundigen en soms nog andere deskundigen. Het maakt mij niet zo veel uit wie het is, als maar geregeld is dat mensen bij een diagnose «dementie» altijd iemand hebben om op terug te vallen. Zowel de zorgverzekeraars als de zorgkantoren hebben aangegeven dat dit zo goed mogelijk moet worden georganiseerd. Ik ben met de partijen in

overleg over experimenten om de bekostiging over de domeinen heen te organiseren. De dementiezorg begint met een soort niet-pluisgevoel in de thuissituatie en eindigt vaak in een verpleeghuis. Tussendoor zijn er allerlei verschillende soorten behoeften aan zorg, die ook nog over verschillende domeinen heen gaan. Dit punt is zo belangrijk dat ik met de partijen bezie of we de bekostiging van dementiezorg via een experiment-bepaling over de domeinen heen kunnen realiseren. Alle partijen zijn zeer enthousiast en er wordt denkkracht ingezet om dit mogelijk te maken. Mevrouw Bergkamp heeft een vraag gesteld over zzp'ers. Zorgverzekeraars moeten kwalitatief goede wijkverpleegkundige zorg inkopen. Continuïteit van zorg is uiteraard heel erg belangrijk. Zzp'ers kunnen van grote meerwaarde zijn voor de zorgverlening aan cliënten. Ook de zorgverzekeraars zijn die mening toegedaan. Tot nu toe blijkt dat de zorgverzekeraars voor 2016 terughoudend zijn met het direct contracteren van zzp'ers voor de wijkverpleegkundige zorg. Dat heeft te maken met beschikbaarheid en continuïteit, maar ook met waarborgen voor kwaliteit en opleidingsniveau. De zorgverzekeraars nemen die voorwaarden mee bij het contracteren van zzp'ers. Ook speelt mee dat nog niet volledig is uitgekristalliseerd via welk model zzp'ers het beste gecontracteerd kunnen worden. De zorgverzekeraars zijn hierover in gesprek met verschillende zzp-organisaties. We organiseren binnenkort een bijeenkomst met zzp'ers en zorgverzekeraars om hier meer duidelijkheid over te krijgen, zodat er meer duidelijkheid aan de verzekeraars en de zzp'ers kan worden geboden over de zorginkoop voor 2016.

Op 1 januari treedt de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in werking. Daarin staat een nieuwe aanpak ten aanzien van de klachten en geschillen. De komende tijd wordt in het gehele land aandacht besteed aan de nieuwe procedure. Daarnaast is er de bestaande klachten- en geschillenregeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Als het nodig is, brengen we de regeling nog eens nadrukkelijk onder de aandacht van de desbetreffende groepen, maar ik heb niet de indruk dat er te weinig gebruik van wordt gemaakt.

Mevrouw Wolbert vroeg hoe het in de huidige en nieuwe bekostiging zit met de preventie en de signaleringsfunctie. De huidige prestatie «wijkgericht werken», of de huidige S1 in het jargon, maakt het mogelijk dat de wijkverpleegkundige aandacht kan besteden aan activiteiten die niet direct zijn toe te wijzen, zoals preventie en deelname aan het sociale wijkteam en verbinding met andere collega-professionals. Het is belangrijk dat deze activiteiten ook in de nieuwe bekostiging worden geborgd. Ik zeg mevrouw Wolbert graag toe dat de activiteiten expliciet een rol krijgen in de nieuwe bekostiging, op welke wijze dan ook.

De heer Rutte vroeg of er niet breder moet worden gekeken naar de budgetdruk, dus niet alleen naar de Zvw, maar ook naar de gemeenten en de Wlz. Ik denk dat hij hier een punt heeft. Zeker naarmate de tijd vordert, moet goed worden bekeken of de inspanningen op het gebied van de wijkverpleegkundige zorg gevolgen hebben voor de preventieve zorg bij de gemeenten en de zwaardere zorg in de Wlz. Ik denk dat het goed is om de komende tijd regelmatig samen naar de ontwikkeling van de vraag en de budgetten te kijken. Misschien moeten we over enige tijd constateren dat er wellicht tussen de grenzen en budgetten moet worden geschoven. Dit is een terecht punt. Het vormt de inzet voor het overleg tussen de gemeenten en de verzekeraars. Ik houd in de gaten hoe de budgetten zich verder ontwikkelen.

Hiermee heb ik alle vragen beantwoord.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik heb gevraagd of de Staatssecretaris wil toezeggen dat een oudere mevrouw van 85 jaar die alleen hulp bij het douchen nodig heeft, die hulp ook krijgt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb ook een openstaande vraag. Ik heb mijn zorgen uitgesproken over de positie van de wijkverpleegkundigen in alle organisaties waar de druk toeneemt. Ik vroeg de Staatssecretaris hierop te reageren.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik heb ook nog gevraagd welke juridische instrumenten de Staatssecretaris heeft om ervoor te zorgen dat de zorgverzekeraars doen wat hij van waarde acht en belangrijk vindt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb vrij uitgebreid stilgestaan bij de reactie op het verzoek van mevrouw Keijzer over de compensatie voor langer thuis wonen. De Staatssecretaris gaf eigenlijk een herhaling van wat hij in de brief heeft geschreven, terwijl ik toch een heel uitgebreide exercitie heb gedaan. Het is heel jammer dat dit gewoon wordt genegeerd.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Mevrouw Keijzer vroeg of iemand die alleen hulp bij het douchen nodig heeft, ondersteuning kan krijgen. Ik zou niet weten waarom niet.

Daarnaast vroeg zij welk juridisch instrumentarium er is ten aanzien van de zorgverzekeraars. Ik heb aangegeven dat de zorgplicht er niet voor niets is. Die is geïnstrumenteerd. De NZa let erop of de zorgverzekeraars de zorgplicht nakomen. Er wordt voldoende zorg voor de afgesproken kwaliteit gecontracteerd. De zorginkoop vindt vaak plaats via richtlijnen die door de beroepsgroepen zijn vastgesteld, hetgeen een belangrijk hulpmiddel is bij het toezicht op de zorgplicht. Daarom ben ik bezig om voor de wijkverpleging tot een adequate richtlijnenontwikkeling te komen. De kwaliteit van de wijkverpleging moet een goede basis krijgen, niet alleen op basis van de huidige ervaringen, maar ook vanuit de beroepsgroep. Er moet een basiskwaliteit zijn en er moet ontwikkeling van die kwaliteit plaatsvinden. Als een zorgverzekeraar zich niet aan de zorgplicht houdt, wordt die aangesproken door de NZa. Hierop kunnen aanwijzingen en boetes volgen.

Mevrouw Wolbert vroeg naar de positie van de wijkverpleegkundige. Dat is een zeer belangrijk punt. Bij alle moeilijke discussies over de wijkverpleging, de budgetten en mogelijke veranderingen staan bij mij twee zaken voorop als speerpunten van de wijkverpleegkundige zorg. Ten eerste moeten mensen die wijkverpleegkundige zorg nodig hebben, die zorg krijgen. De zorgplicht is een belangrijk speerpunt. Ten tweede wil ik dat de wijkverpleegkundige de ruimte krijgt en houdt om ervoor te zorgen dat er wordt geïndiceerd op een door de professional gewenste manier en dat de daarbij passende zorg wordt verleend. De discussies mogen er niet toe leiden dat de ruimte of de arbeidsmarktpositie van de wijkverpleegkundige daaronder lijden. Het is voor mij een belangrijk speerpunt om te toetsen of dit goed gaat. Ik zeg mevrouw Wolbert toe dat de positie van de wijkverpleegkundige overeind moet blijven bij alle stappen die we zetten, of het nu om de bekostiging gaat, om de toezegging op de zorgplicht of om het verloop van de contracteringen. De positie van de wijkverpleegkundige is helder.

Mevrouw Agema had een vraag over de budgetten. Bij het vaststellen van de verdeling van de budgetten in de Wmo, de Zvw en de Wlz is rekening gehouden met veronderstellingen rondom de extramuralisering. In 2015 is op grond van de realisatiecijfers circa 85 miljoen euro toegevoegd. In 2016 is het budget door de extramuralisering, maar ook door andere factoren zoals de intensivering, per saldo 180 miljoen euro hoger. Er is dus zo goed mogelijk rekening gehouden met de extramuralisering, hetgeen niet wegneemt dat we elk jaar aan de hand van de realisatiecijfers moeten bekijken of er aanleiding is tot verdere verschuivingen. Dat zullen we, net als anders, jaarlijks doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Daarover heb ik juist een vraag gesteld. Het is moeilijk te begrijpen. We hebben straks een nieuw makro-kader van 3,3 miljard euro, terwijl we eerst 4,1 miljard euro hadden. Er is 800 miljoen euro vanaf. Ik zie die eerdere compensatie niet. Ik heb in de stukken van de Wlz wel iets gelezen over 430 miljoen euro en ik heb iets gelezen over de 80 miljoen euro voor dit jaar, maar het is bij lange na geen compensatie voor de meer dan 60.000 verzorgingshuisplekken die in drie jaar tijd verdwijnen.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik kan een poging doen om het verder te verduidelijken. Bij de vaststelling van de budgetten, onder andere voor de wijkverpleegkundige zorg, is rekening gehouden met de extramuralisering. De basis is 75 miljoen euro in 2015 en 175 miljoen euro in 2016. Vervolgens is op grond van de realisatiecijfers geconcludeerd dat er nog wat geld bij moet: 85 miljoen euro in 2015. In 2016 is het budget per saldo 180 miljoen euro hoger. Op die wijze is de extramuralisering zowel in het verleden als in de toekomst vertaald in het budget. Feit blijft dat we elk jaar bekijken hoe het budgettaire kader zich verhoudt tot de realisatiecijfers.

De **voorzitter**: Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn. Er is behoefte aan een tweede termijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Ik heb zojuist al aangekondigd dat ik een motie indien om de knip in de intensieve kindzorg ongedaan te maken, want ik ben niet tevreden met het antwoord. Ik ben ook niet zo blij met de manier waarop de Staatssecretaris de patiëntenstops benadert. Ik hoor woorden als zorgplicht en vervolgens heel veel bedrijfseconomische termen. Ik vraag me echter af hoe het straks gaat, want ik voorzie verschillende patiëntenstops. Dan kan de Staatssecretaris praten als Brugman, maar dan gaat er iets niet goed in het systeem dat is gekozen door de Staatssecretaris en een meerderheid van de Kamer, zonder het CDA. Ik ben ontzettend blij met de toezegging van de Staatssecretaris dat de hulp die iemand alleen bij het douchen nodig heeft, onder persoonlijke verzorging valt en daarmee onder de wijkverpleging. Mocht dit op enig moment anders zijn, dan weet ik de Staatssecretaris te vinden. Ik zie de realisatiecijfers tegemoet van het eerste, tweede en derde kwartaal, zodat we die kunnen beoordelen.

De **voorzitter**: Volgens mij heeft de Staatssecretaris het eerste en het tweede kwartaal toegezegd en komt het derde kwartaal op een later moment.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ja, maar nu gaat het niet lekker. Het derde kwartaal gaat over juli, augustus en september. Die cijfers moet ik eind oktober, op tijd voor de begrotingsbehandeling, kunnen hebben.

De **voorzitter**: De Staatssecretaris gaat hierop in in zijn tweede termijn. De knip tussen de kwartalen was in eerste termijn reeds aangebracht. Het leek mij goed om dat te melden.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Het lijkt mij helemaal niet goed om dat te melden, want we hebben die cijfers nodig.

De **voorzitter**: Ik snap uw vraag. De Staatssecretaris gaat er in zijn beantwoording op in. U koppelde drie dingen aan elkaar. Daar wilde ik op wijzen.

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb twee vragen, die ik in twee termijnen stel. De eerste vraag gaat over de wachtlijsten en aanverwante zaken. Het gaat

volgens het CDA allemaal niet goed. Wachtlijsten zijn ook niet leuk. Mevrouw Keijzer heeft het over vage termen over de zorgplicht. Hoeveel extra geld maakt het CDA vrij voor de wijkverpleegkundige zorg?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik heb al eerder bij interruptie gezegd dat dit onderwerp aan de orde komt bij de begrotingsbehandeling en dat het CDA dan met voorstellen komt. Ik heb daarvoor uiteraard wel de cijfers nodig. Ik weet dat de VVD goed is in de bedrijfseconomische kant van zaken. Het is echter ook wel eens interessant om het niet alleen daarover te hebben, maar ook eens te spreken over alle bezwaren die het CDA over de keuzes in het systeem aan de orde heeft gesteld en over de effecten voor de mensen die het betreft. Ik krijg e-mails van mensen dat ze van drie keer douchen naar twee keer douchen in de week gaan. We kunnen bekijken wie het scherpst op de centen is, maar het CDA vindt dat het ook om die andere zaken gaat. Geen zorgen, het CDA komt bij de begrotingsbehandeling met een voorstel.

De heer **Rutte** (VVD): Dan ben ik heel erg benieuwd, want het afgelopen jaar heeft het CDA in de begrotingen nooit een extra cent vrijgemaakt voor dit soort zaken. Het is nieuws om dat te zien, maar de VVD beziet het met veel interesse.

Mijn tweede vraag gaat over de realisatiecijfers. Mevrouw Keijzer wil van de zorgverzekeraars de realisatiecijfers hebben over de wijkverpleegkundige zorg. Is zij net zo geïnteresseerd in alle realisatiecijfers op het gebied van de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg, de apothekerszorg en noem maar op? Gaat ze die ook gezellig met de fractie bestuderen en daarvoor maatregelen nemen? Of is ze toevallig alleen in de wijkverpleegkundige zorg geïnteresseerd?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Vandaag wel, want daar zitten we hier voor. Ik zal de tegenbegrotingen van vorige jaren aan de VVD-fractie opsturen. Jammer dat de heer Rutte die niet heeft gelezen. Dat had misschien geleid tot betere voorstellen.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. De conclusie van vandaag is dat de Staatssecretaris geen verantwoordelijkheid wil nemen voor de patiëntenstops. Als je ernaar vraagt, krijg je een riedel over de zorgplicht die alles als sneeuw voor de zon zou moeten oplossen. De SP vindt dat een heel lakse houding en had liever gezien dat de Staatssecretaris niet op zijn handen ging zitten, maar wat zou doen. De SP is ook niet enthousiast over het experiment van Achmea. De SP gaat hierover moties indienen in het VAO dat mevrouw Keijzer heeft aangevraagd. Tot slot hoop ik dat we met de PvdA-fractie de marktwerking uit de wijkverpleging kunnen slopen, zoals ze dat op 9 oktober jongstleden op haar website heeft gezet, want van de Staatssecretaris hoeven we dat in elk geval niet te verwachten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Even terzijde: dan zou de SP vooral het experiment van Achmea moeten ondersteunen. Voorzitter. Ik dank de Staatssecretaris voor de antwoorden in eerste termijn. Ik wil de ruimte nemen om het te hebben over de nieuwe bekostigingsstructuur vanaf 2017, want daar zijn we bijna niet aan toegekomen. Het is een van de belangrijkste redenen waarom de PvdA de hoorzitting heeft aangevraagd. De Staatssecretaris zegt dat er zo snel mogelijk goede standaarden en richtlijnen moeten komen, zodat het classificatiesysteem daarmee als het ware kan worden geladen. ZN zegt echter dat hierin een achterstand wordt opgelopen. Ik maak mij daar zorgen over, want de PvdA wil zo snel mogelijk naar één of enkele tarieven en wil af van de huidige tariefkerstboom. Wat is de stand van zaken? Haalt de Staatssecretaris de planning? Kan hij de Kamer hierover gedetailleerder op de hoogte stellen?

Ik ben blij dat de Staatssecretaris nauwgezet blijft volgen dat ook kleine, specialistische zorgdelen worden ingekocht als het gaat om de verpleegkundige zorg. Ik hoor van de Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (KBO) en van V&VN dat gespecialiseerde verpleegkundigen worden ontslagen of te weinig worden ingekocht. Ik hoor dit ook in mijn directe kennissenkring. Ik wil weten wat er aan de hand is. Is het een rare, verkapte soort bezuiniging bij de aanbieders? Het lijkt mij een heel slechte ontwikkeling. Kan de Staatssecretaris hierop reageren?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Door de budgetplafonds zijn er cliëntenstops en worden cliënten naar andere instellingen geleid. Dat is geen ideale situatie. Ik heb het element van de persoonsvolgende bekostiging genoemd. Ik snap dat daar veel kanttekeningen bij te plaatsen zijn, maar het geld moet op de een of andere manier terechtkomen op de plek waar mensen zorg nodig hebben. Dat is heel essentieel, dus er zal op de een of andere manier flexibiliteit in het systeem moeten worden ingebouwd.

Het is mooi dat er extra geld is voor de wijkverpleging en extramuralisering, maar er is ook sprake van tariefkortingen. Kan de Staatssecretaris daarop reageren? De wijkverpleging in de bewoonde gebieden en in de nacht- en weekenduren staat erg onder druk, ook door die tariefkortingen. Dat gaat dus nog niet goed. Wie gaat hierop actie ondernemen? Doen de zorgverzekeraars dat voldoende? We wachten voor de bijstellingen op de realisatiecijfers van begin 2016. Kunnen we wel zo lang wachten? Er is op dit moment immers heel veel onrust in het land. Hoe gaan we die onrust wegnemen? In het experiment van Achmea komt de keuzevrijheid onder druk te staan. De kleinere zorginstellingen komen er moeilijk tussen en hebben onvoldoende plekken in het zorgaanbod. Er wordt gewerkt met een voorkeursaanbieder. Als oudere moet je denk ik heel sterk in je schoenen staan om voorbij te gaan aan de voorkeur van de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Vindt de ChristenUnie het achteraf gezien verstandig dat de wijkverpleging is overgeheveld naar de zorgverzekeraars? Doordat we dat hebben gedaan, gaan we er eigenlijk niet meer over en zitten we nu met de gebakken peren. Is de ChristenUnie-fractie met het CDA van mening dat dit kan leiden tot een grote hoeveelheid fusies, waardoor de zorginstellingen straks too big to fail zijn?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Bij de hervorming van de zorg is het uitgangspunt dat we de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen willen organiseren. Aanvankelijk was er sprake van overheveling van verpleging en verzorging naar de gemeenten. Dan zou het geen verzekerd recht meer zijn. Daar hebben de cliëntenorganisaties en de zorginstellingen zich massaal tegen verweerd. De Kamer wilde dat het een verzekerd recht zou blijven en daarom is Kamerbreed afgesproken dat het een plek zou krijgen binnen de Zvw.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat laatste klopt niet, want het CDA was tegen. Mijn vraag was of het achteraf gezien verstandig is geweest. De wijkverpleging is geprivatiseerd, dus alle woorden van zorg die mevrouw Dik-Faber hier uitsprekt en die ik voor een groot gedeelte volg, zijn inherent aan de keuze die is gemaakt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Er was binnen de Wlz sprake van veel institutionalisering en van een eigen bijdrage, dus er waren echt wel goede argumenten om de wijkverpleging bij de zorgverzekeraars onder te brengen. Ik wil een kanttekening plaatsen bij de opmerking van het CDA dat we het helemaal hebben geprivatiseerd. De zorgverzekeraars hebben inderdaad een grote mate van vrijheid, zeker als het gaat om de aanvul-

lende verzekering. Maar de politiek is er nog altijd om spelregels op te stellen voor alles wat binnen het basispakket wordt georganiseerd. De wijkverpleging hoort daar ook bij. We spreken binnenkort onder andere over het pgb in de Zvw. De zorgverzekeraars moeten zich aan de spelregels houden. Ik vraag de Staatssecretaris in dit debat continu om het niet over te laten aan het spel tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, maar om daarin als stelselverantwoordelijke zijn verantwoordelijkheid te nemen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Tijdens zo'n debat als dit vraag ik mij altijd af of ik niet goed kijk of dat ik het niet goed zie, want tot nu toe is mijn ervaring met de wijkverpleegkundige zorg en de dingen die ik in Nederland hoor, dat dit eigenlijk best goed gaat. De zorg is van hoog niveau. Wijkverpleegkundigen hebben voor een groot deel hun vak terug, waar ze heel blij mee zijn. We hebben dus echt enorme stappen vooruitgezet. De VVD erkent dat we er nog niet zijn. Dat erkent de Staatssecretaris ook. Er moeten nog dingen worden verbeterd. We willen de bekostiging beter hebben. Mevrouw Agema pleit voor één prijs. Daar is de VVD niet op tegen. Er lijkt her en der enige nuance nodig, maar het basisidee is niet verkeerd. We zijn het dus over een heleboel dingen eens, maar ondanks dat hebben we weer een heel kribbig debat met het beeld alsof er helemaal niets van deugt. Ik vind dat een slecht signaal naar Nederland, en ik vind het een onterecht signaal. Ik wil dat hier expliciet uitspreken.

Het neemt niet weg dat de VVD ervoor staat als er dingen beter moeten. Ik ben heel blij met de toezegging van de Staatssecretaris dat hij de ontwikkeling in de Wlz en binnen gemeenten goed volgt. Vindt er aan de onderkant verkeerde verdringing plaats? Gebeuren er aan de bovenkant misschien dingen die heel goed zijn? Dat is belangrijk voor de beoordeling van de budgettaire kaders voor de komende jaren. Voor de rest hoop ik dat de partijen de ingewikkelde weging van belangen die zorg in zich houdt breder willen bezien, bijvoorbeeld door de pilot van Achmea in Utrecht te volgen. Niet omdat het Achmea is, niet omdat het Utrecht is, maar omdat in de pilot dingen gebeuren in het belang van de zorg voor mensen. Het is interessant om dit goed te volgen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik kan de heer Rutte wel iets uitleggen over de kribbigheid in dit debat. De Staatssecretaris geeft bijvoorbeeld een heel technocratisch antwoord over de patiëntenstops. Hij heeft het erover dat de ene aanbieder nog ruimte heeft en de andere niet. Daarmee raakt hij sowieso aan de keuzevrijheid, iets wat de VVD heel erg belangrijk vindt. De Staatssecretaris zegt ook dat hij de realisatiecijfers over 2015 afwacht en daarna bekijkt of de budgetten toereikend waren. Ik wil de heer Rutte en de Staatssecretaris erop wijzen dat de overproductie vorig jaar niet werd betaald. Daar zit de kribbigheid en daar zitten de zorgen, nu de kortingen op de budgetten heel groot zijn.

Over het punt van de bekostiging wil ik meegeven dat vier producten hetzelfde is als veertien producten. Het vraagt namelijk om exact dezelfde hoeveelheid administratieve handelingen. Natuurlijk is het foutpercentage wat verbeterd, maar dat is 1% of 2% minder handelingen. Daarom moet er één product voor één prijs met één doorlooptijd zijn. Daarnaast wil ik erop wijzen dat een organisatie als Buurtzorg Nederland de zware gevallen niet de deur wijst.

De Staatssecretaris legde het punt over de compensatie van langer thuis wonen vrij uitgebreid uit. Hij sprak over twee keer 80 miljoen euro. Ik vind sommetjes maken leuk. Ik vind het leuk om mijn controlerende taak als Kamerlid ook op dat terrein uit te oefenen, maar ik kom er gewoon niet uit. Ik heb cijfers van de NZa, ik heb cijfers uit de begroting en ik heb cijfers uit de beantwoording van het Ministerie van VWS. Daaruit blijkt dat als 60.000 mensen niet meer in een verzorgingshuis wonen, we op het

zorgdeel, dus niet op het woondeel, 1,6 miljard euro uitsparen. Dat is zo'n € 27.000 per persoon. Als de Staatssecretaris vervolgens 80 miljoen euro heeft voor al die mensen, dan is dat dus € 1.300 per persoon. Dan heeft de Staatssecretaris nog eens 80 miljoen euro en hebben we twee keer € 1.300. Deze € 2.600 is ongeveer 10% van het bedrag, oftewel 10% van € 27.000. Die cijfers zitten me niet lekker. Als we in de verzorgingshuizen 1,6 miljard euro uitsparen op de zorgcomponent, moeten we geld uitgeven aan de groep mensen die er in de wijkverpleging en de wijkzorgverzorging niet meer uitkomen. Het blijkt wel dat dit niet 10% is. Dit blijft dus een dingetje. Ik wil hier graag meer over weten, want dat is ook een deel van onze taak.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Voorzitter. Ik probeer de vragen kort te beantwoorden. Ik neem er kennis van dat mevrouw Keijzer zegt dat de begeleiding naar de Zvw moet, althans dat deel dat bij de gemeente zit. Ik begrijp dat zij hierover een motie wil indienen. Die wacht ik af. Mevrouw Keijzer noemde het punt van de bedrijfseconomische termen. Er is helemaal niets bedrijfseconomisch aan de zorgplicht. Wij vinden de wijkverpleegkundige zorg nu en in de toekomst zo belangrijk, dat er een paar dingen geregeld moeten zijn. Ten eerste moet iedereen die behoefte heeft aan wijkverpleegkundige zorg, die krijgen. Er moet dus een recht in de Zvw zitten. Ten tweede moeten we de wijkverpleegkundige zijn of haar vak weer teruggeven. Zij moeten zelf kunnen indiceren en kunnen bepalen wat goed is in de situatie die zij aantreffen. Ten derde moet de bekostiging zodanig zijn dat het vertrouwen in de professional in de bekostiging zit. Als de professional minder administratieve lasten en registratielasten heeft, is daar geen bedrijfseconomische koeterwaals aan. Het is een enorme impuls, ook kwalitatief, voor de wijkverpleegkundige zorg en een speerpunt in de zorg zoals we die in Nederland gaan kennen. De zorg thuis is van goede kwaliteit, voor iedereen die dat nodig heeft. De professionals krijgen de ruimte om goede zorg te verlenen. Daar is niets bedrijfseconomisch aan. Daar sta ik volledig achter. De Kamer krijgt de realisatiecijfers zoals wij ze hebben. Ik wijs mevrouw Keijzer erop dat de declaraties, zoals altijd en in alle delen van de zorg, zeer ver achterlopen bij het moment waarvoor ze worden ingediend. Dat is een van de problemen. Ik wil op basis van solide cijfers bekijken wat de werkelijkheid is. De declaraties die gespreid in de tijd binnenkomen, lopen ook naar mijn smaak altijd veel te veel achter, maar we moeten het ermee doen. Mevrouw Siderius bereidt een motie voor over de pilot. Er wordt zeer actief gekeken naar de budgetten en de zorgplicht en de manier waarop we dat volgen. Ik wil haar voorhouden dat het in het onderhandelingsproces tussen de partijen, dat soms goed gaat en soms niet, niet wijs is om op een te vroeg tijdstip verkeerde maatregelen te nemen. We hebben afgesproken dat er een zorgplicht is en dat er zodanig moet worden gecontracteerd dat iedereen zorg krijgt. Aan de hand van de realisatiecijfers merken we vervolgens of er onder- of overschrijdingen zijn. Bij overschrijdingen gaan we discussiëren over het budgettaire kader. Dat is dus niet te laat of te vroeg, maar precies zoals we het hebben afgesproken. Tussendoor volgen we goed wat er in de werkelijkheid gebeurt. Dat is geen passieve maar een heel actieve houding, gebaseerd op de bestaande afspraken.

Mevrouw Wolbert sprak over de classificatiesystemen. Er zijn natuurlijk al classificatiesystemen. Ik ben op zoek, en dat zeg ik ook richting mevrouw Agema, naar een zo eenvoudig mogelijk systeem. Mevrouw Agema heeft uiteraard gelijk dat er regie nodig is als er verschillende zorgvormen zijn en dat dit tot registratielast leidt. Daarom wil ik dit liever niet. Dat is precies het dilemma. We willen zo weinig mogelijk prestaties, het liefst één, maar er moet wel rekening worden gehouden met de verschillen in zorgzwaarte, die soms tot verschillen in prijs leiden. Buurtzorg Nederland en ook andere organisaties worden bekostigd met een uurtarief. Als we

daarvan af willen, moeten er keuzes worden gemaakt over de beste manier van bekostiging. Wij spreken daar nog over. Mevrouw Wolbert vroeg mij of we het halen. We moeten het halen. Het onderzoek loopt nu. Ik verwacht dat het aan het eind van het jaar is afgerond. Misschien is het goed dat ik actief toezeg dat ik de Kamer een aparte brief stuur aan de hand van het onderzoek rondom de bekostiging, vergezeld van mijn standpunt over de richting van de werkwijze. De Kamer kan dit bekijken en beoordelen of we op de goede weg zitten. Die toezegging wil ik graag doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Buurtzorg Nederland werkt met één tarief van € 58 en dus niet met verschillende tarieven en registraties. Ik wil de Staatssecretaris nog eens op het hart drukken dat Jos de Blok, de directeur van Buurtzorg Nederland, momenteel heel de wereld over reist om het concept aan de man te brengen. Ik stel voor dat de Staatssecretaris een borrel met hem gaat drinken. Het hoeft niet altijd allemaal zo serieus te zijn. Het CPB, zeg ik ook tegen de heer Rutte, heeft ons voor deze werkwijze in de begroting 800 miljoen euro gegeven.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik hoop nog steeds dat mevrouw Agema en ik in dezelfde richting denken voor de nieuwe bekostiging. Laten we daarover praten op het moment dat de voorstellen er liggen. Dan kan mevrouw Agema beoordelen of we tot een bekostiging komen die aansluit bij haar wensen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Daar hebben we nu toch dit debat over? We hebben al zes rapporten gezien over de bekostiging.

Staatssecretaris **Van Rijn**: We hebben afgesproken dat we in 2016 de pilots doen, dat we onderzoek doen naar de invulling van de nieuwe bekostiging en dat we die in 2017 willen invoeren. Ik heb mevrouw Wolbert zojuist toegezegd dat ik aan het eind van het jaar het onderzoeksrapport plus de beleidskeuzen die daarmee samenhangen aan de Kamer doe toekomen. Ik ben het met mevrouw Wolbert eens dat we de specialistische functies voor de wijkverpleegkundigen en de benodigde specialisaties voor 2016 goed borgen. Ik ben daarover in gesprek met de zorgverzekeraars. Daarbij gelden ook de afspraken die zijn gemaakt over het volgen. Ik beschouw de opmerkingen van mevrouw Wolbert als een aansporing om er bij de inkoop voor 2016 zeer scherp op te letten dat er op een goede manier wordt gecontracteerd. Ik houd daarbij de vinger strak aan de pols. Dat heb ik volgens mij al gezegd, maar dat wil ik bij dezen nog eens herhalen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Niemand kan goed duiden wat er precies aan de hand is. Ik denk dat het platte bezuinigingen zijn van zorgaanbieders, omdat de wijkverpleegkundigen heel dure krachten zijn. De zeer gespecialiseerde verpleegkundigen zijn eigenlijk de duurste verpleegkundigen. Misschien is het goed dat de Staatssecretaris met KBO en V&VN contact opneemt om te bekijken wat er precies aan de hand is. Ik zie het in mijn eigen vrienden- en kennissenkring. Daar duidt men het als het ontslaan van de dure krachten.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ik zeg mevrouw Wolbert toe dat ik met die twee organisaties in contact treed. Mevrouw Dik-Faber zei dat er enige flexibiliteit in het systeem zit. Dat vind ik ook. Sterker nog, die flexibiliteit zien we nu in zekere mate al. De zorgverzekeraars contracteren een bepaald budget per instelling. Naarmate het jaar vordert, ontstaat de discussie over de vraag of het budget wordt opgemaakt. De zorgverzekeraars bekijken vervolgens waar ruimte zit en gaan dan als het goed is in onderhandeling met de zorgaanbieders om te bekijken hoe ze tot nadere

afspraken kunnen komen en waar er moet worden bijgecontracteerd. Die flexibiliteit zit wel degelijk in het systeem. Geen enkel systeem is ideaal. Ook een ander systeem, zoals de persoonsvolgende bekostiging, kan tot vergelijkbare discussies leiden.

Er zijn een aantal opmerkingen gemaakt over de inkoop voor 2016. Dat moeten we voor een deel afwachten. De wegingen worden nu opgestart. Ik heb met de partijen afgesproken dat we niet alleen goed kijken naar wat er in 2015 is gebeurd, maar dat we de ervaringen van 2015 uiteraard ook meenemen bij de zorginkoop van 2016. Hierover spreken we zo nodig bij de Voorjaarsnota.

Er wordt kennelijk verschillend gedacht over Achmea. Ik wil erop wijzen dat in de pilot niet één maar meer voorkeursaanbieders meedoen. Iemand gaat in eerste instantie naar de voorkeursaanbieder. Wil iemand dat niet, dan kan hij naar andere gecontracteerde voorkeursaanbieders gaan. Als iemand dat nog niet goed vindt, kan hij naar niet-gecontracteerde aanbieders gaan. In die benadering zit een getrapte mogelijkheid dat iemand toch naar een aanbieder van zijn keuze kan gaan, ook al is die niet gecontracteerd. De cliënt die wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, vindt het volgens mij het belangrijkste dat hij of zij de wijkverpleegkundige krijgt die aan zijn of haar zorgbehoeften voldoet. De cliënt is minder geïnteresseerd in de zorgaanbieder die het betreft, maar vooral in de wijkverpleegkundige die hij of zij krijgt. Het is het allerbelangrijkste dat de cliënt de zorg krijgt die hij of zij wil.

De heer Rutte maakte een aantal opmerkingen over de pilot. Hij bevestigde dat we naar de belendende percelen moeten kijken, om het maar zo te zeggen, om te bekijken of er in de tijd verschil is en er of meer intensieve zorg of meer preventieve zorg nodig is. Daarom ga ik met de gemeenten, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren aan de slag om dit voor de komende periode heel scherp in de gaten te houden.

Mevrouw Agema had het over één prijs, één product en één doorlooptijd. Die ene doorlooptijd is niet helemaal waar. Er is een heel groot verschil in doorlooptijden, ook bij organisaties die op dezelfde wijze werken als Buurtzorg Nederland. Ik stel de belangstelling van mevrouw Agema voor de vraag hoe het precies zit met de extramuralisering op prijs. We zullen hierover bij de begrotingsbehandeling ongetwijfeld nog van gedachten wisselen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is een beetje jammer, want ik noem hetzelfde sommetje. Het zou fijn zijn als de Staatssecretaris op mijn som ingaat. Ik kan het ook in schriftelijke vragen formuleren. Ik vind dat een beetje flauw, maar dat zal ik dan maar doen. Ik hoop het antwoord wel voor de begrotingsbehandeling te krijgen en niet over zes weken. De crux zit hem juist in de doorlooptijd. Ik wijs nogmaals op de twee maatschappelijke businesscases over Buurtzorg Nederland. Dezelfde wijkverpleegkundige komt zowel voor de verpleegkundige handelingen als voor de verzorgende handelingen en de begeleidende handelingen. De doorlooptijd van één patiënt is bij deze werkwijze daarom veel korter dan gemiddeld.

Staatssecretaris **Van Rijn**: Als mevrouw Agema schriftelijke vragen stelt, doe ik mijn best om ze zo snel mogelijk te beantwoorden. Ik ben overigens ook bereid om zonder schriftelijke vragen apart met mevrouw Agema te praten over dit interessante vraagstuk.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Er is een vraag van mij blijven liggen. Hoe gaat het met de tariefkortingen? We hebben zojuist gehoord dat de specialistische wijkverpleging onder druk staat, net als de wijkverpleging in de dunbewoonde gebieden en in de nacht- en weekenduren. Gaat de Staatssecretaris hierover het gesprek aan met de zorgverzekeraars?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Ja. Het klinkt misschien een beetje flauw en ik benoem het vaak, maar specialistische wijkverpleging behoort tot de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg en de zorgplicht. Je kunt niet zeggen dat we geen specialistische wijkverpleging inkopen. Het moet worden gecontracteerd, want het is zorg die nodig is en waar mensen conform de wet recht op hebben. Ik blijf daarover in gesprek met de zorgverzekeraars. Er is toezicht op de vraag of dit in voldoende mate gebeurt. Daarover moeten afspraken worden gemaakt, waarop de NZa zal toezien.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Ik heb de volgende toezeggingen genoteerd.

- De Kamer ontvangt voor de begrotingsbehandeling de realisatiecijfers van de eerste twee kwartalen wijkverpleegkundige zorg en zo snel mogelijk ook de cijfers van het derde kwartaal.
- De Kamer ontvangt eind dit jaar naar aanleiding van het afgeronde onderzoek een brief over de nieuwe bekostiging voor 2017.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Zo snel mogelijk, maar ik hoop in elk geval minstens een dag of drie voor de begrotingsbehandeling. Anders heb ik er niets meer aan.

De **voorzitter**: Er was een knip gemaakt. De eerste twee kwartalen zijn gereed, als ik het goed heb begrepen. Dus die komen naar de Kamer. Het derde kwartaal komt zo snel mogelijk. Dat heb ik in eerste termijn gehoord. De Staatssecretaris bevestigt dit.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Krijg ik de cijfers over het derde kwartaal voor de begrotingsbehandeling?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Mevrouw Keijzer krijgt de cijfers zodra ik ze heb.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Wanneer is dat?

Staatssecretaris **Van Rijn**: Het derde kwartaal zal er voor de begrotingsbehandeling nog niet zijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Lekker zootje dan.

De **voorzitter**: We kunnen het niet mooier maken, vrees ik. De eerste twee kwartalen komen voor de begrotingsbehandeling en het liefst zo snel mogelijk. Er is een VAO aangekondigd door mevrouw ...

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ze zijn er dus echt niet? Het derde kwartaal is al afgelopen. Die cijfers moeten er toch zijn?

De **voorzitter**: We gaan het debat niet overdoen. U hebt deze vraag in de eerste en in de tweede termijn gesteld en ik heb tweemaal hetzelfde antwoord van de Staatssecretaris gehoord. Geen ontwijkend antwoord, maar het antwoord dat het derde kwartaal er niet is met een reden. Die ga ik niet herhalen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik wil nog één ding zeggen. Dat is vrij bijzonder, want alle zorginstellingen en zorgverzekeraars zijn wel in staat om aan te geven dat er overschrijdingen zijn.

De **voorzitter**: Waarvan akte. Dat is misschien een mooi punt om mee te nemen bij de begrotingsbehandeling. Mevrouw Keijzer heeft een VAO

aangevraagd. Wij geleiden dit verzoek door naar de plenaire Griffie met mevrouw Keijzer als eerste spreker. Ik dank de Staatssecretaris voor zijn beantwoording en inbreng in dit debat, net als de ambtelijke ondersteuning en de Kamerleden. Ik dank de mensen op de publieke tribune en de mensen die dit debat op een andere wijze hebben gevolgd voor hun belangstelling.

Sluiting 17.15 uur.