

Vergaderjaar 2015–2016

34 104

Langdurige zorg

Nr. 136

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 17 augustus 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 14 juni 2016 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 november 2015 inzake de halfjaarcijfers wijkverpleging in 2015 (Kamerstuk 34 300-XVI, nr. 17);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2015 met de reactie op het onderzoeksrapport «Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015–2019» (Kamerstuk 34 104, nr. 99);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2015 inzake inkoop specialistische zorg wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 679);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2016 ter aanbieding van het advies «Bekostiging wijkverpleging» (Kamerstuk 29 689, nr. 684);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2016 met de jaarcijfers Wijkverpleegkundige zorg 2015 (Kamerstuk 34 300-XVI, nr. 157);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 april 2016 met nadere informatie over de klachten- en geschillenprocedure in Zvw-pgb-zaken en de mogelijkheden om deze te versnellen (Kamerstuk 34 233, nr. 67);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juni 2016 inzake bekostiging wijkverpleging 2017 (Kamerstuk 34 104, nr. 128).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Van Toorenborg
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Dik-Faber, Keijzer, Leijten, Rutte, Van der Staaij, Van Toorenborg, Voortman en Wolbert,

en de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 16.05 uur.

De voorzitter:

Welkom in dit algemeen overleg over de wijkverpleging. De spreektijd is vier minuten per fractie. Ik zal twee hooguit drie interrupties toestaan. Ik zal dit niet te strikt hanteren, want als het heel spannend is, geef ik iets meer ruimte, maar anders komen we niet uit met de tijd. Ik weet dat hierna ook een debat is in de plenaire zaal over internationale aspecten van de volksgezondheid, dus ik streef ernaar dat het om 19.00 uur afgelopen is.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. De laatste brief van de Staatssecretaris voor dit algemeen overleg is ook de meest spannende brief, namelijk over de integrale bekostiging. Ik herken in deze brief ook wel de uitgangspunten die breed door de Kamer gedeeld worden. Het gaat niet om systemen maar om de mens die zorg en ondersteuning nodig heeft en om de wijkverpleegkundige als zorgprofessional, met vakinhoudelijke kennis en kunde. Vrij vertaald: minder papier en meer zorg.

Ik heb nog wel wat vragen bij de oplossingsrichting. De huidige vijf prestaties verpleging en verzorging worden teruggebracht tot één tarief. Dat klinkt goed, maar tegelijkertijd blijven allerlei uitzonderingen mogelijk, bijvoorbeeld voor de Medisch-Specialistische Verpleging in de Thuisituatie. Dat geldt ook als zorgverzekeraars en zorgaanbieders er niet samen uitkomen en voor niet-gecontracteerde zorg. Ook de pgb-tarieven blijven erbuiten. Vanuit het perspectief van de budgethouder valt daar veel voor te zeggen, maar het zijn wel weer uitzonderingen. Kortom, één tarief klinkt heel doortastend, maar blijven er niet te veel systemen naast elkaar bestaan? Hoe voorkomen we dat met het oog op de kosten verzorging wordt ingezet waar verpleging nodig is of dat er juist veel verpleging wordt ingezet waar verzorging nodig is, wat de kosten opdrijft?

Als ik naar de toekomst kijk, negeert de Staatssecretaris het advies van Gupta over drie weepakketten, op basis van ingezette uren zorg en deskundigheidsniveau. De Staatssecretaris kiest voor één tarief en wil zorgprofielen introduceren. Maar wat is het verschil tussen de huidige prestaties verpleging en verzorging en de toekomstige zorgprofielen? Het lijkt erop dat we van vijf naar één gaan of naar zeg het maar. In de Wlz willen we juist een maatwerkprofiel. Hoe voorkomen we dat dit weer veel administratief gezeur oplevert?

De prestatie wijkgericht werken vervalt, maar natuurlijk moeten die kosten wel gedeclareerd kunnen worden. Kan de Staatssecretaris toezeggen dat door de nieuwe werkwijze de samenwerking met de gemeenten op het gebied van preventie niet verder onder druk worden gezet, net als de bekostiging daarvan, die nu ook al vaak niet goed gaat?

Intussen laat de Staatssecretaris toe dat het aanbod in de wijkverpleging verschaalt. De Kamer heeft al talloze malen gesproken over het belang van de casemanagers dementie. Daarover zijn ook moties aangenomen. Verzekeraars kiezen voor goedkopere generalistische hulp en gespecialiseerde casemanagers dementie worden wegbezuinigd. In Friesland wil de zorgverzekeraar geen casemanagement dementie vergoeden voor

cliënten die geen thuiszorgindicatie hebben. Vooral jongere mensen met dementie komen hierdoor in problemen, omdat zij lichamelijk vitaal zijn en er bij hen geen thuiszorg komt.

En dan zijn er de pilots van Zilveren Kruis, in onder meer Zwolle, waarbij de zorgverzekeraar één zorgaanbieder per wijk contracteert. Dat is efficiënt voor de zorgverzekeraar, maar ik kan er heel veel kritische kanttekeningen bij plaatsen. De keuzevrijheid van mensen staat onder druk. En wat als de aanbieder geen specialistische zorg kan leveren? Hoe wordt dan de toegang tot specialistische zorg geregeld? Ik denk ook aan palliatieve zorg. Gemeenten kiezen graag voor lokale of regionale zorgaanbieders en als er geen goede match is met de keuze van de zorgverzekeraars, kan het samenhangend zorgaanbod onder druk komen te staan. Mijn vraag aan de Staatssecretaris is wanneer deze pilots geëvalueerd en hopelijk gestopt worden en wie bij de evaluatie de belangen van de verzekerden borgt.

Een breed gedragen zorg – om niet te zeggen: frustratie – betreft het bestaan van omzetplafonds. Ik snap dat omzetplafonds een functie kunnen hebben in het beheersen van zorgkosten, maar het wringt wel met de keuzevrijheid van cliënten. Verzekerden voor wie zorg geïndiceerd wordt, moeten die zorg ook geleverd krijgen. Uit de jaarcijfers blijkt dat er in 2015 een overschrijding was. Deze is relatief gering, maar het kabinet verwacht ook dat er meer vraag zal komen naar wijkverpleging. Bovendien stevenen we af op een tekort van 1.000 wijkverpleegkundigen. Gaat de Staatssecretaris alles op alles zetten om hierin te voorzien, zowel financieel als qua menskracht?

Mede naar aanleiding van mijn motie blijkt dat de doorlooptijd voor bemiddeling en geschillenbeslechting bij de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) met de helft kan worden teruggebracht en dat zorgverzekeraars betalen voor de extra formatie die daarvoor nodig is. Ik ben blij met dat resultaat. Dank daarvoor.

Tot slot. Gisteravond was ik bij een bijeenkomst over voeding in de zorg. De rode draad was dat voeding veel meer prioriteit moet krijgen in opleiding en beroepspraktijk. Wijkverpleegkundigen mogen echter niet indiceren op ondervoeding. Geen indicatie betekent dat er geen zorg kan worden geleverd. Dit lijkt mij juist heel nodig, nu ook de Stuurgroep Ondervoeding instrumenten ontwikkelt voor de eerstelijnszorg om ondervoeding bij thuiswonende ouderen te signaleren en aan te pakken. Ik hoor hierop graag een reactie van de Staatssecretaris.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. We kregen afgelopen week een brief van de Staatssecretaris over de bekostiging van de wijkverpleging in 2017. De Staatssecretaris wil de verpleegkundigen hun vak teruggeven en de administratieve lasten in de sector laten afnemen. Deze uitgangspunten onderstreept de CDA-fractie. De Staatssecretaris heeft mij in vele algemeen overleggen horen aangeven dat de zorg met minder regels af moet. Ben ik blij met de brief die hier voorligt? Dat weet ik eigenlijk niet. Ik heb voorgesteld om dit algemeen overleg uit te stellen, zodat we ons wat meer kunnen verdiepen in de consequenties van dit voorstel. Daar was helaas geen meerderheid voor. Daarom zal ik vandaag een flink aantal vragen stellen om helderheid te krijgen, want het gaat nogal ergens over: de financiële toekomst van de wijkverpleging.

Het eerste punt is dat er in 2019 een nieuw bekostigingssysteem komt op basis van zorgprofielen. Waarom wordt er nu voor 2017 voor één gemiddeld geïntegreerd tarief gekozen? Waarom wordt de tijd tot 2019 niet gebruikt om dit verder te ontwikkelen? Nu moeten er verschillende trajecten naast elkaar gaan lopen: het tijdelijke systeem, totdat we in 2019 rond zijn, en het oude systeem, omdat dat ook voor andere wetten geldt. De brancheorganisaties ActiZ, ANBO, NPCF en Leder(in) roepen ertoe op om het uit te stellen en het niet in een keer allemaal in te voeren. Kan de

Staatssecretaris toelichten waarom hij deze oproep van het veld naast zich neerlegt? Is hij niet bang dat instellingen bij een gemiddeld geïntegreerd tarief het werk meer laten doen door verzorgenden dan door verpleegkundigen? Dat is immers aantrekkelijker?

Op grond van de Wet langdurige zorg dient nog steeds apart gedeclareerd te worden voor verpleging en verzorging. Als er straks twee systemen naast elkaar nodig blijven, leidt dat toch tot extra administratieve lasten? Of niet? Wat zie ik niet dat de Staatssecretaris misschien wel ziet?

Het blijft ook mogelijk om afspraken te maken op basis van de huidige prestaties en maximumtarieven. De huidige bekostigingsstructuur blijft bestaan. Deze is ook bedoeld voor niet-gecontracteerde zorg, zoals het persoonsgebonden budget. Ook hier is de vraag of dat niet leidt tot meer administratieve lasten. Hoe zit het met specialistische wijkverpleging, zoals intensieve kindzorg, nachtzorg of palliatieve zorg? Hoe passen die straks in een geïntegreerd tarief? Komt er niet een soort risicoselectie, waarbij organisaties kiezen voor de makkelijkere, goedkopere variant? De Staatssecretaris meldt in zijn brief dat er een aparte prestatie ketenzorg dementie met een vrij tarief komt. Wordt die ook in 2017 ingevoerd? Hoe verhoudt dat zich tot het geïntegreerde tarief?

Ten slotte heb ik nog twee laatste puntjes. De CDA-fractie maakt zich zorgen over het aantal beschikbare verpleegkundigen. Voor 2016 is er een tekort van maar liefst 1.000 verpleegkundigen geraamd en dat loopt op tot 2019. We kunnen hier wel spreken over tarieven voor wijkverpleegkundigen, maar hoe gaat dat straks als deze er niet zijn? Wat doet de Staatssecretaris daaraan?

Het macrobeheersinstrument (MBI) wordt niet ingezet, want de overschrijding wordt binnen het budgetkader opgevangen. Toch horen wij van zorgverzekeraars dat bij individuele zorgaanbieders die een overschrijding hebben bij het budget voor wijkverpleging geld wordt teruggehaald. Dat is een soort macrobeheersinstrument per zorgverzekeraar. Het wordt opbrengstverrekening genoemd, maar kun je dat zo zien? Ik hoor graag een uitleg van de Staatssecretaris hoe dit zit en of zorgverzekeraars dit mogen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Wijkverpleegkundigen zijn een belangrijke spil in het web van de zorg in de buurt. Zij zijn een vereiste voor mensen die zorg nodig hebben en langer thuis willen blijven wonen. Wijkverpleegkundigen werken op het raakvlak van de verschillende zorgwetten en moeten de zorg afstemmen op de Wmo of de Wet langdurige zorg. Daarom moeten zij ook goed met de gemeente kunnen samenwerken. De ervaring van wijkverpleegkundigen moet mee kunnen wegen bij de toekenning van voorzieningen door gemeenten. Het signaal van V&VN dat wijkverpleegkundigen de werkdruk zien toenemen en taken overnemen die eigenlijk niet bij hen horen, baart mijn fractie zorgen. GroenLinks ziet de zorg aan huis als teamwork, maar ieder moet zijn taken wel goed kunnen uitvoeren. Ik hoor hierop graag een reactie van de Staatssecretaris.

Hetzelfde lijkt te gelden voor de problemen met casemanagers dementie. Goede dementiezorg hoort goed in het wijkteam geborgd te zijn en niet zomaar bij wijkverpleegkundigen op het bordje gegooid te worden. Wat doet de Staatssecretaris om hiervoor concrete oplossingen af te dwingen? Wijkverpleegkundigen moeten zo zelfstandig mogelijk kunnen werken. Daarom past terughoudendheid bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten aanzien van de verantwoordingseisen. Tijd die aan administratie moet worden besteed, kan niet aan zorg worden besteed. Afvinklijstjes, tijdregistratie tot op de seconde en verantwoording op afgelegde meters vormen wat GroenLinks betreft onnodige administratieve belasting. Een wijkverpleegkundige die vertrouwen en ruimte krijgt, kan haar werk beter doen. Er komt waarschijnlijk per 1 januari 2017 een geïntegreerd tarief. Dat draagt hopelijk bij aan een beperking van de administratieve lasten,

maar er moet ook blijvend aandacht zijn voor de lastendruk, vooral van de zorgverzekeraars.

GroenLinks vindt het zorgelijk dat het tekort aan wijkverpleegkundigen het afgelopen jaar is toegenomen. Als wij willen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, dan zullen we daarvoor genoeg professionals moeten kunnen inzetten. Dan kom je er niet met alleen het verbeteren van het imago van de wijkverpleegkundigen, om studenten te verleiden om voor de richting wijkverpleegkundige te kiezen. Dan moet je er echt voor zorgen dat het werk zelf interessant is, niet alleen van de buitenkant. Daar moet aandacht voor blijven. Het imago van wijkverpleegkundigen verbeter je alleen als de mensen dat werk met zo veel mogelijk vrijheid en plezier kunnen doen. We moeten dus zorgen voor zo min mogelijk bureaucratie en zo veel mogelijk vrijheid en verantwoordelijkheid, maar ook voor baanzekerheid. Het is echt zorgwekkend dat er wijkverpleegkundigen zijn die banen moeten stapelen om aan voldoende inkomen te komen. Kan de Staatssecretaris hierop reageren?

Wijkverpleegkundige zorg is lijfgebonden zorg en daarmee zeer persoonlijk. Het is daarom des te meer van belang dat mensen een goede band hebben met de wijkverpleegkundige die bij hen over de vloer komt. Keuzevrijheid is daarom ook hier een belangrijk uitgangspunt. Wat doet de Staatssecretaris aan wachtlijsten in de wijkverpleging, voor mensen die niet terecht kunnen bij de aanbieder van hun keuze, bijvoorbeeld doordat het budgetplafond is bereikt? Hoe gaat hij de keuzevrijheid beter borgen?

Tot slot heb ik nog twee opmerkingen over het persoonsgebonden budget (pgb). Is de combinatie van het integraal tarief en het pgb werkbaar of leidt deze juist tot minder mogelijkheden voor maatwerk? Hoe gaat de Staatssecretaris daarmee om? Het andere punt betreft de gelijkwaardigheid van het pgb en zorg in natura. Wij willen dat mensen zelf hierin de keuze kunnen maken. Dan moet de wijkverpleegkundige die indiceert, ook goed op de hoogte zijn van hoe het precies zit met het pgb. De kwaliteit van de indicatiestelling wordt door budgethouders nog als onvoldoende ervaren. Hoe ziet de Staatssecretaris dit?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter. Vandaag een belangrijk onderwerp: de wijkverpleegkundige, de spil voor de zorg in de buurt. Het is heel belangrijk dat de wijkverpleegkundige zijn of haar weg vindt in het sociaal domein, bij de samenwerking met de huisarts en de gemeente. Eén tarief voor de wijkverpleging klinkt ons als muziek in de oren, waarbij verpleging en verzorging niet langer worden gesplitst. Dat leidt tot optimale flexibiliteit en minder administratieve lasten.

Er zijn wel wat uitzonderingen. Allereerst is het vrijwillig. Men kan ervoor kiezen om het wel of niet te doen. De Medisch-Specialistische Verpleging in de Thuisituatie, oftewel de MSVT, valt erbuiten en ook de zorg in het kader van de Wlz is hiervan uitgezonderd. Krijgen we dan volgend jaar vier afrekensystemen; op grond van de Zorgverzekeringswet, de MSVT, de Wlz en het mengtarief? Wordt de werklust hierdoor wel verlicht? Ontaardt het niet in chaos?

Ik hoor graag ook een reactie op de vrees van een aantal organisaties, waaronder de ANBO, dat één tarief kan leiden tot een perverse prikkel, namelijk om zo goedkoop mogelijke menskracht in te zetten. Ik vind dit een lastig onderwerp, want aan de ene kant moet je vertrouwen geven aan de professional, maar aan de andere kant heb ik gisteren gesproken met een cliënt van een zorgorganisatie, die vertelde dat er op een rare manier wordt omgegaan met die tarieven. Er was sprake van het hoogste tarief voor iemand die absoluut nog niet op dat niveau zat. Hoe gaat de Staatssecretaris daarmee om?

Ik vind het een positieve beweging, maar ook na het lezen van de brief van de Staatssecretaris is het mij nog niet helemaal helder. De experi-

menten en de pilots blijven onduidelijk. Wat gaan we doen met de huidige bekostiging? Het is wel belangrijk dat iedereen weet waar hij aan toe is. Wie gaat wat doen en onder welke voorwaarden? Als we pilots hebben, is het ook belangrijk om te weten wie deze gaan evalueren. Ik denk dat de cliënten en de professionals daar ook nauw bij betrokken moeten zijn, want uiteindelijk moeten zij daar profijt van hebben. Hoe wordt voorkomen dat er misbruik van wordt gemaakt of dat er perverse prikkels zijn? We gaan het zien, als we het uitproberen, maar dit is wel een belangrijke vraag.

Bij de integrale zorg die wij willen, hoort dat er geen knip is tussen toewijsbare en niet-toewijsbare zorg, zoals vaker in deze commissie is besproken. Ik heb het idee dat we allemaal willen dat het uiteindelijk samenkomt, ook de Staatssecretaris. Wat is de logica erachter dat er nu een knip is, zodat er twee verschillende systemen zijn, die uiteindelijk ergens naartoe groeien?

In de debatten wordt ook elke keer gesproken over de vraag of er wel voldoende wijkverpleegkundigen of kinderverpleegkundigen zijn. We hopen die oplopende tekorten te dichten met een nieuwe lading afgestudeerden. Bij de positie van de wijkverpleegkundige gaat het om een heel belangrijke, zware functie, een soort senior functie. Het gaat om de oren en ogen in de wijk. Men moet om kunnen gaan met allerlei organisaties eromheen, zoals huisartsen en zorgverzekeraars, maar vooral ook ogen en oren hebben voor de cliënten om wie het gaat. Gaat dat lukken? Hoe zit het met het ontwikkelen van de richtlijnen, de standaarden en de kwaliteitscriteria door de beroepsgroep? Ik lees het tijdschrift van V&VN en dan zie ik dat de beroepsgroep er heel actief mee bezig is, maar ik krijg ook signalen van de zorgverzekeraars dat het blijkbaar tegenvalt. Daar zit een verschil van mening.

Een andere vraag is: de wijkverpleegkundige kijkt niet alleen naar de zorgvraag, maar ook integraal naar de vraag of er hulp in de huishouding nodig is en hoe het gaat met de eenzaamheid. Dan is er ook nog de gemeente, die keukentafelgesprekken voert. Die twee sluiten niet altijd op elkaar aan. Het lijkt ons belangrijk dat het advies van de wijkverpleegkundige wordt opgevolgd. Wat vindt de Staatssecretaris daarvan? Hoe komen mensen die niet «in het zicht zijn», die eenzaam zijn en wel degelijk zorg nodig hebben, op de radar van de wijkverpleegkundige?

Ik sluit me aan bij de vragen over het pgb van mevrouw Voortman. Het is belangrijk dat de nieuwe wijkverpleegkundige goed kan adviseren over een pgb, dat gelijkwaardig moet kunnen worden aangeboden. Momenteel lijkt het soms gunstiger om in de Zvw te blijven, ook al is er sprake van de Wlz. Daarin zijn verpleging en verzorging gelimiteerd, in de Zvw is dat ongelimiteerd. Hoe gaan we om met dat dilemma? Mevrouw Dik sprak over de zorgen over de casemanager dementie. Ik heb een motie ingediend over de inkoop van voldoende specialistische zorg. Graag daarop een reactie.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Voorzitter. In dit AO over de wijkverpleegkundige ga ik ervan uit dat wij deze in ons hart hebben gesloten en dat de zorg, zoals aangeboden door de wijkverpleegkundige, absoluut niet ter discussie staat. Waarom zeg ik dat? Omdat dit debat gaat over heel technische zaken en omdat ik niet weet hoe ik dat simpel en met een warm hart kan uitleggen. Het gaat immers over geld en registratie.

Met dat excuus op voorhand wil ik graag beginnen met de allereerste stelling, namelijk dat het wel gaat om vertrouwen in de wijkverpleegkundige, vertrouwen dat we overeind moeten houden. Ik ben blij dat de Staatssecretaris in ieder geval alles op alles zet om tot dat ene tarief te komen, omdat dat gewoon in de praktijk leidt tot een enorme afname van de administratieve druk. Daar was het om te doen. Ik ben blij dat daarvoor stappen worden gezet. De wijkverpleegkundige moet altijd zelf kunnen

bepalen, welke zorg er nodig is en hij of zij moet deze ook kunnen leveren. Als vanaf 2019 voor elke doelgroep een apart tarief komt, is mijn zorg dat de wijkverpleegkundige alleen nog binnen die doelgroepen kan indiceren en dat de meest passende zorg dan niet vanzelfsprekend in de indicatierijltjes terechtkomt. Dat gaat ten koste van dat maatwerk. Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat de tariefdifferentiatie geen afbreuk doet aan de ruimte voor verpleegkundigen om hun werk te doen? Garandeert hij dat maatwerk altijd mogelijk blijft?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Na de introductie van mevrouw Wolbert had ik een vraag. Maar nu zijzelf al een flink aantal vragen stelt aan de Staatssecretaris, wil ik even wachten op een duidelijke positiebepaling vanuit de PvdA.

De **voorzitter**:

Prima. Mevrouw Wolbert vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Mijn vraag zou zijn of het niet verstandig is om aan het begin van de invoering een soort nulmeting te laten doen naar de mogelijkheden om maatwerk te blijven verrichten en te toetsen op de wettelijke taken van de wijkverpleegkundige.

De PvdA is gefocust op het feit dat die wijkgerichte zorg overeind moet blijven. Samenwerking, coördinatie in het wijkteam en preventieve activiteiten worden straks bekostigd via de prestatiebeloning op maat. De NZa voert die prestatie in en schaft het voormalige segment S1 af. Via die prestatie kunnen aanbieders straks een beloningsafspraken maken over de wijkgerichte zorg. Maar de PvdA wil dat de basistaken van wijkverpleegkundigen geborgd blijven. Het mag nooit zo zijn dat die basistaken niet worden uitgevoerd als aanbieders en zorgverzekeraars over deze beloning-op-maat-prestatie geen overeenstemming kunnen bereiken. Hoe gaat de Staatssecretaris die samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, gemeenten en het wijkteam borgen en versterken in de dagelijkse praktijk, ook als het gaat om preventieve activiteiten? Wie ziet erop toe dat preventie in samenwerking binnen de wijk tot stand komt? Wil de Staatssecretaris de eis van wijkgericht werken opnemen in de inkoopbeelden en vanaf 2017 daarop specifiek toezien?

De PvdA vindt dat we nu ook echt moeten gaan werken aan een integraal tarief. Het integrale tarief is een vrijwillige optie onder de experimentenregel en geldt niet voor patiënten die medisch-specialistische wijkverpleegkundige zorg ontvangen of een Wlz-indicatie hebben. De huidige bekostiging blijft intact als de partijen die experimenteerruimte niet benutten. Aanbieders die graag veel productie draaien, krijgen dan weinig prikkels om anders te gaan werken. Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat er voldoende wordt deelgenomen aan die experimenteerruimte? Waarom staat hij toe dat straks de wijkverpleegkundige met vier verschillende administratiesystemen moet werken: het integrale tarief, het huidige bekostigingsmodel als er geen integraal tarief komt, de specialistische zorg en de zorg thuis vanuit een Wlz-indicatie?

De **voorzitter**:

Uw tijd is om.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik had nog een vraag willen stellen over...

De **voorzitter**:

Maar uw tijd is om.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
... de uitwerking van...

De **voorzitter**:
Die vraag kunt u in tweede termijn stellen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Dat doe ik.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik hoor zeer veel vragen van de PvdA-fractie bij het voorstel voor een geïntegreerd tarief. Is het nou wel slim om dit in de basis goede idee per 1 januari 2017 in te laten gaan? We lopen namelijk het risico dat het onoverzichtelijker wordt en dat we daarmee wellicht het kind, te weten het idee van één tarief, zonder bureaucratie, met het badwater weggooien? Kunnen we niet beter de tijd nemen om het goed uit te werken en goed in te voeren?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Nee, dat lijkt mij niet verstandig. In mijn beleving houdt de grote lobby van ActiZ en aanbieders om het niet in te voeren feitelijk in dat wordt gepleit voor een pas op de plaats. Het is belangrijk dat de Staatssecretaris hier juist een stap voorwaarts wil maken en werkt aan de vervolmaking van het model. Dat is een betere manier om dat ene tarief in te voeren dan om nu te gaan wachten tot de aanbieders klaar zijn en niets te doen. Als er nou één manier is om chaos te organiseren, moet je dát doen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb heel goed gehoord dat de Partij van de Arbeid heel veel kritische en fundamentele vragen stelt. Wordt het allemaal niet bureaucratischer en onoverzichtelijker door vier systemen? Blijft de wijkverpleegkundige wel in de positie die zij of hij moet hebben? Ik steun die kritische vragen, want we willen hetzelfde. Mijn grote zorg is dat we het kind met het badwater weggooien. Een element dat ik nog niet heb gehoord van de PvdA is dat volgend jaar de zorgverzekeraars de wijkverpleging volledig risicodragend moeten gaan uitvoeren. Welke garantie heeft mevrouw Wolbert dan dat de zorgverzekeraars op hun beurt niet dat geïntegreerde tarief gaan gebruiken om tarieven bijvoorbeeld enorm te dumpen? Wilt u daar eens op reageren?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):
Ik ben voorstander van invoering, omdat er hard gewerkt is aan totstandkoming van dat ene tarief, juist omdat dat helderheid geeft en omdat het de wijkverpleegkundige veel meer ruimte biedt om te doen waarvoor hij of zij heeft gekozen voor het vak, namelijk werken met patiënten en in de wijk. Ik heb goed gekeken naar alle lobby's en goed geluisterd naar alle argumenten die zijn gewisseld. Eentje viel mij erg op, namelijk dat van V&VN zelf: mag het alstublieft nu gewoon doorgaan? Want als het nu stopt, is de voortgang verdwenen. Ik vind dat een heel belangrijk signaal. Dat ik nog vragen heb aan de Staatssecretaris vind ik niet meer dan normaal, want anders hadden we geen overleg gevoerd maar een soort technische briefing.

De **voorzitter**:
Ik begrijp dat de Staatssecretaris dat wel leuk had gevonden. Maar u hebt gelijk: dit is een debat.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik hoor mevrouw Wolbert zeggen dat zij voorstander is van invoering, terwijl er nog een flink aantal vragen ligt. Zij onderstreepte dat er straks vier systemen naast elkaar bestaan. Wat betekent dat voor de lastendruk? Maar mijn vraag gaat over iets waarover ik haar niet heb gehoord. Als je straks één tarief in de wijkverpleging hebt, dan zitten daar persoonlijke verzorging, verpleging, zware intensieve kindzorg en palliatieve nachtzorg tussen de € 30 en € 100 in. Ik noem maar een paar bedragen. Is mevrouw Wolbert er niet bang voor dat dat straks leidt tot het weren van de dure klantjes, of tot fusies tussen allerlei zorginstellingen om uiteindelijk uit te kunnen middelen? Dan zit je straks als Partij van de Arbeid met een zorgveld waar alleen nog heel grote instellingen de dienst uitmaken. Hoe ziet mevrouw Wolbert dat?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Dat zie ik dus heel anders, want in de brief van de Staatssecretaris staat uitdrukkelijk dat juist door deze manier van organiseren en inkopen ruimte wordt gemaakt voor kleine zorgaanbieders. Daar ben ik een groot voorstander van, want heel veel innovaties komen juist daarvandaan. Als door het CDA wordt uitgesproken dat misschien wordt gekozen voor meer verzorging, ten koste van de duurdere vormen van zorg, zou ik zeggen: dan onderschat u gewoon de indicatieruimte en het vakmanschap van de wijkverpleegkundige. Ik begon mijn betoog met te zeggen: laten we nou eens vertrouwen hebben in die wijkverpleegkundige. We hebben deze hele operatie opgezet om de wijkverpleegkundige te positioneren, zodat zij indiceert en uitmaakt wat de zorg moet zijn die een cliënt nodig heeft. Dan kan het niet zo zijn dat een wijkverpleegkundige gaat kiezen voor heel veel meer verzorging, ten koste van specialistische zorg. Het is nou net haar vak om dat gewoon goed en gebalanceerd te doen. Op basis van wat een cliënt nodig heeft, moet maatwerk worden geleverd. Ik ben helemaal niet bang voor cherrypicking of overhevelen naar verzorging. Laten we er nou eens vertrouwen in hebben dat die wijkverpleegkundige gewoon haar vak gaat uitoefenen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dat deel ik zeer, maar dan moet je er wel een financieel stelsel omheen bouwen dat daarvoor de gelegenheid geeft. Alleen maar zeggen dat je wilt dat de wijkverpleegkundige haar vak kan uitoefenen, is wel heel mooi, maar daarmee bereik je dat doel niet. Een tijdje geleden stopte de Lelie zorggroep met wijkverpleging, omdat hij toen al niet uitkwam met het tarief. Als je straks een kleinere zorginstelling bent die in haar gebied flink dure klantjes heeft en je zit met een gemiddeld tarief van € 40, terwijl jij nou net een flink aantal intensieve kindzorgjes of palliatieve nachtzorgen hebt, moet je er gewoon mee stoppen, omdat je anders failliet gaat of je fuseert. Ziet de PvdA-fractie dat niet?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Nee, dat ziet de fractie van de Partij van de Arbeid niet. Er wordt toegewerkt naar een steeds betere differentiatie naar cliëntprofielen. Dat is erg belangrijk, omdat je daarmee een goede balans hebt tussen enerzijds maatwerk en anderzijds herkenbare cliëntprofielen. Ik heb de Staatssecretaris gevraagd of de NZa hierin een rol kan spelen, zodat je van meet af aan goed zicht houdt op wat er gebeurt in het veld. Het is een omwenteling, het is anders, dus je moet goed blijven monitoren wat er gebeurt. Maar om nou te zeggen dat je er geen enkel vertrouwen in hebt, want het worden of grote fusies, of er wordt aan cherrypicking gedaan, of de sector gaat failliet, dat gaat te ver. Wij hebben iets meer vertrouwen in de wijkverpleegkundige zorg.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Mijn tweede interruptie gaat als volgt. We zitten hier om een inhoudelijk debat te voeren over de vraag of er een financieel stelsel wordt gebouwd waarmee ervoor wordt gezorgd dat de wijkverpleegkundige haar vak kan uitoefenen. Ik stel een feitelijke vraag aan mevrouw Wolbert. Het enige wat ik dan hoor is: wij hebben wél vertrouwen in de wijkverpleegkundige. Dat vind ik jammer, want het voorkomt dat we hier praten over heel reële kanten van dit stelsel, een punt dat ook door andere sprekers naar voren is gebracht.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik hoor geen vraag, voorzitter.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb wel een vraag. Ik snap het pleidooi van de PvdA-fractie en ook haar vertrouwen in de wijkverpleegkundige. Daar is het allemaal om begonnen, dus dat steun ik. Toch wil ik een voorbeeld noemen ter illustratie. Ik sprak gisteren met een mijnheer die verpleging thuis kreeg. Ik kreeg van hem te horen dat het hoogste tarief in rekening werd gebracht. Vervolgens werd er een stagiair ingezet die absoluut niet voldeed aan de eisen. Hoe kun je voorkomen dat lagere niveaus of een lagere deskundigheid worden ingezet, gezien het feit dat een wijkverpleegkundige ook onderdeel uitmaakt van een productieomgeving en targets heeft? Ik denk dat we vertrouwen moeten hebben, maar ook niet naïef moeten zijn. Ik wil dat dilemma in alle openheid op tafel leggen om te bekijken hoe we ermee omgaan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Dat ben ik heel erg met mevrouw Bergkamp eens, maar ik zou de werkelijkheid niet willen inrichten op basis van een casus van een zorgaanbieder die duidelijk zijn werk niet fatsoenlijk doet. Het werk wordt straks gedaan door hbo-gechoolde, zelfs hbo+-gechoolde wijkverpleegkundigen. Dat is nu overigens ook al het geval. We hebben deze hele beweging ingezet om daarvoor ruimte te geven. Er zijn altijd rotte appels, die je als de sodemieter uit de mand moet gooien. Iemand die het werk laat doen door ongekwalificeerd personeel moet te allen tijde aan de schandpaal worden genageld. Daarvoor hebben we de inspectie, die haar werk gewoon goed moet doen. Ik vind ook dat de Staatssecretaris er goed op moet toezien dat dit soort zaken geen praktijk wordt. We hebben bij de wettelijke aanspraak kwaliteitseisen voor de wijkverpleegkundigen meegeleverd. Daarin staat dat ze wijkgericht moeten werken, dat er preventie moet komen en dat het hbo-gechoolde mensen moeten zijn. Dat is het kwaliteitskader waaraan we de mensen houden en waaraan we ook de zorginkoop moeten houden. Iedereen die daaronder gaat zitten of niet daaraan voldoet, moet een ongelooflijke tik op de vingers krijgen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat ben ik met mevrouw Wolbert eens, maar misschien kan ik meedenken over een oplossing. Als cliënten in dit soort situaties zitten, moeten zij ergens terechtkunnen met hun vraag of probleem. Ze kunnen namelijk niet naar de wijkverpleegkundige, want die heeft geïndiceerd en ze zijn daarvan afhankelijk. D66 wil dus eigenlijk dat er een mogelijkheid is voor cliënten om ergens onafhankelijk hun beklag te doen als ze tijdens de pilot zien dat het misgaat. Vindt de PvdA dat een interessant idee?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

De PvdA is altijd voor welk klachtensysteem dan ook. Ik ben een groot voorstander van een fatsoenlijke klachteninstelling waar sprake is van hoor en wederhoor en die een fatsoenlijk reglement en een goede klachtafwikkeling heeft. Volgens mij is dat een wettelijke eis voor elke

erkende zorginstelling in dat domein, dus ook voor de zorginstellingen die wijkverpleegkundigen leveren.

De voorzitter:

U kiest ervoor om meteen uw tweede interruptie te plaatsen, mevrouw Bergkamp. Dat is prima.

Mevrouw Bergkamp (D66):

We zijn toch lekker bezig, dus ik rol de tweede er maar meteen achteraan. Ik ben blij dat mevrouw Wolbert zegt voor een klachtenprocedure te zijn. Iedere organisatie kent een klachtenprocedure. Ik wil iets extra's vragen. Dit is een pilot. Mensen zijn afhankelijk. Het is een nieuw systeem. We hebben allemaal nog veel ingewikkelde vragen. In die zin is het echt nog geen gelopen race dat het allemaal goed gaat. Ik wil dat de Staatssecretaris iets extra's doet voor de mensen die tijdens de pilot ondervinden dat dingen niet helemaal goed gaan. Ze moeten dan geen brief hoeven te sturen in het kader van een klachtenprocedure, die dan naar een voorzitter gaat et cetera. Ik wil dat er een snel traject is, ook omdat het voor ons heel interessant is om te zien hoe het nu gaat. Ik wil dus dat er op een andere manier wordt omgegaan met mensen in zo'n systeem. Ik hoop dat de PvdA dat met D66 eens is.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

We denken hetzelfde, namelijk dat er ongelofelijk dicht op de huid van de uitvoering bekeken moet worden hoe het wordt uitgevoerd, omdat we met zijn allen niet naïef zijn. Of een versnelde klachtenprocedure dan het goede antwoord op de vraag is, weet ik echter nog niet. Ik wil dan zien hoe mevrouw Bergkamp dat idee uitwerkt. Ik vraag de Staatssecretaris in ieder geval om het toezicht heel scherp te houden. Dat betekent dat ik vind dat de inspectie moet bekijken of de wettelijke eisen ook echt worden nageleefd in de uitvoering van de wijkverpleegkundige zorg. Ik wacht het voorstel van mevrouw Bergkamp graag af. Als je een heleboel loketten inricht, is het mijn ervaring dat je mensen weer de weg moet wijzen langs al die loketten. Daar wordt het in de praktijk vaak niet beter van. Dat is mijn aarzeling. We hebben klachtenprocedures. Als je daarnaast weer andere dingen optuigt, moet je weer een website inrichten en moet je aan mensen communiceren dat ze daarnaartoe moeten en niet ergens anders naartoe. Door de bank genomen zien de mensen dan in de uitvoeringspraktijk door de bomen het bos niet meer. Dat is dus mijn aarzeling.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik snap die aarzeling. Het gaat mij er ook niet om, iets nieuws te verzinnen. Ik wil dat het voor mensen die onderdeel zijn van zo'n pilot – ik vind eerlijk gezegd ook dat mensen moeten weten dat ze dat zijn – helder is waar ze terecht kunnen met hun opmerkingen. Of dat bij een bestaand loket is, maakt mij niet uit. Er hoeft niet iets nieuws te worden opgetuigd. We moeten echter niet naïef zijn. Ik heb het over één casus, maar ik heb er nog veel meer. Als dingen misgaan, moeten we daarop kunnen anticiperen. Daarover maak ik me zorgen, los van het feit dat ik de lijn en de richting steun en met mevrouw Wolbert vind dat we ook vertrouwen moeten hebben. We moeten daarin echter niet naïef zijn.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

Ik denk dat je binnen pilots elke afspraak over communicatie met cliënten kunt maken die je wilt. Volgens mij staat het iedereen vrij om dat goed te doen. Ik zou iedereen ook willen uitnodigen om dat goed te doen. Ik wil echt het volgende benadrukken. Als er aanbieders zijn die hun werk niet fatsoenlijk doen en ergens ongekwificeerd personeel neerzetten – of dat nu gaat over de wijkverpleging, de verpleeghuizen of überhaupt de langdurige zorg, het onderwijs, dus het hele publieke domein – dan

moeten zij een tik op de vingers krijgen, want zo hebben we de tarieven niet opgebouwd.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik wil toch even teruggaan naar het onderwerp van de nieuwe bekostiging, het ene tarief waarvan de Partij van de Arbeid-fractie nu nadrukkelijk heeft gezegd er wel degelijk voorstander van te zijn. Toch heb ik de PvdA-fractie in het debat aarzelingen horen uiten, bijvoorbeeld over de verschillende systemen die naast elkaar blijven bestaan. In het debat is dat al gewisseld. Hoe komt het dan dat de PvdA-fractie nu toch al zegt dat zij dit wil? We delen allemaal de warme gevoelens voor de wijkverpleegkundigen. Als de PvdA-fractie echter dezelfde aarzelingen heeft als mijn fractie en die van het CDA, GroenLinks en D66 over het naast elkaar bestaan van allerlei structuren, hoe kan zij dan toch zeggen dat de wijkverpleegkundige hiermee geholpen is? Is dat dan alleen omdat de Staatssecretaris dat vindt? Ik ben gewoon wel benieuwd wat de Partij van de Arbeid-fractie er zelf van vindt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik zie dat de Staatssecretaris grote stappen zet op weg naar uitvoering van de motie die ik heb ingediend en die, geloof ik, met algemene stemmen is aangenomen. Ik verbaas mij er dus over dat mevrouw Dik een motie steunt en hier vervolgens zegt: nee, zo moet het niet. Er moet worden toegewerkt naar één tarief of naar enkele tarieven, als we dan toch naar de letterlijke tekst van de motie kijken. Ik constateer dat het voorstel van de Staatssecretaris in ieder geval ertoe leidt dat binnen de huidige verantwoordingssystematiek het aantal fors afneemt, namelijk van een stuk of vijf, zes – als je de Wlz erbij pakt nog meer – naar één tarief in de wijkverpleging. Dat vind ik een enorme stap voorwaarts. Ik zit lang genoeg in de politiek om te weten dat de werkelijkheid niet van de ene dag op de andere perfect is.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik herinner mij die motie heel goed, maar we zien nu dat er één tarief komt met heel veel uitzonderingen. De motie wordt dus helemaal niet uitgevoerd zoals het de Partij van de Arbeid-fractie voor ogen stond. Mijn vraag blijft dan ook de volgende. Waarom gaan we niet werken met pilots en stap voor stap verbeteringen doorzetten richting 2019? Als we dat in de vorm van pilots doen, leveren we niet alle wijkverpleegkundigen over aan al deze onduidelijkheid. Ik hoor de Partij van de Arbeid zeggen dat we werkenderwijs het model gaan vervolmaken. We hebben het hier echter wel over mensen die dag in, dag uit met zorg bezig willen zijn en die helemaal niet gebaat zijn bij onduidelijkheid. Het naast elkaar bestaan van al die verschillende systemen is een grote onduidelijkheid voor de wijkverpleegkundigen. Ik snap niet dat de Partij van de Arbeid-fractie zegt dat dit een grote stap voorwaarts is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik hoor mevrouw Dik zeggen dat dit niet de manier is waarop de Partij van de Arbeid-fractie de motie uitgevoerd wil hebben. Ik denk dan: nou, laat de Partij van de Arbeid-fractie dat zelf maar bepalen. Mijn fractie is blij met deze stappen in de goede richting. Ik constateer, zo zeg ik maar even in al mijn objectiviteit, dat de mensen die het werk moeten doen dat ook vinden. Ik vind het dan een beetje aanmatigend om vanuit de politiek te zeggen dat wij dat allemaal niet vinden.

De voorzitter:

Ook mevrouw Dik kiest ervoor om nu haar tweede interruptie te plaatsen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Er valt gewoon nog veel meer over te zeggen. Ik heb ontzettend goed kunnen samenwerken met mevrouw Wolbert op het gebied van preventie. Ik noem maar even een van de terreinen waarbij zowel de gemeenten als de zorgverzekeraars betrokken zijn. We zijn samen opgetrokken om de onduidelijkheid rondom preventieve zaken weg te nemen. Ziet de PvdA-fractie het risico dat preventie toch weer onder druk komt te staan als we dit model te snel invoeren? Of zegt zij dat zij hier juist heel veel kansen ziet?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik geloof dat de Partij van de Arbeid ervoor gezorgd heeft dat de preventie, zoals beschreven in de taak- en functieomschrijving van de wijkverpleegkundigen bij de aanspraak, er überhaupt op die manier in is gekomen. Ik vind het ontzettend belangrijk dat preventie er vooral in blijft en er niet uit wordt gehaald. Ik krijg echter helemaal geen signalen dat dit gebeurt. Sterker nog, er is een andere motie van de PvdA aangenomen waarin de Kamer de Staatssecretaris vraagt om de splitsing tussen de S1- en de S2-taken ongedaan te maken en elke wijkverpleegkundige die taken geïntegreerd te laten uitvoeren. Ik constateer dus dat mevrouw Dik-Faber haar steun geeft aan moties en dat die moties nu worden uitgevoerd, maar dat zij ineens denkt: waar is de Staatssecretaris mee bezig? Ik constateer dat de Staatssecretaris werkt in de lijn die we hem gevraagd hebben, namelijk het ongedaan maken van de splitsing van de S1- en S2-taken om die weer te integreren. De gedachte is altijd geweest dat de wijkverpleegkundige een verpleegkundig hoofdvak heeft, maar ook een bijvak. Dat bijvak is: in de wijk werken, verbindingsofficier zijn en preventieve taken uitvoeren. Beide zijn van ongelooflijk belang voor het wijkgericht werken. Nu komt er een geïntegreerd tarief waarin dat is opgenomen. Ik constateer dat ik daar heel blij mee ben.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik vind het toch wel vervelend dat dit nu op deze manier gebeurt. De Kamer heeft in meerderheid steun gegeven aan die motie. Ik vind dat de Kamer ook de taak heeft om kritische vragen te stellen over de uitwerking daarvan als die voorligt. We hebben met elkaar gezegd dat we stappen willen zetten en dat we pilots willen. Nu wordt er hard hollend vooruitgegaan naar een nieuwe bekostigingsstructuur, waarbij we allemaal dezelfde vragen hebben maar waarvan de Partij van de Arbeid op voorhand al zegt dat we ermee doorgaan, wat het antwoord op die vragen ook is. Ik vind dat we met elkaar moeten zoeken naar manieren om een antwoord te bieden ten aanzien van de kritiek die er is. Volgens mij is die kritiek niet te ontkennen. We moeten niet rücksichtslos doorgaan, maar reageren op de kritiek en bekijken hoe we met pilots het systeem verder kunnen verbeteren.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik heb overigens helemaal niet de indruk dat we hard hollend vooruitgaan, want de verdere uitwerking van het integrale tarief is al een keer uitgesteld. Naar mijn gevoel lopen we eerder vertraging op dan dat we te snel gaan. Natuurlijk, vragen hebben we allemaal. We zouden wel heel beroerde politici zijn als we geen vragen hadden. Natuurlijk moeten we kritisch zijn. Ik had ook een aantal vragen. Ik vind dat echter iets anders dan te zeggen dat we deze stap helemaal niet moeten zetten en dat we vooral goed naar de werkgevers moeten luisteren. Dan zijn wij geen volksvertegenwoordigers, maar gaan wij de werkgevers hier vertegenwoordigen. Die zeggen namelijk dat we moeten stoppen of op de rem moeten gaan staan. Ik ben er echt voorstander van om dit in te voeren en om goed te luisteren naar wat wijkverpleegkundigen zelf willen.

De voorzitter:

Mevrouw Voortman heeft plotseling ook een vraag aan u.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Je kunt altijd discussiëren over de vraag of een motie goed genoeg wordt uitgevoerd. De een kan zeggen dat de motie precies goed wordt uitgevoerd, terwijl de ander zegt dat de uitvoering wat hem betreft verder had mogen gaan en niet al die uitzonderingen zou moeten bevatten. Ik vind het echter niet kies om anderen nu voor de voeten te werpen dat zij geen volksvertegenwoordiger zijn, omdat zij toevallig een ander standpunt hebben. Ik zou het fijn vinden als mevrouw Wolbert dat terugnam.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Dat neem ik onmiddellijk terug, maar mij valt wel op dat de lobby van de ANBO en ActiZ echt goed vertegenwoordigd is. Daar heb ik zelf dan weer een beetje moeite mee; vandaar mijn opmerking. Ik neem die opmerking echter terug. We zijn allemaal volksvertegenwoordigers en doen allemaal ons best om kritische vragen te stellen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Hier was het mij om te doen, voorzitter. Mevrouw Wolbert heeft het recht om te zeggen dat zij vindt dat de motie goed is uitgevoerd, maar zo heeft mevrouw Dik-Faber natuurlijk ook het volste recht om te zeggen dat zij daar andere gedachten over heeft.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Arno Rutte van de VVD-fractie.

De heer **Rutte** (VVD):

Mijnheer Rutte van de VVD-fractie stond al vier keer in de startblokken, voorzitter, maar elke keer kwam er weer een interruptie. Zo gaat het soms. Ik moet weer even warmdraaien. Nu word ik ook nog overstemd door de bel in de plenaire zaal!

Voorzitter. Mensen maken zich zorgen of ze op het moment dat ze echt zorg nodig hebben, die zorg ook daadwerkelijk krijgen. De berichtgeving helpt daar vaak aan mee. Ik heb het over berichtgeving over de afbraak van zorg, de sloop van de thuiszorg en de wachtlijsten in de thuiszorg. Dit maakt mensen bang dat er een heel groot tekort aan thuiszorg is. Bij de wijkverpleegkundige zorg is dat mijns inziens en volgens de mensen die ik spreek in tegenspraak met de ervaringen van deze mensen met hun wijkverpleegkundige. Die is snel ter plaatse, bepaalt zelf welke zorg nodig is, is kundig en zorgt er echt voor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Het terugbrengen van de wijkverpleegkundigen met een zelfstandige financiering en de bevoegdheid om zelf te indiceren, was de nadrukkelijke wens van de VVD, alsmede van de Partij van de Arbeid en ik denk van nog wel wat meer partijen hier. In ieder geval zou je kunnen zeggen dat het een gezamenlijk project is van de VVD en de Partij van de Arbeid. Ik zeg niet dat andere partijen dit niet ook hebben gewild, maar het was wel zo.

Die wens is ook gerealiseerd. Het kabinet heeft de wijkverpleegkundigen teruggebracht in de wijken. Dat is een van de grote hervormingen in de zorg. Sinds 1 januari valt de wijkverpleegkundige zorg onder de Zorgverzekeringswet. Als ik terugkijk, kan ik eigenlijk niet anders dan concluderen dat in dat ene jaar de wijkverpleegkundige zorg al heel behoorlijk en goed is geland. De VVD is daarom heel erg trots op het terugbrengen van de wijkverpleegkundigen in de wijk. Het troost zijn we op de wijkverpleegkundigen zelf. Zij hebben een heel grote extra verantwoordelijkheid gekregen, namelijk zelf indiceren. Die hebben ze fantastisch opgepakt. Aan het gegeven vertrouwen is op een prachtige manier invulling gegeven. Ze verdienen echt een groot compliment.

Een compliment verdienen ook de zorgorganisaties en de verzekeraars gemeenschappelijk, want het is hun gelukt om grotendeels, bijna volledig binnen de budgettaire kaders te blijven en de benodigde zorg toch te leveren. Dat valt niet te onderschatten. Er waren van tevoren heel veel zorgen hierover. Kon dat wel? Konden verzekeraars wel goed contracteren? Ze hadden minder middelen gekregen om dat te doen. Ik heb het dan niet alleen over financiële middelen, want ook het eigen risico geldt niet en artikel 13 ging niet door. Verzekeraars hadden daar heel veel zorgen over. Aanbieders dachten dat het budget veel te krap was om te kunnen leveren. Uiteindelijk is dat heel behoorlijk gelukt, met een heel kleine budgettaire overschrijding.

Ik maak hier wel een kanttekening. Het zou chic zijn als wij dit jaar niet opnieuw in september het grote circus krijgen van aanbieders en brancheorganisaties die roepen dat er een tekort van honderden miljoenen is en dat er enorme wachtlijsten zijn. Vorig jaar hebben we dat gehad. Ik voorspel dat het dit jaar weer gebeurt als onderdeel van de onderhandeling. Dat is bangmakerij over de rug van de cliënten. Ik zou zeggen: houd daarmee op. Laten we er als politiek ook wat voorzichtiger mee omgaan.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik zou toch wel het volgende willen weten van de VVD-fractie. We gaan dat geïntegreerde tarief invoeren, één tarief met de verantwoordelijkheid voor de wijkverpleegkundige om al die taken uit te voeren. Ik ben daar erg voor. Zou het echter niet verstandig zijn als wij enige regie voerden op het tarief? Is het risico bijvoorbeeld niet erg groot dat zorgverzekeraars allemaal hun eigen dingetje gaan doen, hun eigen wiel gaan uitvinden of hun eigen tarief gaan voeren, waarmee we heel veel administratieve lasten bij de wijkverpleegkundigen of bij hun werkgevers neerleggen? Hoe ziet de VVD-fractie dat?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik was nog niet helemaal toegekomen aan dat geïntegreerde tarief. Ik kan er wel het volgende over zeggen. Ik vind niet dat wij hoeven te treden in de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders. Ik vind wel dat er gesprekken moeten plaatsvinden over het speelveld, het raamwerk waarbinnen dat moet plaatsvinden. Ik vind dat de Staatssecretaris dat heel goed heeft gedaan en daarmee ook invulling geeft aan een brede wens in de Kamer om tot dat geïntegreerde tarief te komen. Dat doet hij niet in zijn eentje, maar samen met aanbieders en verzekeraars, zodat het kan op een manier waarvan alle partijen zeggen dat zij het zo goed kunnen vormgeven. Als we het daarover eens worden, is dat de weg om te gaan. Er hoort in de onderhandelingen dan natuurlijk ook een voor alle partijen acceptabel tarief uit te komen, zodat we dat in alle andere vormen van de zorg ook kennen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In het verlengde daarvan ben ik toch wel benieuwd. Het is de grote wens van de VVD om de wijkverpleegkundige zorg volledig risicodragend door zorgverzekeraars uit te laten voeren. We weten dat het vereveningsmodel daarvoor er eigenlijk nog niet is. Volgende week debatteren we daarover. We zeggen dat er een vorm van een basistarief komt. Dat is ook logisch, omdat er dan niet per verzekeraar allerlei verschillende tarieven zijn. Hoe ziet de VVD het dan voor zich dat de zorgverzekeraars volledig concurreren op de wijkverpleegkundige zorg? Loop je dan niet vast? Moet je de wijkverpleegkundige zorg dan niet in een risicovereveningsmodel houden waarin er geen volledige risicodragendheid is voor de zorgverzekeraars?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik zeg niets nieuws als ik zeg dat de VVD een groot voorstander is van de volledige risicodragendheid van verzekeraars. Dat moet wel gepaard gaan met een werkend risicovereveningsmodel. Ik geef toe aan mevrouw Leijten dat dit voor de wijkverpleging nog steeds ingewikkeld is. We gaan nu heel erg de techniek in, maar om die reden werken we met een aangepast vereveningsmodel waardoor de risico's voor de verzekeraars heel beperkt zijn. Er wordt teruggekeken naar het zorggebruik van het jaar daarvoor en dat wordt gebruikt in de verevening van het jaar daarna. Dat is eigenlijk al bijna risicoloos. We zullen indicatoren moeten vinden om de verevening op een goede manier verder aan te scherpen en echte risicodragendheid in te voeren. Ik heb echter het idee dat we dat op het moment op een heel beheerste manier doen. Die beheersing is ook nodig, want partijen moeten dit goed kunnen oppakken en moeten in de onderhandeling tot een fatsoenlijk tarief kunnen komen. Dat ben ik met mevrouw Leijten eens, maar ik denk dat de spelregels dusdanig zijn dat dit ook gewoon kan.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik sla aan op een eerdere opmerking van de heer Rutte. Hij zei met zoveel woorden dat hij niet wil dat de aanbieders in september weer beginnen te klagen dat ze te weinig geld hebben. Mijnheer Rutte is er zelf verantwoordelijk voor dat er vorig jaar 400 miljoen euro is bezuinigd op de wijkzakenverzorging en -ziekenverpleging en dit jaar 600 miljoen. Dat is 15% van het totaalbudget van een sterk groeiende sector. De problemen stapelen zich op. Er is steeds meer werkloosheid en de budgetten worden steeds krappere. Kan de heer Rutte toelichten hoe hij bij de gedachte komt dat de aanbieders straks in september niet zullen zeggen dat er tekorten zijn? Ik wijs op de brief van BTN van gisteren, waarin BTN gewoon al zegt dat 30% van de aanbieders al aan zijn taks zit en dat 70% van de aanbieders in september aan zijn taks zal zitten.

De heer **Rutte** (VVD):

Dan is BTN er dit jaar nog eerder bij dan vorig jaar. Dat verbaast me ook niets, want waarschijnlijk lopen de onderhandelingen al. Ik ben daar wat cynisch over, om de eenvoudige reden dat vorig jaar rond september het verhaal kwam dat er een tekort van honderden miljoenen zou zijn en dat er direct moest worden bijgeplust. BTN was een van de partijen die dat zeiden. Ik heb in een radio-interviewtje nog bijna ruzie daarover gekregen met de voorman van BTN. Nu kijken we terug. Als ik terugkijk op de daadwerkelijke realisatie van vorig jaar, dan heeft op een budget van 3,2 miljard euro voor de wijkverpleegkundige zorg een overschrijding plaatsgevonden van niet honderden miljoenen, maar van 37 miljoen euro. Dat zijn de feiten. Dat toont maar weer aan dat aanbieders er belang bij hebben om te zeggen dat het helemaal misgaat. Dat mag ook. Ik zie dat echt als onderdeel van de onderhandeling, gezien de daadwerkelijke realisatie die heeft plaatsgevonden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is toch heel raar dat de heer Rutte dat allemaal wegzet als onderhandelingstrucjes? Vorig jaar heeft hij 10% bezuinigd op het macrobudget. Dat wordt dit jaar 15%. 600 miljoen euro wordt eruit gedrukt in een groeiende sector! De VVD kan hier toch niet gewoon het mes op de keel blijven zetten nu we al die signalen krijgen? Het kan toch niet allemaal onder het tapijt worden geschoven? Het gaat hier om lijfgebonden zorg. Wanneer houdt het dan op bij de VVD als dit allemaal maar gezeur is?

De heer **Rutte** (VVD):

De wijkverpleegkundige zorg is extreem belangrijk. Ik deel met mevrouw Agema het gevoel dat heel veel mensen bang zijn dat de zorg niet

geleverd wordt als ze die nodig hebben. Die angst bestaat. Als ik echter naar de feiten kijk, dan klopt dat niet. Het klopte ook niet toen er in september werd gezegd dat er een tekort van honderden miljoenen was, want dan hadden we over het afgelopen jaar een tekort moeten zien van een paar honderd miljoen. Dat is niet zo. Het tekort was 37 miljoen. Als we kijken naar de ontwikkeling van het budget voor de wijkverpleegkundige zorg voor de komende jaren, dan is er dit jaar 230 miljoen meer dan het jaar ervoor. Ook voor volgend jaar is er toch weer een plus van 200 miljoen euro. Het budget groeit dus wel degelijk. Dat is ook terecht, omdat ook de samenstelling van onze bevolking verandert. Ik kan niet anders doen dan de feiten te nemen zoals ze zijn. Ik heb geprobeerd om ze niet mooier te maken dan ze zijn, maar ook zeker niet lelijker.

De voorzitter:

Mevrouw Agema benut haar tweede interruptie.

Mevrouw Agema (PVV):

Iedere keer zegt de heer Rutte dat we nog steeds meer geld uitgeven, maar hij bezuinigt een enorme klap ten opzichte van een oorspronkelijke begroting die voor dit jaar, 2016, 600 miljoen hoger was. Dat is extreem veel geld. Vorig jaar is het inderdaad faliekant misgegaan, want er zijn mensen geweest die gewoon helemaal geen zorg hebben gehad. Er zijn mensen geweest die niet eens meer konden kiezen waar ze wilden sterven. Vorig jaar was helemaal geen succesnummer als het gaat om de bezuinigingen in de wijkverpleging. Mijn vraag aan de heer Rutte is of hij nu gaat regelen dat de mensen dit jaar in september gewoon nog kunnen sterven waar ze willen.

De heer Rutte (VVD):

Mensen hebben recht op wijkverpleegkundige zorg. Ze hebben ook recht op de gespecialiseerde wijkverpleegkundige zorg waarop mevrouw Agema wijst. Dus ja, daar hebben ze recht op. Ze moeten hun verzekeraar daarop aanspreken en die moet leveren. We hebben in Nederland geen zorggunst, maar een zorgplicht. De verzekeraar moet leveren en heeft daar ook voor te staan. Als op zo'n moment blijkt dat de verzekeraar zegt «sorry, dat gaat ten koste van mijn budget», dan gaat dat op dat moment ten koste van het budget en zien we het jaar daarop inderdaad heel grote overschrijdingen. Ik constateer echter dat die overschrijdingen er vorig jaar maar in zeer beperkte mate zijn geweest en dat er geen zaken zijn aangespannen over situaties waarin echt niet is voldaan aan de zorgplicht. Er zijn wel zorgen geweest. Er zijn organisatorisch zeker dingen niet goed gegaan. Verzekeraars zijn daar ook op aangesproken, zoals het moet. Zorg is echter verplicht als die aangewezen is. Die moet geleverd worden.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, dat is makkelijk praten achteraf. Dat is ook heel erg leuk voor de nabestaanden van de mensen die niet thuis konden sterven. Het is wel faliekant misgegaan vorig jaar. De VVD kan dan samen met de Partij van de Arbeid alle plenaire debatten tegenhouden en algemeen overleggen tegenhouden in de hoop dat het probleem vanzelf wel weggaat. Het probleem gaat echter niet weg, want het probleem zit in het macrobudget. Daar gaat dit jaar 600 miljoen van af. De VVD zegt dan dat er nog steeds geld bijkomt. Nee, gezien de populatie, gezien het uurloon en gezien de productie is het tekort dit jaar nog veel groter dan vorig jaar. Wat zegt de VVD straks in september? Zegt zij dan «jullie moeten niet zeuren», zoals zij net zei? Of zegt de VVD op voorhand dat wat vorig jaar is gebeurd met de cliëntenstops, de zorgstops en de wachtlijsten, dit jaar niet mag gebeuren?

De heer **Rutte** (VVD):

Het is voor mensen in Nederland essentieel om te weten dat wijkverpleegkundige zorg er ook daadwerkelijk is en geleverd wordt op het moment dat ze die nodig hebben. Daar hebben zij recht op. Dat gold vorig jaar en dat geldt ook dit jaar. Nogmaals, verzekeraars hebben een zorgplicht. Zij zullen die zorg moeten leveren. Die plicht gold ook vorig jaar. Als ik dan terugkijk op vorig jaar in gesprekken met mensen die wijkverpleegkundige zorg hebben gehad, dan zeggen zij dat het eigenlijk heel snel geregeld werd, dat het hartstikke goed was en dat zij daar heel blij mee zijn. Als ik met wijkverpleegkundigen praat, hoor ik hen zeggen dat ze hun vak terug hebben en dat ze nu mogen indiceren. Daar zijn ze blij mee. Ik zie ook dat de budgettaire overschrijding ten aanzien van het geplande budget uiteindelijk minimaal is. Het kan gewoon niet waar zijn geweest dat er in september honderden miljoenen tekort waren als bij de eindafrekening het verschil maar 37 miljoen blijkt te zijn. Daarom noem ik dit een onderdeel van de onderhandeling. Ik vind dat partijen mogen onderhandelen, maar dat ze dat niet moeten doen over de rug van de patiënt en zijn angst. Houd daarmee op.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het gaat niet alleen om de vraag of mensen wijkverpleegkundige zorg krijgen, maar ook om de vraag of zij de zorg krijgen waarvoor zij zelf hadden willen kiezen. Het punt ligt op tafel dat het is voorgekomen dat mensen niet bij de aanbieder van hun keuze terecht konden als gevolg van budgetplafonds. Ik hoor graag van de heer Rutte wat hij hiervan vindt. Vindt hij, als vertegenwoordiger van een partij die staat voor keuzevrijheid, ook dat dit niet kan?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik deel de mening van mevrouw Voortman dat het heel belangrijk is dat mensen kunnen kiezen als het gaat om zorg. Het moet niet een systeem van «one size fits...». Nee, dat mag ik niet zeggen van de heer Elias. Het moet niet een «één maat past niemand»-systeem zijn. Ik moest dat even vertalen! Dat is van heel groot belang. Als iemand de ultieme keuzevrijheid wil, zal hij daarvoor misschien een restitutiepolis moeten afsluiten. Dan kun je altijd kiezen en ben je volledig vrij. Ook bij een naturapolis, die heel veel mensen hebben, is het van belang dat er voldoende keuze is en dat er ruim is gecontracteerd. Dat hebben we ook geëist van de aanbieders. Er is zelfs een AMvB gekomen waarin dat allemaal staat, dus waarin eisen ten aanzien van diversiteit staan. Ik vind het wel van belang dat daarop goed wordt toegezien en dat de NZa af en toe haar tanden laat zien als er in de contractering fouten worden gemaakt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Wat zegt de heer Rutte dan terugkijkend op de berichten van nabestaanden dat de persoon in kwestie niet de zorg kon krijgen bij de aanbieder die hij wilde? Hij zou toch moeten zeggen dat dat absoluut niet kan.

De heer **Rutte** (VVD):

De berichten gingen erover dat de palliatieve thuiszorg niet geleverd werd, omdat de daarvoor gecontracteerde aanbieder zei dat hij aan zijn budgetplafond zat. Dat vind ik onacceptabel, zoals ik ook heb uitgesproken. Je hebt recht op zorg, ook op heel specialistische zorg. Als een verzekeraar die te weinig contracteert, dan contracteert hij maar bij, want die zorg moet geleverd worden. Dat is nog wat anders dan het hele vraagstuk van keuzevrijheid, want dit gaat over een bepaalde kwaliteit van zorg. Dat is wel essentieel. Er moet geleverd worden; daar mag geen discussie over zijn.

De **voorzitter**:

U kunt uw betoog vervolgen. U hebt nog een hele minuut.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik was bezig met complimenten. Tot slot een compliment aan de Staatssecretaris. Hij is in alle stormen rustig gebleven en staat aan de vooravond van heel goede bestuurlijke afspraken over de bekostiging vanaf 2017. Het gaat om afspraken om, waar mogelijk en zo veel mogelijk, te komen tot één tarief. De VVD steunt dat. Een en ander is misschien nog niet perfect en kan nog beter. Er zijn her en der vragen die vooral moeten worden beantwoord. Maar deze richting wordt door de VVD gesteund.

We hebben wel één zorg. Ik heb daar vaker over gesproken en mevrouw Voortman heeft die ook naar voren gebracht. Er zijn toch wel signalen dat gemeenten zorg afschuiven van de Wmo naar de wijkverpleegkundige zorg. Aangezien er forse budgetoverschrijdingen in de Wlz zijn, zou het ook zo kunnen zijn dat er zorg wordt afgeschoven vanuit de wijkverpleegkundige zorg naar de Wlz. Beide zijn volstrekt ongewenst. Ik zou heel graag zien dat de Staatssecretaris dit heel scherp gaat monitoren. De VVD heeft gesproken met mensen van Vektis. Wij weten dat de getallen en dat patroon inzichtelijk zijn. Ik krijg van de Staatssecretaris graag de toezegging dat hij dat daadwerkelijk gaat doen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Ik ben mild gestemd vandaag, maar ik zou het liefst zien dat de Staatssecretaris zijn tas zou pakken, deze vergadering zou verlaten en zo snel mogelijk met de sector een bestuurlijk akkoord zou sluiten over de wijkverpleging en het geïntegreerde tarief dat hij zo graag wil. Wij willen allemaal niks liever dan een versimpeling van de financiering die resulteert in meer vertrouwen in de professional en in minder administratieve lasten. Wij willen niks liever, zoals wij meerdere keren hebben uitgesproken. Wat nu voorligt, is eigenlijk maar een half plan. Waarom heeft de Staatssecretaris ervoor gekozen om dit als een stuk rood vlees in het nieuws te gooien en om dat bestuurlijk akkoord dan misschien maar in een Kamerdebat te forceren, terwijl hij dit anders met de sector regelt? Wij krijgen allerlei reacties. De één is voor; de ander is tegen. Ik wil mij voor geen enkel karretje laten spannen, maar ik ben heel erg bang voor chaos. Wij waren allemaal voor het trekkingsrecht, maar al een paar maanden na de invoering hebben wij moeten constateren dat het volledig fout is gelopen. Ik wil niet nog een keer zo'n scenario. Ik kan mij alleen maar aansluiten bij alle vragen die mijn collega's daarover gesteld hebben.

Laat ik beginnen met de financiering. Als we nu kiezen voor een geïntegreerd uurtarief in de wijkverpleging, waarom komen we dan niet gewoon tot één landelijk tarief zoals we bij de huisarts doen? Die krijgt één tarief voor een consult. Het maakt dan niet uit waarvoor je komt. Daar gaan we ook niet over. We hebben er vertrouwen in dat die huisarts daar goed mee omgaat. Nu moet het een pilot zijn, gaat het over een contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, en komen er wellicht verschillende tarieven. Dat wordt toch niet simpeler? Het wordt misschien wel bureaucratischer. Waar is die wijkverpleegkundige in dat model? Er slingeren al allerlei inkoopdocumenten rond op internet. Ik heb bijvoorbeeld documenten van Zilveren Kruis en Menzis kunnen vinden. Hoe loopt dat nu weer met het nieuwe plan voor 2017? De zorgprofielen van 2019 zijn al genoemd. Gaan die daar weer iets aan veranderen? We hebben van de zorgverzekeraars gehoord dat zij hier wel voor zijn, maar dat zij nog wel willen dat aan vier voorwaarden wordt voldaan. Lukt dat nog voor het einde van het jaar? Is er dan sprake van een goede uitwisseling van gegevens en voldoende wijkverpleegkundigen? Ik zou graag een blik opentrekken, maar ik weet niet of dat vóór 1 januari 2017 nog lukt. Met andere woorden: waar krijgen we precies mee te maken?

We hebben nu te maken met de hartgrondige wens om het eenvoudig te maken en de wijkverpleegkundige aan het stuur te zetten, maar ook met een gigantisch ingewikkeld systeem met allerlei organisaties en financieringsstromen die met allerlei veranderingen zitten. En dan krijgt de zorgverzekeraar de wijkverpleegkundige zorg ook nog eens volledig risicodragend in zijn mik geschoven. Ik vrees het ergste, terwijl ik dat eigenlijk helemaal niet wil, want ik wil dat we deze stap zetten. Ik vroeg net al aan mevrouw Wolbert: zouden we hiermee niet juist het nadeel kunnen forceren? Wordt een en ander niet verscheurd doordat het als een experiment wordt ingevoerd? Ik vraag de Staatssecretaris om daar echt even op te reflecteren, want ik zou dat zonde vinden.

Nu de Staatssecretaris er toch is, wil ik hem vragen om ook te reflecteren op andere problemen. Wat doen we eraan dat maar 29 ziekenhuizen de overdracht vanuit het ziekenhuis naar thuis geregeld hebben met de wijkverpleegkundige? Wat doen we eraan dat de wijkverpleegkundige vaak onvoldoende contact heeft met de wijkteams die de Wmo-zorg doen? Wat doen we nu blijkt dat we het macrobeheersinstrument niet zullen inzetten voor die overschrijding, maar er waarschijnlijk strafkorting volgen voor de organisaties die te veel zouden hebben omgezet? We hebben allemaal de wens dat er wordt bijgeplust als er onvoldoende ingekocht is. Ik verwijs maar even naar de hele discussie die net met de VVD is gevoerd. Maar als je daar vervolgens volledig voor wordt bestraft door de zorgverzekeraars, dan kun je alsnog geen kant op als werkgever of als zelfstandige. Ik krijg daar graag een reflectie op van de Staatssecretaris.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. De wijkverpleegkundige zorg is enorm in beweging. Er moesten heel wat hobbels genomen worden. Het gaat om heel veel ingewikkelde regels en tariefstructuren. Er worden nu voorstellen voor vereenvoudiging gedaan. Ik begrijp wel dat er mensen zijn die zeggen dat dit hen aan de ene kant zeer aanspreekt en dat we deze route moeten volgen, maar dat zij deze vereenvoudiging aan de andere kant vrezen omdat zij niet precies weten wat die in de praktijk betekent. Ik sluit mij daar wel bij aan. In het bijzonder op dit terrein moeten wij laveren tussen die behoefte aan rust en een stukje stabiliteit en veranderingen die weer door nieuwe veranderingen gevolgd worden.

Op het punt van het integrale tarief benadruk ik dat ik hier niet zit om klaagliederen of lofzangen te zingen. Ik wil wel een aantal vragen voorleggen die al uitgebreid aan de orde zijn gekomen. Ik zal kort de punten noemen die wij meekregen in de voorbereiding op dit debat. Van de kant van de verpleegkundigen werd gevraagd: lukt het wel om de beoogde administratievelastenverlichting voor elkaar te krijgen, gelet op de aanpassing van ICT-systemen die hiervoor nodig is? Er werd ook gevraagd: zal dit ene tarief niet financieel nadelig uitpakken voor zorgaanbieders die relatief veel verpleging moeten inzetten bij specifieke cliëntdoelgroepen, zoals in de palliatieve zorg, de intensieve kindzorg en het casemanagement dementie? De Staatssecretaris anticipeert al op dat risico door te stellen dat die verandering maatwerk in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders noodzakelijk maakt. Maar als er bijvoorbeeld heel weinig contact is tussen kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dan zal dat een utopie blijven. Welke pressiemiddelen heeft de Staatssecretaris als verzekeraars opnieuw onvoldoende maatwerk bieden in het contracteren van kleinere zorgaanbieders? Een ander punt is dat er een prikkel kan ontstaan om vooral veel verzorging in te zetten en minder verpleging. Wat is de reactie van de Staatssecretaris daarop?

Kortom, we steunen deze benadering, maar we hebben wel een aantal punten van zorg en vragen. We willen graag weten hoe de Staatssecretaris daartegen aankijkt. De Staatssecretaris stelt voor om de prestatie

wijkgericht werken te laten vervallen. Wordt de bekostiging van wijkgerichte zorg daardoor niet te veel afhankelijk van wat verzekeraars ervoor overhebben? Dat zou een groot risico zijn voor de zorg aan zorgmijders en mensen met complexe problematiek. Heeft de Staatssecretaris in 2017 nog wel de mogelijkheid om verzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht voor wijkgerichte zorg? Welke pressiemiddelen houdt hij nog over als verzekeraars te weinig beloningsafspraken maken voor wijkgerichte zorg?

Tot slot kom ik te spreken over de inkoop van specialistische zorg binnen de wijkverpleging. De Staatssecretaris zegt dat zorgverzekeraars inmiddels in beweging komen als het gaat om de specialistische palliatieve zorg. Aan de andere kant horen wij van hospices dat zij daar soms nog weinig van merken en dat zij tegen de budgetplafonds van dit jaar aan zitten. Zij geven aan dat zij nog een halfjaar te gaan hebben en dat zij geen zicht hebben op een verhoging van het budgetplafond. Een andere zorg is dat er te weinig casemanagement dementie wordt ingekocht. Collega's vroegen daar al aandacht voor. Ik krijg graag ook een reactie op die punten.

Daar wil ik het bij laten, want als mevrouw Leijten haar bijdrage al begint met de uitspraak dat zij mild gestemd is, dan past het mij helemaal om mij mild uit te drukken vandaag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter. Ik wist niet of ik moest lachen of huilen toen ik de brief over de bekostiging las die de Staatssecretaris ons vorige week toezond. De brief begon namelijk weer met het grijsgedraaide leugenachtige mantra dat alles er met de hervorming van de langdurige zorg beter op wordt. Heel eerlijk gezegd word ik er zo onderhand helemaal niet goed van. Op de thuiszorg wordt het duizelingwekkende bedrag van 600 miljoen euro bezuinigd op een totaal van zo ongeveer 4 miljard. Dat is dus heel erg veel. Wie haalt het dan in zijn hoofd om de suggestie te wekken dat het er allemaal ineens beter op wordt?

Wordt het er beter op door goed opgeleide, deskundige wijkverpleegkundigen te ontslaan en te vervangen door jonge goedkope krachten of stagiaires of door maar helemaal niemand? Wordt het er beter op als het tekort aan wijkverpleegkundigen oploopt naar 1.000, meer dan 11% van het totaal? Wordt het er beter op als de zorgverzekeraars door de bezuinigingen van Van Rijn niet genoeg zorg inkopen en aanbieders wachtlijsten hanteren en zelfs zorgstops invoeren voor noodzakelijke verzorging en verpleging voor veelal hoogbejaarden? Wordt het er beter op als mensen door zo'n zorgstop niet thuis kunnen sterven? Wordt het er beter op als mensen noodgedwongen maar in het ziekenhuis moeten blijven liggen omdat er geen zorg thuis is? Wordt het er allemaal beter op nu casemanagers dementie in sommige regio's wegbezuinigd of ontslagen zijn? We hebben het dan over welkome casemanagers die volgens het Centraal Planbureau de zorg ook nog eens zo'n 200 miljoen euro goedkoper zouden kunnen maken.

Het is er allemaal niet beter op geworden en het zou toch mooi zijn als we bewindspersonen hebben die gewoon hun verantwoordelijk daarvoor nemen in plaats van dat ze voortdurend mooi weer blijven spelen.

Denk maar niet dat ik blij ben met de plannen van Van Rijn op het punt van de bekostiging. Waarom niet? Dat is niet omdat de Staatssecretaris goede sier probeert te maken met de nieuwe bekostiging met één tarief, waar we vele moties voor indienden die allemaal werden ontraden. Dat is ook niet omdat hij in zijn brief naar de motie-Wolbert verwijst, terwijl de PvdA tegen al onze voorstellen stemde en die toen maar weer eens pikte. Het is vanwege de uitvoering, want dan is het slecht gejat van goed bedacht.

Wij pleiten al zo veel jaren voor het Buurtzorgmodel van één product voor één prijs met één doorlooptijd. Dat laatste, die ene doorlooptijd, is het

enige wat een einde maakt aan de stopwatchzorg en de afvinklijstjes, en wat echt zorgt voor veel goedkopere zorg, al is het alleen al omdat Buurtzorg Nederland als allereerste bewees dat de cliënt tevredener is met haar werkwijze, wat vooral komt door de vaste gezichten. Buurtzorg Nederland is al drie keer werkgever van het jaar geworden. Niet alleen uit de doorrekening van haar businesscase bleek dat haar werkwijze vele honderden miljoenen goedkoper is; het wordt ook bevestigd door het Centraal Planbureau.

Wat nu voorligt, lijkt hierop, maar is het niet. Er loeren een aantal lelijke adders van onder het gras omhoog. De nieuwe financiering moet pas in 2019 ingaan, dus nadat de bezuiniging van 600 miljoen al volledig is doorgevoerd. Er gaat dus niet «in plaats van» worden bezuinigd, zoals we al die jaren hebben bepleit, maar «bovenop». De thuiszorg is in 2019 dus al voor een aanzienlijk deel kapot. De casemanager is dan weg, de goede medewerkers zijn eruit gedrukt, de palliatief terminale zorg is kapot en de schade is desastreus. En dan hebben we het nog niet eens gehad over de terugkeer naar de zorggiganten.

Er ligt nu ook alweer een generieke korting van honderden miljoenen euro's over alle zorgaanbieders op de loer. Er gaat straks dus dubbelop bezuinigd worden op de thuiszorg in plaats van «in plaats van». Dat is een heel slechte zaak. Het is ook nog eens heel erg sneaky als je dat niet gewoon eerlijk zegt. Er wordt niet gekozen voor een vast tarief gebaseerd op historische gegevens, maar de verzekeraars krijgen ruimschoots de kans om straks de prijs te gaan drukken en zo gaat de zorg nog veel verder kapot. De NZa moet één tarief vaststellen dat jaarlijks geïndexeerd wordt, maar dat lijkt weer een ver-van-mijn-bedshow. Een andere adder onder het gras is dat verkeerde zorgaanbieders lagergeschoolde medewerkers gaan inzetten, terwijl er in het Buurtzorgmodel juist wordt gewerkt met hogeropgeleiden.

Ik ben aan het einde van mijn bijdrage gekomen. Ik hoop echt dat het straks goed gejat van goed bedacht is en niet andersom.

De voorzitter:

De Staatssecretaris heeft aangegeven dat hij vijf minuten nodig heeft om zijn beantwoording voor te bereiden. Ik trek daar toch tien minuten voor uit, want dan weet ik dat we gewoon om 17.30 uur kunnen beginnen.

De vergadering wordt van 17.20 uur tot 17.32 uur geschorst.

Staatssecretaris Van Rijn:

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Het is goed om te constateren dat de wijkverpleegkundige zorg bij alle leden van de Kamer zo hoog in het vaandel staat. Het is ook voor mij een kernpunt in alle veranderingen die we in de zorg aan het doorvoeren zijn, want heel veel punten komen samen bij de wijkverpleegkundige zorg. Denk aan het dichterbij huis organiseren van de zorg, het ervoor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen als ze dat willen, het ervoor zorgen dat professionals weer de ruimte krijgen om de zorg te leveren die zij voor de hand vinden liggen als zij ergens komen, en het ervoor zorgen dat die zorg ook wordt geïndiceerd op basis van een oordeel van de professional zelf.

Ik ben zeer blij met die centralere plaats voor de wijkverpleegkundige zorg. In al die veranderingen is het echt een belangrijk kernpunt om ervoor te zorgen dat de verpleegkundige meer ruimte krijgt zodat die zijn of haar vak weer terugkrijgt. In de afgelopen periode is een aantal stappen gezet om die veranderingen door te voeren. De wijkverpleegkundigen hebben in de afgelopen periode die indicatiefunctie opgepakt, wat natuurlijk helemaal niet zo gemakkelijk was, want er moesten in een heel korte tijd enorme inspanningen worden geleverd. Wijkverpleegkundigen

hebben dat met heel veel professionaliteit gedaan, waarvoor zij inderdaad complimenten verdienen, zoals de heer Rutte al zei.

Dat geldt ook voor het budgettaire kader. Ik herinner mij nog discussies in de Kamer over de vraag hoe dat zou gaan. Er zouden tekorten van 200 of 250 miljoen zijn. Op basis van de cijfers waarover ik nu beschik, mogen we verwachten dat er een overschrijding van 37 miljoen of ietsje meer zal zijn. Dat is de stand van zaken in maart, maar ik sluit helemaal niet uit dat dit de komende maanden nog zal dalen. Met het oog op het beheersen van de kosten en het waarborgen dat de zorg in de toekomst betaalbaar blijft, is dat een ongeloofelijk belangrijke prestatie, niet alleen van de wijkverpleegkundigen zelf, maar ook van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Er zijn wat opmerkingen gemaakt over het budgettaire kader voor volgend jaar. Dat zal mede door de regeerakkoordimpuls die nog zijn beslag zal krijgen, toenemen tot 3,6 miljard in 2017. Het is met 400 miljoen toegenomen ten opzichte van 2015. Natuurlijk kunnen we altijd blijven discussiëren over de vraag of er genoeg geld is, maar het budgettaire kader neemt toe, deels door de verzachtingen die zijn aangebracht, deels door de extra middelen die worden toegevoegd als gevolg van de extramuralisering en deels door de regeerakkoordimpuls. Die middelen kunnen en moeten worden ingezet om de toenemende vraag naar zorg in de wijk te kunnen opvangen. We zullen dit jaar en in het komende jaar zeker moeten blijven bekijken of dat voldoende zal zijn, zoals we dat elk jaar zullen doen. Maar ik denk dat we met de langzaam toenemende budgettaire kaders in elk geval in staat zijn om te bekijken of we de wijkverpleegkundige zorg veel centraler kunnen stellen.

Een tweede belangrijke stap was de vereenvoudiging van de bekostiging. Daar is al ongeloofelijk veel over gesproken, niet alleen in de afgelopen maanden maar zelfs al een aantal jaren daarvoor. We hebben daar ook in deze Kamer een aantal malen over gesproken. Het blijkt een hele zoektocht. In alle informatie en in alle onderzoeken wordt aangegeven dat we alleen een soort registratie van het aantal uren kennen, maar dat er heel weinig informatie beschikbaar is over de vraag hoe dit in relatie staat tot het zorgprofiel en de doelgroep waarom het gaat en het soort en het niveau van wijkverpleegkundige zorg die daarbij horen. Om die reden hebben partijen na heel veel zoektochten en het bestuderen van allerlei onderzoeken gezegd: laten we een traject uitzetten waarin wij ons baseren op de registratie van de wijkverpleegkundigen zelf, waardoor wij de komende periode leren wat de beste manier is om tot een bekostiging in meer structurele zin te komen. Het is dus een soort roadmap, om maar eens een mooie Nederlandse term te gebruiken.

Nu gaat er natuurlijk discussie ontstaan over de vraag hoe snel dat kan. Ook de Kamer heeft diverse malen gevraagd om zo snel mogelijk te komen tot een verdere vereenvoudiging van het systeem. In de overleggen met al die partijen heb ik gezegd: ik vind het goed dat die roadmap er is, maar kunnen we niet al in 2017 een betekenisvolle stap zetten om die vereenvoudiging waar wijkverpleegkundigen al zo lang om vragen, al in enige mate in het systeem te brengen? In dat kader heb ik nog een keer apart gepraat met de wijkverpleegkundigen. Ik heb niet alleen met de brancheorganisatie gesproken maar ook met individuele wijkverpleegkundigen. De mate waarin dit een administratieve lastenverlichting oplevert, wordt verschillend ingeschat, maar zij zeiden allemaal unisono tegen mij: je zou ons toch wel zeer helpen als je ervoor kunt zorgen dat we van dat apart registreren van verpleging en verzorging af zijn; je bent dan nog lang niet klaar, want we hebben dan nog te maken met specialistische zorg en specifieke afspraken en we hebben dan nog een aantal andere dingen te doen, maar dat zou al een betekenisvolle stap zijn. Precies om die reden heb ik op dat punt zo volgehouden en gezegd: het is goed dat die roadmap er komt en er op die manier wordt gewerkt aan dat structurele tarief, maar ik vind het waardevol dat er in 2017 al een

betekenisvolle stap wordt gezet die leidt tot de administratievelastenverlichting waar wijkverpleegkundigen om vragen. Ik wil met partijen afspreken om daarin een aantal stappen te zetten. In tegenstelling tot wat ik in de brief van ActiZ heb aangetroffen, is dat niet verplicht. Wij hebben gezegd: we hebben al een experimenteerartikel; kunnen we de voorlopers – de verzekeraars die dit willen en eigenlijk iedereen die zegt dat dit toch wel heel mooi zou zijn – de gelegenheid geven om dat nu eens neer te zetten, niet alleen met het oog op het structurele proces maar ook op de administratieve lasten op korte termijn? Ik heb goede hoop dat heel veel partijen na dit Kamerdebat zullen zeggen dat we die stap moeten gaan zetten, zodat de administratieve lasten kunnen worden verlicht, het werk van de wijkverpleegkundige niet wordt bepaald door het registreren van de bekostiging, en er zo veel mogelijk tijd kan worden besteed aan het verlenen van zorg. Via die roadmap gaan we heel precies uitzoeken welke maatregelen nog meer kunnen worden doorgevoerd in het structurele tarief. Kort samengevat zei mevrouw Wolbert: dat is heel goed, maar let op dat een en ander niet veel te veel gedifferentieerd wordt, want voor je het weet heb je per doelgroep en per zorgprofiel weer een aparte bekostiging. Dat is nadrukkelijk niet de bedoeling. Het is de bedoeling om te bekijken op welke grond je je tariefstructuur kunt baseren en bijvoorbeeld tot de categorieën «licht», «middel» en «zwaar» komt of tot andere zaken die je zou kunnen doen. Dat zou ik het liefste hebben, maar het moet wel inhoudelijk zijn onderbouwd. We moeten ook niet te snel zeggen dat alles in één tarief kan. De intensieve wondzorg, de intensieve kindzorg of de palliatieve zorg zullen nooit onder een gemiddeld tarief kunnen vallen. Daarom zou je voor zo min mogelijk tariefcategorieën moeten kiezen maar daarbij wel heel goed moeten uitzoeken wat een relevante differentiatie is. Je moet er rekening mee houden dat je zo veel mogelijk onder het gemiddelde wilt vangen, maar daar waar dat niet kan, als er specialistische zorg nodig is of andere indicaties nodig zijn, moet je ook de ruimte kunnen vinden om dat te doen. Precies om die reden zetten we samen dat pad uit.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Een korte vraag: wat is een structureel tarief? Wat bedoelt de Staatssecretaris daarmee?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat er nog verdere vereenvoudigingen worden doorgevoerd in de tarieven voor de wijkverpleegkundige zorg en dat we niet alleen maar zeggen dat één onderdeel – dat wil zeggen: vijf prestaties naar één terugbrengen – helpt bij het verminderen van de administratieve lasten. Laten we bekijken in welke mate we in het hele veld van de wijkverpleegkundige zorg nog tot verdere vereenvoudiging kunnen komen. Ik heb al eens eerder in de Kamer gezegd dat het mij een lief ding waard zou zijn om misschien wel tot drie categorieën te komen, licht, middel en zwaar, maar dat we moeten bekijken of dat kan en of dat inhoudelijk te motiveren is op basis van het werk van de wijkverpleegkundigen zelf. Ik snap dat dit best lastig is, want iedereen vraagt zich dan af wat dat precies betekent en of dat allemaal zo snel moet in 2017. In alle overleggen die ik heb gevoerd had ik eerlijk gezegd het omgekeerde gevoel. We praten immers al heel lang over die veranderingen in de tarieven. Ik snap dat iedere zorgaanbieder wil rondrekenen wat dat voor hem gaat betekenen, maar ik houd ook het dringende signaal van al die wijkverpleegkundigen voor ogen. Zij zeggen: help ons in ieder geval om een stap te kunnen zetten. Mevrouw Agema vroeg waarom we het buurtzorgtarief niet invoeren, maar als we nu ergens milde tweets van hebben gekregen, dan is het wel van Buurtzorg Nederland, die zei: laten we ieder geval deze stap gaan zetten. Daar voel ik mij door gesteund.

Kortom, er wordt tot 2019 een pad uitgezet om te komen tot een verdere vereenvoudiging en er wordt in 2017 al een substantiële stap gezet. Die is gebaseerd op vrijwilligheid maar wel vanuit de gedachte dat zowel de zorgverzekeraars als veel zorgaanbieders als de wijkverpleegkundigen zeggen dat we die stap moeten zetten om voor de komende periode al iets te doen.

Voordat ik kom te spreken over een aantal specifieke punten met betrekking tot de bekostiging, ga ik in op een aantal algemene punten over de samenwerking met de gemeenten. Dat is inderdaad een ongelofelijk belangrijk onderwerp. Ik weet niet of de Kamerleden het zich nog herinneren, maar toen wij spraken over die aparte bekostiging, die S1 en die S2, zeiden we hier tegen elkaar: laten we oppassen dat we geen S1- en S2-verpleegkundigen krijgen. Dat zou dan net verkeerd gaan, omdat we eigenlijk willen dat dit een integraal onderdeel is van het werk van een wijkverpleegkundige, waarbij elke wijkverpleegkundige natuurlijk moet kunnen schakelen met de gemeenten maar ook met de huisarts en met wie of wat verder nog nodig is. Ik denk daarom dat het verstandig is om aan de ene kant die S1- en S2-problematiek weg te nemen en dit gewoon deel te laten uitmaken het budget, maar om aan de andere kant wel afspraken te maken tussen zorgverzekeraars en gemeenten, om ervoor te zorgen dat er samengewerkt wordt en dat eenieder er belang bij heeft om dat te doen.

Enerzijds staat in de Wmo de bepaling dat gemeenten bij het vormgeven van hun beleid de zaken moeten afstemmen met de zorgverzekeraars. Anderzijds staat in de Zorgverzekeringswet dat de zorgverzekeraars bij het inkoopbeleid afstemming moeten zoeken met de gemeenten. Ik heb ook gezien dat de VNG en Zorgverzekeraars Nederland op dat punt een samenwerkingsagenda hebben opgesteld. Daarin bevestigen zij dat het een gezamenlijk belang is om die verbinding tussen de domeinen verder te ontwikkelen en om te voorkomen dat er oneigenlijk wordt verschoven, afgeschoven of overgeheveld. De heer Rutte vroeg naar dat laatste. Bij de inkoop van de wijkverpleging dient er aandacht te zijn voor de wijkgerichte zorg. Het gaat dan om samenwerking met de gemeente en preventieve taken. Via een aparte beloning is het ook mogelijk om aparte afspraken te maken om die wijkgerichte zorg verder te brengen.

In antwoord op een vraag van mevrouw Bergkamp kan ik zeggen dat de Zorgautoriteit heeft aangegeven dat zij dat punt gedurende dit experiment zal gaan monitoren. Zij zal de inkoop monitoren en bekijken of er voldoende maatwerk plaatsvindt en of die verbinding met de wijk wordt gemaakt. Zo kunnen we gedurende die periode volgen of een en ander zich ontwikkelt zoals wij voor ogen hadden.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Het is goed dat de Zorgautoriteit dit gaat volgen, maar mijn vraag was of de cliënten worden betrokken bij de evaluatie van de pilot. Er moet niet alleen worden gekeken naar de professionals; er moet ook worden bekeken hoe de cliënten het ervaren.

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat is nadrukkelijk de bedoeling. Dat is overigens niet alleen het geval bij de monitoring door de Zorgautoriteit, waarbij vooral wordt gekeken naar de inkoop en de zorgplicht en de vraag of er goede kwaliteit wordt geleverd. Ook de inspectie heeft daarin een rol, want de kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg moet natuurlijk aan de regels blijven voldoen. Dat zeg ik ook in antwoord op de vragen van mevrouw Wolbert en mevrouw Bergkamp. Het goede van de Zorgverzekeringswet is dat de zorg heel vaak wordt omschreven in functionele termen: huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden; wijkverpleegkundige zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Dat hebben we zo

opgeschreven. Dat is hun recht. Er wordt dus gewoon toezicht gehouden om te bezien of aan de kwaliteitseisen wordt voldaan. De beroepsgroep is ook bezig om tot richtlijnen te komen. Ik kom straks nog even specifiek terug op de tijdschema's die gevolgd worden. Die documenten zijn voor de zorgverzekeraars en de inkopers natuurlijk belangrijk om hun kwaliteit van inkoop op te kunnen baseren. Ook op dat terrein kunnen we volgen of de zorgverzekeraars hun zorgplicht op een goede manier invullen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb het idee dat het systeem goed wordt gemonitord en gevolgd, maar ik wil nog even terug naar de individuele cliënt. De wijkverpleegkundige gaat indiceren. We hebben er veel vertrouwen in dat dat goed gaat, maar het kan op een aantal momenten misschien ook niet goed gaan. Wat kan de cliënt dan doen? Waar kan de cliënt dat bespreekbaar maken? Er is sprake van afhankelijkheid van die wijkverpleegkundige, want die gaat de zorg leveren en die indiceert. Waar kan die cliënt terecht?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Het antwoord is meervoudig. Er zijn verschillende loketten waarbij men terecht kan. Ten eerste is er de klachtenprocedure bij de aanbieder. De cliënt zal het misschien niet altijd prettig vinden om die te voeren. Ten tweede kan de cliënt terecht bij de SKGZ (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen), de geschillen- en klachtencommissie die kan worden ingeschakeld om te bekijken of er wel goede zorg verleend is. Ten derde heeft de cliënt conform de Zorgverzekeringswet het recht op een second opinion. Het gaat dan om de vraag of iemand anders misschien nog even moet meekijken of er goede zorg is verleend. Kortom, er zit een aantal waarborgen in om te kunnen bekijken of je wel de goede zorg krijgt. Het is heel terecht dat mevrouw Bergkamp dit vraagt, want dit kan natuurlijk altijd voorkomen. Ik denk dat het voordeel bij de wijkverpleegkundige zorg wel is dat die geïndiceerd wordt door de professionals, door de wijkverpleegkundigen zelf. Daarbij kun je net als in de Zorgverzekeringswet om een second opinion vragen als je denkt dat het niet helemaal goed zit.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De Staatssecretaris zegt: er komt een experiment en dat gaan we goed monitoren. Ik vind dat eigenlijk een beetje te mager. We hebben al heel veel experimenten gehad. De Zichtbare Schakel was ook een experiment. Daarin mocht de wijkverpleegkundige beslissen wat zij deed. Dat was een succes en dat gingen we uitvoeren. En toch is de kar in een moeras gekomen, zitten we vast en is er weer een experiment nodig om het te doen laten slagen. Wat is nu het perspectief voor de Staatssecretaris? Zijn dat verschillende systemen naast elkaar? Is dat een experiment op een bepaalde plek? Buurtzorg is eigenlijk één groot experiment. Die organisatie is al jaren de grootste en beste werkgever en de grootste aanbieder. Wanneer zal die betekenisvolle stap nu ook een daadwerkelijke omslag in het denken zijn? Je ziet ook dat heel veel zorgaanbieders daar nog niet aan toe zijn. Wat wil de Staatssecretaris nu precies?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik wil een paar dingen. Ik wil allereerst dat er zo veel mogelijk vrijheid voor de wijkverpleegkundige is. Ik wil voorts dat er zo min mogelijk administratieve lasten zijn. En ik wil een manier van bekostiging die de wijkverpleegkundige in staat stelt om zonder al te veel registratiegedoe de gewenste zorg te leveren. Ik denk dat dat aan het lukken is. Mevrouw Leijten zei net dat er vertraging is opgetreden, maar juist die experimenten van de Zichtbare Schakel met wijkgerichte zorg hebben geleid tot een extra budget om dat te financieren. Die leiden nu tot de uitspraak om

dat helemaal onderdeel van het budget te laten worden. En dat geldt eigenlijk voor iedere wijkverpleegkundige. Wij zeggen nu naar aanleiding van het experiment met de bekostiging dat we naar een grootscheepse vereenvoudiging van de tarieven willen. Ik heb al gezegd dat een onderscheid in licht, middel en zwaar heel mooi is. Iedereen is dat eigenlijk met me eens, maar men wil dat dan wel onderbouwd wordt wat licht, middel en zwaar is. We maken er ons nu voor op om te zeggen: laten we in 2017 in ieder geval al de stap zetten van verpleging en verzorging. Ik vind het mooi dat een organisatie als Buurtzorg zegt dat het haar heel mooi lijkt om dat te doen. Zij zegt: laten we niet in het oude blijven hangen, maar laten we die stap zetten. Ik vind het ook mooi dat de zorgverzekeraars zeggen: dit willen wij, op die manier gaan wij zorg inkopen. Er zijn zorgaanbieders die hier nog een beetje tegen aanhikken. Zij hebben in bestuurlijke overleggen gezegd: wij vinden dit ook wel, wij willen daar ook naartoe, maar wij willen wel goed uitgezocht hebben wat het precies voor ons betekent. Dat begrijp ik ook. Als zij ook meedoen, dan denk ik dat we echt betekenisvolle stappen zetten, met als einddoel simpele bekostiging, veel vrijheid voor de wijkverpleegkundige en het leveren van zorg met zo min mogelijk administratieve lasten.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het klinkt natuurlijk allemaal hartstikke mooi, maar ik heb hier inkoopdocumenten van Zilveren Kruis en van Menzis. Die zijn al met een heel andere koers bezig. Gaat die dan van tafel? Hoe groot moet het experiment zijn? Moet het gaan om 10% van de markt of om de helft van de markt? Wanneer moet er helemaal zijn overgestapt op een geïntegreerd tarief? Ik ben het met de Staatssecretaris eens dat er een uitzondering kan worden gemaakt voor aantal specifieke zorgsituaties, zoals palliatieve zorg en intensieve kindzorg. Die laatste vorm van zorg zou je volgens mij overigens ook nog best via een geïntegreerd tarief kunnen doen. Maar wanneer is het nu werkelijkheid in de hele sector? Het gaat om een simpel systeem met zo min mogelijk bureaucratie, waarbij de wijkverpleegkundige aan het stuur zit. Nu worden we toch gewoon weer het bos in gestuurd met een experimentje. Zo komt het althans op mij over. Het klinkt natuurlijk hartstikke mooi in een laatste regeringsjaar, maar ik wil dat het nu echt een stap wordt. En dat krijg ik nog niet helemaal los bij de Staatssecretaris. Om hoeveel procent moet het volgend jaar gaan?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Misschien zijn wij het wel meer eens dan we weleens denken. Ik hoorde mevrouw Leijten eerder zeggen: de Staatssecretaris doet dit nu, maar had hij niet beter kunnen wachten totdat het allemaal uitgezocht was? Zij verwees daarbij ook naar de roadmap in 2019. Ik zie nu aan haar gezicht dat zij dit niet gezegd heeft. Ik meende dat te bespeuren, maar dan heb ik haar verkeerd begrepen. Ik heb juist gezegd: prima die roadmap. Het is goed dat we tot 2019 uitzoeken wat precies de onderbouwing is, met allerlei aanpassingen die nodig zijn om dat te doen, maar laten we in 2017 alvast stappen zetten. Mevrouw Leijten vraagt om hoeveel procent het in 2017 zou moeten gaan. Ik zou het mooi vinden als dat een heel hoog percentage was. Sterker nog, mijn liefste wens is dat de gehele markt meedoet. Dat zal echter niet gebeuren, omdat iedereen zegt: wacht nog even, geef ons ook nog even de tijd; hoe zit het nu precies met de ontwikkeling van mijn case mix? Er zijn instellingen die alleen maar met verpleegkundige zorg bezig zijn of alleen maar met verzorging, maar er zijn ook instellingen met een heel andere mix. Ik kan me voorstellen dat dat om wat onderzoekwerk vraagt. Ik denk dat als er aanbieders en verzekeraars zijn die dat willen, we een vrij hoog percentage zouden kunnen behalen. De zorgverzekeraars hebben in een brief aangegeven dat dit voor

hen de norm zal worden. Zij willen het op die manier inzetten. Dan wordt de bewijslast dus eigenlijk omgekeerd. Dan is de vraag: waarom kan het niet?

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, u wilt meteen een vervolginterruptie?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja. Ik heb met de Staatssecretaris heel lang gedebatteerd over het naar nul brengen van de norm om te drogeren in verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg. De Staatssecretaris zegt dan: ja, het moet naar nul. Dat klinkt geweldig. Als ik dan vraag wanneer die drogering tot nul moet zijn teruggebracht, krijg ik daar geen antwoord op. We lopen in dit debat ook weer vast. Ik zit nu tien jaar in de Tweede Kamer en we spreken al tien jaar over de wens dat de wijkverpleegkundige terug moet komen en dat het simpeler moet worden. De wijkverpleegkundige is terug, zij mag zelf indiceren, maar het is er niet simpeler op geworden. Wanneer gaat dat nu wel lukken? Wordt dit nou de vlag van de Staatssecretaris of meer de wagen in de modder? Ik ben op zoek naar een antwoord op die vraag. Hij zegt dat we volgend jaar een vrij hoog percentage kunnen halen. Zoals het er nu naar uitziet, zie ik die garanties niet. Komt er volgend jaar één tarief? Dat zou al een eerste stap zijn. Gaat de Staatssecretaris er dan ook voor zorgen dat dat tarief er komt, zodat de concurrentie bij de inkoop van zorg wordt uitgeschakeld? Dat zou dan toch een eerste stap zijn? Is de Staatssecretaris bereid om die regie op zich te nemen? Of zegt hij: nee, ik pleur een ideetje op de markt, het is een experiment en we zien wel waar de kar in de modder vastloopt?

Staatssecretaris Van Rijn:

Wat mij betreft is het dus de vlag, want dit is echt een kernpunt van mijn beleid. Ik begrijp dat mevrouw Leijten mij op dat punt in ieder geval heel erg steunt. Partijen zeggen echter tegen mij dat ik niet nu al moet voorschrijven wat dat dan precies moet zijn. Die mix is immers bij iedereen verschillend. Sommige instellingen hebben een mix van 80/20, sommige organisaties zitten op 50/50 en weer andere zorgaanbieders hebben een mix van bijvoorbeeld 20/80. Dan is het heel goed dat zorgverzekeraars en aanbieders samen kunnen praten over de vraag wat voor hen de goede mix is. Dat verschilt echt van zorgaanbieder tot zorgaanbieder, maar het is dus mogelijk om dan een integraal tarief af te spreken. Zorgverzekeraars zetten zich daar ook voor in. De Kamer kan erop rekenen dat ik mij zeer intensief zal bezighouden met de vraag of dat voldoende van de grond komt. Er mag niet worden gezegd: dat is nu eenmaal afgesproken, maar we zien wel. Nee, we zien helemaal niet! Ik vind het echt een relevant signaal dat zorgverzekeraars nu ook in de Kamer hebben gezegd dat dit voor hen de norm wordt, tenzij. Ik denk dat dit heel belangrijk is. Die «tenzij» is er. Daar hebben partijen ook om gevraagd. Zij hebben gevraagd om het niet te verplichten. In de brief van ActiZ staat dat het verplicht is. Dat is dus niet waar, maar ik vind het wel mooi dat men dat zo voelt. Het betekent inderdaad dat er sprake moet zijn van een integraal tarief, tenzij. Dat «tenzij» moet dan ook worden aangetoond.

Mevrouw **Leijten** (SP):

We komen geen stap dichterbij elkaar, want ik zie geen garanties. Stel dat een aanbieder een geïntegreerd tarief met de grootste zorgverzekeraar in de regio heeft afgesproken. Vervolgens zegt een wat kleinere, nog wel grote zorgverzekeraar: nee, ik doe het toch gewoon via de urenregistratie en het productenboek. Dat wordt dan toch een hel voor de wijkverpleegkundige? Dan krijgt ze van de grootste zorgverzekeraar de vrijheid, maar moet ze bij de andere zorgverzekeraar uren registreren. Is de Staatssecre-

taris bereid om te zeggen dat de hoofdaannemer bepaalt of er met een geïntegreerd tarief of via een productenboek en een urenregistratie wordt gewerkt? Dan zit de zorgaanbieder, en dus de wijkverpleegkundige, niet met twee systemen. Is de Staatssecretaris bereid om op dat vlak de regie te nemen? Is hij bereid om ervoor te zorgen dat er geen twee inkoopmodellen kunnen zijn bij dezelfde aanbieder, en dus uiteindelijk bij dezelfde wijkverpleegkundige? Het moet niet zo zijn dat de wijkverpleegkundige bij elke patiënt moet nagaan hoe zij moet registreren en administreren. Is de Staatssecretaris bereid om daarop de regie te nemen?

Staatssecretaris Van Rijn:

Zeker. Daar heb ik ook over gesproken met aanbieders en verzekeraars. Ik heb met name gesproken over het punt dat we ook op grond van allerlei andere wetten niet kunnen zeggen dat alle verzekeraars hetzelfde moeten doen. Maar als een verzekeraar met een aanbieder een afspraak maakt en die aanbieder dat type afspraak ook met andere verzekeraars wil maken, dan zijn de verzekeraars bereid om dat te volgen. Die afspraak is ook gemaakt. Er is dus regie op het proces van zorginkoop. Maar dat gebeurt dan op aangeven van de aanbieder die een bepaald type contract dat hij met een grote verzekeraar heeft afgesloten, ook met andere verzekeraars wil afsluiten. De andere zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij dat dan zullen volgen.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

De Staatssecretaris geeft antwoord op vragen van mevrouw Leijten, maar ik vind het ook een enorme stap in de goede richting als zorgverzekeraars onderling tot afspraken kunnen komen dat ze dezelfde dataset uitvragen en dezelfde gegevensuitwisseling hanteren.

Ik heb nog een vraag over het toezicht van de NZa op de afspraken die gemeenten en zorgverzekeraars maken. Als je het vanuit de Zorgverzekeringswet bekijkt, dan gaat het om de afspraken die zorgverzekeraars met gemeenten maken. Kijkt de NZa ook naar de inhoud van dat soort afspraken of turft zij alleen dat er afspraken zijn? Ik heb behoefte aan een overzicht van wat die afspraken dan precies inhouden. Ik wil niet alleen weten dat men met elkaar aan tafel heeft gezeten.

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat zullen we nog nader met de Nederlandse Zorgautoriteit bespreken. Ik begrijp de vraag dat er ook naar de inhoud van die afspraken moet worden gekeken, zodat er ook een oordeel over kan worden gegeven. Die spiegelbepaling is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat die ook onderdeel is van het toezicht van de NZa. Om tot een goed oordeel daarover te kunnen komen, zal de NZa in het kader van de ontwikkelingen in 2017 extra aandacht aan dat punt geven. Ik ben zeer bereid om met de NZa af te spreken op welke wijze zij de monitor precies gaat vormgeven.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

Dan lijkt het mij verstandig dat de dataset die de Staatssecretaris voorlegt aan de NZa, ook aan de Kamer wordt voorgelegd. Dan kunnen wij ernaar kijken en bepalen of dit inderdaad de juiste informatie is, of het echt ergens over gaat en of het toezicht van de NZa ook substantieel is.

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik wil twee opmerkingen maken. Mevrouw Wolbert zei net dat de zorgverzekeraars onderlinge afspraken gaan maken, maar dat willen we nu juist niet. Wij willen dat een zorgverzekeraar in vrijheid kan volgen en dat zij geen onderlinge afspraken maken. Dat zou in strijd zijn met de Mededingingswet. Een zorgverzekeraar kan zich op verzoek van een aanbieder wel bij een bepaalde afspraak aansluiten.

De Nederlandse Zorgautoriteit werkt dat natuurlijk zelfstandig uit. Ik kan niet tegen de NZa zeggen wat zij precies moet doen. Wij hebben in de Kamer al vaker gesproken over de vraag in hoeverre VWS zich mag bemoeien met de NZa. Ik zeg de Kamer toe dat ik met de NZa zal spreken over de wens om niet alleen maar te kijken of het gebeurt maar ook te kijken hoe het gebeurt. Dat was het kernpunt van mevrouw Wolbert.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Naarmate we hier langer spreken, begint het voor mij eigenlijk steeds diffuser te worden. Het begon met een persbericht dat er één uurtarief voor wijkverpleging komt. Dat staat ook in de brief. Maar naarmate dit overleg vordert, horen we dat dit op een vrijwillige basis gebeurt en dat er in een uitzondering is voorzien voor bijvoorbeeld intensieve kindzorg en palliatieve zorg. Hoe gaat het er dan straks aan toe? Mevrouw Leijten zegt terecht dat de inkoop al loopt. Zijn de ICT-systemen hier überhaupt al op ingericht? Hoe gaat het er dan uitzien? Of blijkt het straks gewoon een pilotje te zijn dat hier en daar wordt gehouden? Als dat zo is, dan maak ik me wat minder zorgen. Immers, als je ergens een pilot doet, dan loopt het meeste gewoon wel goed.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat maakt het vak van Staatssecretaris zo interessant! Sommigen vragen of ik niet even kan wachten en anderen vragen weer of ik niet een beetje kan opschieten. Ik probeer er dan altijd een beetje voor te zorgen dat het op een goede manier gebeurt. Het eenvoudiger maken van de bekostiging door van vijf prestaties één te maken, kan een reductie in administratieve lasten opleveren waar soms een aanpassing van je systeem voor nodig is en soms ook niet. Sommige aanbieders hebben dat allang gedaan, sommige aanbieders zijn er mee bezig. Buurtzorg werkt er voor een belangrijk deel al mee. Dat betekent dat het tempo van invoering natuurlijk ook een beetje afhankelijk is van de stand van zaken bij de aanbieders. Dat is precies de reden waarom ik zeg: hier gaan we naartoe; laten we nu een beetje vrijheid geven aan partijen om dat met elkaar te kunnen afspreken. De ene partij zal het misschien wat sneller doen dan de andere. Maar laten we wel zeggen dat dat de norm is, dat dat de manier van werken is. Dan zal de ene aanbieder daar misschien wat sneller toe in staat zijn dan de andere. Zeker als we daar een stap in willen zetten, lijkt het me goed dat we die ruimte aan partijen laten. Dat lijkt me verstandig.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik krijg geen antwoord. Ik kom in een soort moeras terecht. De Staatssecretaris zegt: de ene heeft het een beetje wel, de andere heeft het een beetje niet; laten we een beetje kijken. Gaan we dus wel of niet toe naar één tarief? Zijn de ICT-systemen op orde? De Staatssecretaris zei zojuist dat Buurtzorg het al heeft. Buurtzorg is nou net een organisatie waarvan heel vaak gezegd wordt dat zij de moeilijke klanten laat zitten, doordat zij één gemiddeld tarief heeft. Is dat wat wij straks sectorbreed gaan zien? Dat is een van de vragen die de CDA-fractie in eerste termijn gesteld heeft. Ik wil het dus even wat concreter dan het algemene verhaal dat het kan vriezen en kan dooien.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik doe nog een poging om het mevrouw Keijzer te laten begrijpen. Ja, we gaan zo veel mogelijk naar één tarief toe. Partijen hebben gezegd: om dat goed te kunnen onderbouwen, hebben wij tijd nodig om data te verzamelen. Dat lijkt mij verstandig, want misschien kan het niet voor alles. Misschien hebben wij voor specialistische of palliatieve zorg toch aparte bekostiging nodig. Dat mag natuurlijk niet in de knel komen door zo'n algemeen tarief. Daarvoor moeten dus dingen worden uitgezocht. Wat mij betreft spreken wij voor 2017 af dat wij alvast beginnen met de verpleging

en verzorging. Daar kunnen een aantal dingen worden opgeruimd. Dat kan, daar wordt al mee gewerkt en daarmee kunnen wij een aanzienlijke verlichting van de administratieve lasten bewerkstelligen. Wij laten daarnaast de partijen enige ruimte om te bekijken waar het al wel en waar het nog niet kan. Wij gaan dus naar een grootscheepse vereenvoudiging van het tarief. De partijen hebben gezegd dat zij daar tijd voor nodig hebben. In 2017 zetten wij alvast een stap. Schrijf ik het voor iedereen verplicht voor? Nee, maar de zorgverzekeraars hebben gezegd dat zij het willen, veel zorgaanbieders zeggen dat zij het willen en wijkverpleegkundigen willen graag geholpen worden om de stap te zetten in de verpleging en verzorging.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Keijzer nog wat wil zeggen, maar wij doen de interrupties in tweeën. Zij mag natuurlijk wel haar tweede interruptie plaatsen.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Ik heb dat ook gezien bij V&VN, die in april een brief naar de Kamer heeft gestuurd waarin staat dat het een goede ontwikkeling is, omdat men met minder administratie te maken krijgt. Wij hebben hier allemaal gezegd dat dat een goede zaak is, maar ook hier weer de vraag aan de Staatssecretaris hoe dit straks uitpakt. Wat betekent het als verpleegkundigen straks met verschillende systemen te maken hebben, bijvoorbeeld omdat ze onder verschillende zorgverzekeraars vallen of omdat de zorginstelling contracten heeft met verschillende zorgverzekeraars? Het is ook mogelijk dat je er nog een Wlz-klant of een pgb-klant tussen hebt zitten. Er komt een integraal tarief, waarvan wij denken dat het tot minder administratieve lasten gaat leiden, maar in de praktijk heeft zo'n verpleegkundige straks met meerdere systemen te maken. Zo iemand heeft straks drie iPads bij zich om het allemaal bij te houden.

Staatssecretaris Van Rijn:

Er zijn ook iPads die meerdere dingen kunnen, maar laten wij even naar de huidige praktijk kijken. Er zijn nu allerlei verschillende dingen. Er is medisch specialistische zorg, er is palliatieve zorg, er is verpleging en verzorging met vijf verschillende prestaties. In de Wlz is er nog een prestatie verpleging en verzorging. Langzaam maar zeker zijn wij al die dingen nu toch een beetje aan het opruimen. Wij gaan met die roadmap toe naar een vereniging. In 2017 kunnen een aantal dingen worden opgeruimd, bijvoorbeeld rond verpleging en verzorging. Bij Zorginstituut Nederland ligt een verzoek om te bekijken of via een maatwerkprofiel ook voor verpleging en verzorging in de Wet langdurige zorg een vereenvoudiging tot stand is te brengen. Inderdaad moeten wij bekijken of het over de hele linie kan. Mogelijk is voor zeer specialistische wijkverpleegkundige zorg nog aparte bekostiging nodig in het belang van diezelfde specialistische zorg. Wij zetten een pad uit dat langzaam maar zeker de vrijheid voor de professional vergroot. Steeds vaker zal sprake zijn van minder administratieve lasten. Natuurlijk kunnen wij niet alles bij elkaar gooien in één tarief. Dan zou je namelijk onrecht doen aan heel specialistische zorg. Daarvoor heb je soms aparte bekostiging nodig. Dat zal zo blijven.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Ja, het is waar dat het nu ook ingewikkeld is en het is waar dat we toe moeten naar een versimpeling. Daarmee is de Staatssecretaris richting 2019 bezig. Dat zien wij wel, maar het gaat nu om het volgende. Er is de mogelijkheid dat er een integraal tarief komt en er is de mogelijkheid dat het oude systeem blijft werken. Ik constateer dat die wijkverpleegkundige er dus een administratief systeem bij krijgt. Van de Staatssecretaris hoor ik het graag als dat anders is. Wil hij daarbij ook ingaan op mijn vraag

over Buurtzorg, dat maar één tarief hanteert? Vaak wordt van Buurtzorg gezegd dat deze organisatie een dwarsdoorsnede van de populatie neemt en niet de ingewikkelde cliënten. Als sectorbreed één tarief wordt ingevoerd, lopen wij het risico dat de dure klantjes weggehouden worden. Een gemiddeld tarief komt nooit aan die € 100 die een uur nachtzorg kost.

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat klopt, maar dan vermengt mevrouw Keijzer twee dingen: de ontwikkeling naar een zo eenvoudig mogelijke tariefstructuur, met liefst één maar misschien wel drie tarieven, en de hoogte van het tarief. Een instelling met 80% verzorging en 20% verpleging krijgt een ander geïntegreerd tarief dan een instelling met 80% verpleging en 20% verzorging. Dat is precies de reden waarom wij zeggen dat het niet apart hoeft te worden geregistreerd, maar dat er wel maatwerkafspraken met een instelling moeten worden gemaakt, opdat je een goede mix hebt. Dat is ook precies de reden waarom wij bij pgb's ervoor hebben gekozen om het niet doen. Immers, pgb-houders kunnen niet mixen. Zij kunnen niet zeggen: ik zit nu op een 20/80-verhouding; stel het tarief maar vast op 20/80. Die mensen zijn dan namelijk de klos als zij op 80/20 zitten. Daar waar het mogelijk is, doen wij het. Dan kun je naar die casemix kijken en kun je tot een integraal tarief komen. Dan heb je minder te registreren. Dat geeft echt een verlichting voor de wijkverpleegkundige. Moeten wij nog meer dingen opruimen? Zeker. Moeten wij nog verder vereenvoudigen? Welzeker. Moeten wij bekijken of ook die integratie naar de Wlz kan? Dat gaan we met de Zorgautoriteit doen. Maar er worden nu echt betekenisvolle stappen gezet.

Ik kom op het tekort aan wijkverpleegkundigen, nu en in de toekomst. In 2015 werd het tekort geschat op 250. Zonder extra inspanningen zou het tekort kunnen oplopen tot 750 of 1.000. Daarom is het belangrijk dat sociale partners in de zorg in heel goed overleg met het onderwijs op zoek gaan naar oplossingen voor het tekort. Ik steun dat heel actief. De betrokken partners nemen daarbij hun verantwoordelijkheid. Ik noem allereerst het verhogen van de opscholing. Uit het rapport Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015–2019 blijkt dat er nog veel potentie is om tot opscholing van het aanbod te komen. Soms kan het aantal uren worden aangepast. Dan is er bereidheid om meer uren te werken. Natuurlijk is dat afhankelijk van de individuele keuze van mensen. Werken moet aantrekkelijk zijn tegen goede voorwaarden, zoals mevrouw Voortman zei. Er moet dus worden gekeken naar de aantrekkelijkheid van het werk zelf.

Ook in het kader van het Zorgpact is bekeken hoe wij studie, opleiding en sector veel meer op elkaar kunnen laten aansluiten. Ook de wijze waarop de functies worden gedifferentieerd is van grote invloed op het tekort. Samen met onderwijs en zorg bekijken wij hoe wij zowel regionaal als binnen de instellingen tot een samenhangend pakket kunnen komen om het werk aantrekkelijker te maken. Er is niet één simpele oplossing, maar er wordt door alle partijen heel hard aan gewerkt om het opleidingsaanbod te verhogen, om het aantal wijkverpleegkundigen de komende jaren te laten stijgen. Het is een punt dat ik heel vaak met wijkverpleegkundigen bespreek. Er is ontzettend veel behoefte om de aantrekkelijkheid van het vak meer bekendheid te geven, ook in allerlei andere sectoren van de zorg. Alle wijkverpleegkundigen die ik spreek en die een beetje naar de toekomst kijken, vinden het echt een mooi vak waar met trots over gesproken kan en moet worden. Met mevrouw Voortman ben ik het eens dat het niet alleen maar een campagne is, maar ook een samenhangend pakket van maatregelen, met name in de combinatie tussen arbeidsmarkt, onderwijs en zorg.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat spreekt mij zeer aan, want ik ben het helemaal met de Staatssecretaris eens dat verschillende situaties verschillende oplossingen vragen. Ik ben heel erg benieuwd naar het brede samenhangende plan dat hij samen met het onderwijs wil vormgeven. Kan hij aangeven wanneer hij verwacht ons daar verder over te informeren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik heb het niet helemaal in mijn hoofd, maar wij maken een periodieke rapportage over de arbeidsmarkt in de zorg. Misschien is het goed om daarin apart aandacht te besteden aan de ontwikkeling van het aantal wijkverpleegkundigen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dat lijkt mij een heel goed idee. Ik hoor van mijn collega's dat dat in oktober is. Ik hoor het graag van de Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik kom op een aantal specifieke vragen. De vragen over de voor- en nadelen van het geïntegreerde tarief en het tempo, heb ik allemaal geprobeerd te beantwoorden.

Ik probeer mevrouw Leijten goed te begrijpen. Zij vroeg zich af of ik kan bevorderen dat er voldoende deelname is om tot dat integrale tarief te komen. Ik heb daar heel intensief contact over gehad met alle partijen. Het is echt heel belangrijk dat de verzekeraars hebben gezegd dat zij deze voorkeursvariant willen uitvoeren. Hun inkoopinspanningen zullen daarop gericht zijn. Ik zal met partijen blijven stimuleren dat zij samen die afspraken gaan maken. Ik zie dat wijkverpleegkundigen dat ook graag willen. Dat lijkt mij de beste externe druk die er kan zijn: je eigen medewerkers willen zo'n nieuwe afspraak.

De oproep van mevrouw Wolbert om te voorkomen dat de doelgroepregistratie op zorgprofielen automatisch wordt vertaald in de bekostiging heb ik al geprobeerd te beantwoorden. Wij zullen het meegeven aan zowel de inspectie als de Zorgautoriteit. De inspectie moet letten op de kwaliteit van de zorg en de Zorgautoriteit gaat over de zorgplicht.

Mevrouw Bergkamp vroeg wie de pilots gaat evalueren. Dat zal de NZa doen. Zij zal inventariseren en evalueren. Dit zal zijn apotheose moeten krijgen in het najaar van 2018, wanneer wij de go/no go krijgen over de integrale invoering. De eerste resultaten verwacht ik in het voorjaar van 2018.

De vragen van mevrouw Bergkamp over de S1 en S2 heb ik al beantwoord, maar ik zie ...

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Uiteindelijk komen ze bij elkaar, maar waarom met een zekere geleidelijkheid? Of heb ik het verkeerd begrepen en zijn ze nu al geïntegreerd?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Het zat in de bekostiging, maar die knip wordt nu ongedaan gemaakt. Dat betekent dat het wel onderdeel is van het budget. Wij willen dat het wijkgerichte werk onderdeel van het vak van alle verpleegkundigen is. Dat neemt niet weg dat je specifieke afspraken kunt maken over de manier waarop het in een wijk of een buurt geregeld is.

Mevrouw Wolbert vroeg er ook aandacht voor. Zij zei dat het heel goed is dat wij van de knip af raken, maar vroeg wel om ervoor te zorgen dat de netwerken blijven functioneren. Er moeten goede afspraken tussen verzekeraars en gemeenten komen om ervoor te zorgen dat datgene wat nu goed loopt, in de contractering wordt meegenomen. Dat is precies de reden waarom ik zo boven op die gemeenten en verzekeraars zit.

Ik kom op de afstemming tussen de Wmo en de Zorgverzekeringswet over de grensvlakken en de huishoudelijke hulp. Gaan de wijkverpleegkundigen nu niet te veel huishoudelijke taken doen? Ik hoorde ook dat dat zou kunnen gaan gebeuren. Daarom is het zo belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken over hoe er moet worden gehandeld als men zoiets tegenkomt. Als een wijkverpleegkundige constateert dat er nog wat anders aan de hand is dan wijkverpleegkundige zorg en dat er eigenlijk ook andersoortige hulp van de gemeente nodig is, dan moet die wijkverpleegkundige dat bij de gemeente melden. Soms zijn daarover afspraken gemaakt. Soms hebben gemeenten gezegd: als de wijkverpleegkundige zoiets signaleert – lees: indiceert – dan nemen wij op grond daarvan een beslissing. Het geldt ook andersom. Als iemand van de huishoudelijke hulp signaleert dat er eigenlijk veel meer aan de hand is en dat er lijfgebonden zorg moet worden geleverd, dan moet die huishoudelijke hulp dat kunnen melden. Er zijn gemeenten die wijkverpleegkundigen hebben gemandateerd om indicaties te stellen. Ik juich dat zeer toe. Het betekent dat er met name rond die scheidslijnen heel praktische afspraken moeten worden gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

De heer **Rutte** (VVD):

De terechte vragen van mevrouw Voortman haken aan op de vragen die ik heb gesteld over het wegduweffect dat je kunt zien bij zorg. De Staatssecretaris zegt dat er nu gemeenten zijn die deze afspraken maken: de wijkverpleegkundige indiceert en dus leveren wij op zo'n moment zorg. De indicatie strekt zich uit tot de Wmo. Dat is heel mooi, maar wat doen we als er structureel aanwijzingen zijn dat gemeenten zo veel mogelijk op hun handen blijven zitten? Die aanwijzing is onder andere dat gemeenten miljoenen overhouden op Wmo-zorg. Dat hoeft niet per definitie verkeerd te zijn. Maar als die miljoenen worden overgehouden door vrolijk de zorg elders te laten leveren, eerst door een wijkverpleegkundige en later in de Wlz, dan doen we de verkeerde dingen. Heeft de Staatssecretaris middelen om op te treden? Zo niet, is hij bereid om daarover na te denken?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Op een paar momenten. We hebben met de gemeenten, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren afgesproken dat wij periodiek kijken naar de ontwikkeling van het budget. We hebben bij de start de middelen verdeeld: dit is het budget voor de Wmo-ondersteuning, dit is voor de Zorgverzekeringswet en dit is voor de Wet langdurige zorg. We gaan niet van jaar op jaar kijken en met een schaarstje knippen: dat is een beetje anders dan gedacht, hoe zit dat? Daarom moeten we ook niet te vroeg zeggen dat er geld over is. Wel moeten we periodiek bekijken hoe die budgetten zich ontwikkelen en of het anders loopt dan wij denken. Je moet meer macro monitoren hoe die budgetten zich ontwikkelen. Praktisch zullen zorgverzekeraars en gemeenten er belang bij hebben, soms de een en soms de ander, om te bekijken of er te veel wordt geschoven. Dat zullen zorgverzekeraars dan ook aan de orde stellen, zeker bij de gemeenten. Ik heb periodiek overleg met de VNG en de zorgverzekeraars. Er wordt een gemeenschappelijke agenda ontwikkeld. Met name die grensdiscussies zijn aan de orde: wie doet nu wat, zullen we ook afspraken maken over de indicatie? Dan maken we er heel praktische afspraken over. Zowel op de werkvloer als bij mij aan tafel en meer macro bekijken we of de verhouding tussen de domeinen zich in de goede zin ontwikkelt.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik had laatst iemand op bezoek van Vektis. Dat zijn de cijfertovenaars van ZN. Die krijgen niet alleen de getallen van de zorgverzekeraars, maar ook de getallen uit de Wmo en de Wlz. Die krijgen alle getallen in de zorg.

Deze man zei tegen mij: wij kunnen in iedere gemeente, op basis van historie en verwacht zorggebruik, zien of daar zo veel zorg wordt geleverd van een bepaalde soort als je zou verwachten dan wel of er afwijkingen zijn van de verwachting. Is de Staatssecretaris bereid om een soort monitoring op te zetten om dat in de gaten te houden: wat is de verwachte zorglevering en welke effecten zien we daar? Dan kun je ook verschillen tussen gemeenten zien. Dat hoeft niet meteen te betekenen dat je daar optreedt, want het kan verklaarbaar zijn, maar het biedt wel iets meer houvast. Nu tasten we toch een beetje in het duister.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ja, daar ben ik zeer toe bereid. Ik weet dat gemeenten er zelf heel geïnteresseerd in zijn om met elkaar te kunnen bekijken: hoe doen we het, wat is de benchmark en wat zijn de cijfers die bijvoorbeeld die verschillen tussen de domeinen laten zien? Ik denk overigens dat de heer Rutte met iemand van VECOZO heeft gesproken, maar dat maakt niet uit. Wij zullen met de tovenaars spreken, zodat we ook cijfermatig kunnen zien wat er gebeurt in de relatie tussen de gemeente, de Wmo en de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb nog een vraag over de Wmo versus de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige kijkt natuurlijk verder dan alleen de verpleegkundigenzorg. Die kijkt ook naar huishoudelijke hulp en eenzaamheid. Soms is er verschil tussen de uitkomst van het keukentafelgesprek en datgene wat de wijkverpleegkundige ziet. Af en toe is dat heel vervelend. De wijkverpleegkundige zegt bijvoorbeeld dat er meer huishoudelijke hulp nodig is, terwijl uit het keukentafelgesprek is gebleken dat die huishoudelijke hulp gemaximeerd is tot een aantal uren. Die wijkverpleegkundige heeft het totaaloverzicht en komt ook vaker langs vergeleken met het keukentafelgesprek, dat toch een momentopname is. Ik vind dat het advies van de wijkverpleegkundige bepalend zou moeten zijn. Dat was nog een vraag van mij aan de Staatssecretaris.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Mevrouw Bergkamp zegt «bepalend». Het hangt ervan af of de gemeente de bevoegdheid om dat te beoordelen mandateert aan de wijkverpleegkundige. Dat komt meer en meer voor. Ik vind dat overigens geen slecht model. Zo'n foto die je maakt van een situatie, of het nu om huishoudelijke hulp of over de wijkverpleging gaat, is soms maar een foto, want de situatie kan veranderen als er iets gebeurt. Ik denk dat er heel veel waarde moet worden gehecht aan het oordeel van de wijkverpleegkundige. In de praktijk zie je dat die afspraken langzamerhand ontstaan. Ik stimuleer dat ook. Ik kan de gemeenten natuurlijk niet dwingen om de beslissing over de huishoudelijke hulp te mandateren aan de wijkverpleegkundige. Wanneer gemeenten die afspraak maken, zie ik wel dat het goede resultaten oplevert. Ik ben zeer bereid om dat te stimuleren en met gemeenten te bespreken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Mandateren is een oplossing. Dan is het helder, maar dat model moet nog veel meer groeien. Het werk van de wijkverpleegkundige is heel afhankelijk van wat de gemeente doet. Op het moment dat de gemeente wat minder luistert naar de wijkverpleegkundige, gaat die wijkverpleegkundige zelf een aantal dingen doen, bijvoorbeeld op het gebied van huishoudelijke hulp. Mandateren is één vorm, maar je kunt ook zeggen: die wijkverpleegkundige doet meer dan die momentopname van het keukentafelgesprek, dus het uitgangspunt is dat het advies van de wijkverpleegkundige bepalend is en dat nemen we ook mee in de pilot of het experiment.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat klopt. Je ziet soms heel goede voorbeelden van een wijkverpleegkundige die in het wijkteam zit, een casus bespreekt en zegt: vanuit mijn expertise moet ik toch dit even opmerken. Als we nu toch gaan vragen om te monitoren hoe het gaat met de wijkverpleegkundige zorg en met name het wijkgericht werken, wil ik wel toezeggen dat ik zal bekijken of we dit element kunnen meenemen. Ik kan de toezeggingen aan mevrouw Wolbert en aan mevrouw Bergkamp dan combineren: monitort de Zorgautoriteit op het punt van de kwaliteit, hoe gaat het in principe met de relatie met de huishoudelijke hulp en de afspraken, en welke modellen zijn er in de afspraken die tussen gemeenten en zorgverzekeraars of, beter nog, tussen sociale wijkteams en wijkverpleegkundigen gemaakt kunnen worden om dit veel soepeler te laten lopen?

Er zijn een paar vragen gesteld over de opbrengstverrekening, ook in relatie tot het macrobeheersinstrument (MBI). Eigenlijk is dit puur een zaak tussen zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders. Zorgverzekeraars en -aanbieders hebben contractafspraken gemaakt. Ik constateer dat in sommige gevallen een van de contractpartijen – in veel gevallen zal dat de verzekeraar zijn – vindt dat een zorgaanbieder zich niet aan het contract heeft gehouden, bijvoorbeeld als er sprake is van productieoverschrijding zonder dat er enig overleg met de zorgverzekeraar is geweest. Ik treed daar niet in. Als er contracten zijn gesloten, moeten de contractpartijen met elkaar afspraken maken over hoe te handelen. Als de ene contractpartij iets doet wat de andere niet leuk vindt, moeten ze maar in het contract kijken welke afspraken er zijn gemaakt. Dat is een privaatrechtelijke afspraak. Ik treed daar niet in. Soms is er discussie over budgetplafonds, waarbij in onderling overleg tot een aanpassing is gekomen volgens de weg die de heer Rutte schetst: als er zorg moet worden geleverd, moet er soms bijgecontracteerd worden en maak je daar afspraken over. Soms zijn die afspraken niet gemaakt, maar is er toch iets gebeurd waardoor de verzekeraar er behoefte aan heeft om dat te bespreken. Ik treed daar niet in. Ik zal de zorgverzekeraars erop aanspreken dat ze zich aan hun zorgplicht moeten houden en dat ze moeten contracteren als er zorg geleverd moet worden. Partijen moeten onderling hun contractafspraken maar evalueren.

Er zijn specifieke vragen gesteld over het casemanagement dementie.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Voorzitter...

De **voorzitter**:
U bent door uw tijd heen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dat kan zijn, maar ik heb gevraagd hoe dat zit in de praktijk. Mogen zorgverzekeraars dat? Ik krijg toch graag antwoord op vragen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die vraag kan ik niet in zijn algemeenheid beantwoorden, want het hangt van de afgesproken contractvoorwaarden af. Als je bijvoorbeeld afspreekt dat als je het productieplafond nadert, je met elkaar in overleg treedt en afspraken maakt over de eventuele aanpassing van het productieplafond, maar die afspraken niet worden nagekomen, dan zullen contractpartijen zeggen: wat is hier gebeurd en waarom?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Dus het mag? Het is toegestaan?

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Ja, juridisch mag het.

Er zijn vragen gesteld over de bekostiging van de dementiezorg. We zullen er binnenkort op terugkomen. Ik heb aan de hand van de signalen gezegd dat ik met alle partijen om de tafel ga zitten. Dat overleg vindt morgen plaats. Als ik mij niet vergis, hebben wij 6 juli een overleg over onder andere dementie en het casemanagement. Ik verwijs daarnaar. Ik heb in reactie op de berichtgeving gezegd dat, als mensen iemand nodig hebben om steun te krijgen, het mij niet eens zo veel uitmaakt van wie zij die steun krijgen, als zij die steun maar krijgen. In heel veel gevallen zijn dat casemanagers, maar soms is de wijkverpleging daarin gespecialiseerd. Er moet geen discussie zijn over de vraag wie dat mag doen, maar we moeten ervoor zorgen dat het voor de mensen wordt geregeld. Partijen moeten onderling afspraken daarover maken. Ik heb niet voor niets alle partijen om de tafel geroepen; ik zie de signalen dat het in sommige gevallen niet goed loopt. Dat is de reden waarom ik dat doe en ten behoeve van dat overleg nader aan u zal rapporteren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Over dit punt verschillen de Staatssecretaris en de ChristenUnie van mening. Ik denk dat het absoluut niet bij de generalistische wijkverpleegkundige kan worden ondergebracht. Omdat wij dit debat ook gebruiken om over de nieuwe bekostigingsstructuur van de wijkverpleging te spreken, vraag ik mij af of die nieuwe bekostigingsstructuur invloed heeft op de beschikbaarheid van casemanagers dementie. We zien nu al dat er heel weinig bereidheid is bij zorgverzekeraars om gespecialiseerd casemanagement in te kopen. Hoe verhoudt dat zich tot elkaar? Wil de Staatssecretaris dat toelichten?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De samenvoeging van bestaande tarieven is niet van invloed op die discussie, dus die kunnen we op 6 juli vrij voeren. Casemanagement is onderdeel van de aanspraak wijkverpleging, maar de vraag is vaak wie dat doet. In een groot aantal gevallen zijn dat specifieke casemanagers, maar ik heb er ook voorbeelden van gezien dat wijkverpleegkundigen die begeleiding doen. Dat zijn geen generalistische wijkverpleegkundigen, maar speciaal daartoe opgeleide wijkverpleegkundigen. Voor de mensen die casemanagement nodig hebben, moeten we goed regelen wat in beide gevallen kan. Nogmaals, ik heb van beide gevallen voorbeelden gezien. Soms werd die taak opgepakt door casemanagers en soms door daartoe gespecialiseerde wijkverpleegkundigen. Ik hoor ook wijkverpleegkundigen zeggen: als het mij wordt gevraagd kan ik het niet leveren, want ik ben er niet voor opgeleid; dan moet er speciaal iemand voor komen. Ik loop een beetje vooruit op die discussie. Ik wil van partijen horen wat hier aan de hand is en ik wil er afspraken over maken. Het moet gewoon geregeld zijn. Ik hoop de Kamer op 6 juli te kunnen vertellen of dat een beetje helpt.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik ben nog niet helemaal overtuigd, maar ik zal de komende weken gebruiken om de thermometer in het veld te steken en te voelen wat daar leeft. Ik begrijp dat we er op 6 juli nog een gesprek over voeren, maar ik wil de Staatssecretaris toch met nadruk wijzen op de casus in Friesland. Ik heb begrepen dat de zorgverzekeraar daar geen casemanager dementie wil vergoeden voor cliënten die geen thuiszorgindicatie hebben. Ik heb nog nooit gehoord van dit soort koppelingen. Ik vind het onbestaanbaar. Eigenlijk vind ik dat we niet tot 6 juli kunnen wachten om hierop in te grijpen. Er zijn ook jongere mensen die alzheimer krijgen, die te maken krijgen met dementie. Die komen niet in aanmerking voor thuiszorg en kunnen ook geen beroep doen op casemanagement dementie. Ik vind dat echt onbestaanbaar.

Staatssecretaris Van Rijn:

Onderdeel van de gesprekken is ook een gesprek met Friesland. De heer Van der Staij vraagt of er straks voldoende maatwerk wordt toegepast bij de zorginkoop. Vinden er wel voldoende gesprekken plaats en zou het in 2017 wel zo zijn? Ik ben het zeer met de heer Van der Staij eens dat het bieden van maatwerk door verzekeraars bij de inkoop in 2017 een van de kritische succesfactoren is om dit in goede banen te leiden. Er is veelvuldig over gesproken. Ook verzekeraars hebben de intentie uitgesproken om dit maatwerk te bieden, ook bij kleine aanbieders; dat signaal kwam ook van kleine aanbieders. We proberen daarmee een paar dingen te borgen. Welke procesvoorwaarden hanteer je? De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een document over good contracting practices opgesteld, ook ter ondersteuning van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, waar dit ook aandacht krijgt. Zoals we hebben afgesproken, zal de Zorgautoriteit tijdens de contractering monitoren of er wel voldoende maatwerk wordt geleverd. Ik heb al – dat is de bestaande waarborg – een onafhankelijke geschillencommissie, die geschillen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contracteringsfase gaat behandelen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben dat apart afgesproken om te bekijken of erop toegezien kan worden of ook in de contracteringsfase mensen aan de bel kunnen trekken als iets niet goed gaat. De algemene principes, toezicht en monitoring door de Zorgautoriteit en die specifieke geschillencommissie, moeten voldoende waarborgen geven om dit voor elkaar te krijgen.

Ik kom nu op nog een aantal vragen en zal daarbij een klein beetje tempo maken. Mevrouw Voortman vroeg of ik signalen krijg of herken dat er wijkverpleegkundigen zijn die soms niet voldoende ervaring met en kennis van pgb's hebben en daardoor misschien geen goede indicaties stellen. Ik heb die signalen ook gezien en gehoord. Daarom ben ik ook met partijen in overleg over hoe we dit kunnen oplossen. Enerzijds kan dat door met de wijkverpleegkundige af te spreken hoe het moet worden beoordeeld. Anderzijds kan dat misschien ook door de ondersteuning door de zorgverzekeraars of hun inkoopgedrag te verbeteren. Ik ben dus met hen in overleg om te bekijken welke oplossingen de beste zijn. Overigens zal ik de patiëntenorganisaties daarbij betrekken, want het is natuurlijk niet alleen maar een zaak tussen wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars en inkoop. Het gaat er ook om hoe patiënten het zelf ervaren.

Over de vragen van mevrouw Dik-Faber en mevrouw Keijzer hoe de bekostiging werkt voor de budgethouders heb ik kort al iets gezegd. Voor de budgethouders verandert er in 2017 niets met deze maatregel. Voor het traject naar 2019 gaan we bekijken of het ook voor pgb-houders consequenties moet hebben. Ik zei net echter al dat we er bij het vaststellen van één tarief erg op moeten letten dat, aangezien pgb-houders niet kunnen middelen, we niet precies het verkeerde tarief vaststellen. Daarom doen we het in ieder geval nog niet nu voor pgb-houders.

Enkele keren is gevraagd hoe ik aankijk tegen een voorkeursaanbieder per wijk. Op dit punt schuren twee principes af en toe flink met elkaar. Aan de ene kant is er het principe van de volledige keuzevrijheid. Dan zegt men: ik moet toch de wijkverpleegkundige kunnen kiezen die ik wil? Dat lijkt mij een groot goed. Aan de andere kant zie je pogingen van gemeenten en zorgverzekeraars, soms samen, om afspraken te maken over een infrastructuur in een wijk die een beetje bijdraagt aan het functioneren van het netwerk van wijkverpleegkundigen, huisartsen en het sociale domein. In de experimenten, de pilots die nu lopen, wordt geprobeerd om daarin een balans te vinden. De regio Utrecht was met partijen een overgangperiode overeengekomen die liep tot 1 april 2016, waarin ook niet-voorkeursaanbieders werden vergoed, tegen een regulier tarief. Inmiddels hebben de voorkeursaanbieders onderling ook weer afspraken gemaakt over hoe je specialistische zorg levert en over hoe je identiteits-

gebonden zorg levert. Ik vind het te vroeg om daar nu conclusies aan te verbinden. Ik zie wel heel interessante modellen ontstaan die enerzijds voldoende contractering leveren om de keuzevrijheid te waarborgen en anderzijds ietsje meer zekerheid bieden over de infrastructuur in een wijk en een buurt. Ik vind het dus te vroeg om nu een eindoordeel te hebben, maar ik vind het wel heel interessant. Ook hierbij houdt de Zorgautoriteit toezicht op naleving van de zorgplicht, omdat die nooit ter discussie mag komen te staan. Jaarlijks wordt gemonitord hoe dat gaat. Deze monitoring door de Zorgautoriteit heeft ook betrekking op de afgesproken pilotgebieden. Als daar resultaten uit voortkomen, dan zal de Kamer daar uiteraard over worden geïnformeerd.

Mevrouw Bergkamp en de heer Rutte vroegen of ik aandacht heb voor wat zij «de verkeerde prikkels in het stelsel» noemden. Ik heb dit al even aangestipt. Ik wijs erop dat ik al eerder aan de Kamer heb toegezegd om nog even apart te kijken naar de prikkelwerking – wat een vreselijke term! – tussen de stelsels. Onder meer kijk ik dan naar de overgang van Zorgverzekeringswet naar Wet langdurige zorg. Ik neem de signalen mee. Nog dit jaar zal ik de Kamer daar apart over informeren.

Mevrouw Bergkamp vroeg naar de stand van zaken van de richtlijnontwikkeling door V&VN. Zoals bekend stel ik extra middelen, 1 miljoen per jaar, beschikbaar om die te ontwikkelen. ZonMw coördineert. Er is voorrang gegeven aan de ontwikkeling van een richtlijn voor de intensieve kindzorg en een richtlijn voor de palliatieve zorg. Op 1 mei 2016 is met die eerste gestart en met die tweede zal op 1 september worden gestart. Inmiddels zijn ook de kwaliteitsstandaard voor eenzaamheid thuis en een update van de richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden opgepakt. In het najaar van 2016 worden de eerste resultaten daarvan verwacht. De beroepsgroep werkt dus flink aan een groot aantal richtlijnen over verschillende onderwerpen. Ik ben daar positief over.

Mevrouw Dik-Faber had een vraag over ondervoeding. De wijkverpleegkundige moet bij de indicatiestelling kijken naar het hele gezondheidsbeeld van de cliënt. Daar kan bij horen dat er sprake is van ondervoeding, waar je dan iets mee moet. V&VN heeft daar in opdracht van ActiZ nadere acties op gezet, teneinde te bezien hoe de verpleegkundige kan worden ondersteund om tot die indicatie te komen. In heel veel gevallen zal dat betekenen dat er dan contact wordt gelegd met de diëtiste of de huisarts om te bekijken of er meer aan de hand is. Ondervoeding heeft dus ook de aandacht van de sector. Door de wijkverpleegkundigen wordt, met ActiZ, gewerkt aan opleiding en deskundigheidsbevordering. De wijkverpleegkundige kijkt er in ieder geval naar in het kader van de indicatiestelling. Ik kan bevestigen dat de arbeidsmarktrapportage in oktober naar de Kamer komt. Dan kunnen we ook spreken over de tekorten in de wijkverpleegkundige zorg.

Dit was het volgens mij in eerste termijn, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik kijk even rond. Ik kan dat niet beoordelen. Ik had nog een vraag van mevrouw Dik-Faber over de motie betreffende geschillenbeslechting staan. En verder was er nog een vraag over de 29 ziekenhuizen die in de overgangssituatie ... Het was in ieder geval iets met 29 ziekenhuizen. Excuus.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het gaat over mensen die ontslagen worden. Maar 29 ziekenhuizen hebben met de wijkverpleegkundigen afspraken gemaakt over het ontslag van mensen.

De **voorzitter**:

Ik had ook nog genoteerd: het budgetplafond van de hospices.

Dit zijn de drie onderwerpen die ik nog niet had doorgestreept op mijn lijstje.

Staatssecretaris Van Rijn:

Volgens mij heeft mevrouw Dik-Faber gezegd dat ze heel tevreden was met de verkorting van de doorlooptijd voor geschillenbeslechting. Dan is er nog het punt van de 29 ziekenhuizen. Ik zie de signalen ook. Het heeft voor een deel te maken met twee zaken. Enerzijds worden mensen inmiddels zo snel uit het ziekenhuis ontslagen dat – althans dat meen ik waar te nemen – er voor oudere patiënten geen aansluiting is met de opvang thuis. Daar moeten we echt apart aandacht aan geven, vind ik. De situatie voor oudere mensen is echt anders dan voor jongere mensen. Daarover moet, ook samen met de ziekenhuizen, worden nagedacht. Anderzijds is het aantal mogelijkheden voor opvang in de thuissituatie vergroot. Soms zijn de mensen thuis maar moet er wel ondersteuning worden geregeld, soms revalideren ze thuis en soms is het een tijdelijke opname als eerstelijns verblijf. Voor dit laatste hebben we tot twee keer toe extra middelen uitgetrokken om knelpunten op te vangen. Op een aantal vlakken wordt bekeken hoe we de situatie kunnen verbeteren. Met de ziekenhuizen wordt bekeken of er een duidelijker zorgpad kan worden gemaakt. Dat gaat over de stappen die je allemaal zou moeten zetten. Verder wordt bekeken of de NHG-richtlijn kan worden aangepast, zodat je meer rekening kunt houden met wat je in bepaalde situaties doet en met de contacten met de huisarts. Heel belangrijk is ook, nebenbei, dat wordt gekeken hoe het zit met de herziening van de richtlijn voor de medicatie-overdracht, want ook op dat punt zie je het nog weleens fout gaan. Ik onderken dus het punt dat we echt structureler moeten nadenken over wat dit betekent. Ik heb in de afgelopen periode twee keer extra geld gegeven voor eerstelijns verblijf, maar hier is meer aan de hand, namelijk dat we ons moeten instellen op de situatie dat, als er meer ouderen in het ziekenhuis komen, we anders moeten nadenken over de overdracht naar de thuissituatie en betere afspraken daarover moeten maken. Dat kan echt beter. Ik ben zeer bereid om dat met de ziekenhuizen en de wijkverpleegkundigen te doen.

Ik kom op de budgetplafonds in de hospicezorg. Ik heb toegezegd dat we dit najaar een aparte brief naar de Kamer zullen sturen over de ontwikkelingen in de hospicezorg. Ik spreek met de Kamer af dat ik dit punt daarin expliciet meeneem. Ook hier geldt de ook door de heer Rutte genoemde contracteerplicht. Die geldt natuurlijk ook voor deze zorg. De signalen die er zijn, wil ik graag beoordelen en dan specifiek duiden in de brief van dit najaar.

De voorzitter:

Prima. We gaan nu toch een tweede termijn doen. Dat gaat ons lukken. Ieder heeft één minuut, zonder onderlinge interrupties. Dan kan de Staatssecretaris nog inhoudelijk antwoorden. Helaas zullen sommige mensen in verband met een ander debat de zaal moeten verlaten.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik ben half overtuigd door de Staatssecretaris over zijn werkwijze om toe te werken naar dat ene tarief. Het klinkt doortastend, maar ik blijf toch het gevoel houden dat er verschillende systemen naast elkaar blijven bestaan. Ik kan op dit moment gewoon niet goed overzien of de wijkverpleegkundigen hier nu werkelijk mee geholpen zijn. De Staatssecretaris zegt dat hij heel veel gesprekken heeft gehad, maar ook ik heb de thermometer in het zorgveld gestoken. Ik heb daar gehoord dat ze niet allemaal hiervan overtuigd zijn. En als we in de toekomst weer gaan werken met zorgprofielen – dat is wel een beetje een beladen woord geworden, ook vanuit de Wlz – wat blijft er dan over van maatwerk? En

krijgt dan niet elk zorgprofiel weer een eigen bekostiging? Er zijn dus nog wel wat aarzelingen. Ik ga daar de komende tijd nog even op broeden. Ik kom nog even op het punt van de ondervoeding. Er waren gisteravond veel wijkverpleegkundigen in de zaal. Zij zeiden: wij mogen niet indiceren op ondervoeding. Ik weet niet wie dat zegt, maar misschien is het een goed idee om bij het overleg met ActiZ en V&VN ook de zorgverzekeraars te laten aanhaken.

Mijn laatste punt gaat over de casemanager dementie. Ik begreep dat de Staatssecretaris daarover nog overleg voert. Hij is ook in gesprek met De Friesland Zorgverzekeraar. Ik krijg graag een brief daarover.

Ik vraag alvast een VAO aan en hoop dat de brieven voor aanvang van het VAO beschikbaar zullen zijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Ik ben nog niet geheel overtuigd. De discussie is begonnen met een artikel op Zorgvisie.nl waarin stond dat er één integraal tarief wijkverpleging komt. In de brief van de Staatssecretaris wordt dit verder uitgewerkt. Als zorgverzekeraars en zorginstellingen niet tot overeenstemming komen, dan blijft het oude systeem bestaan. Daarnaast komen er mogelijke uitzonderingen, bijvoorbeeld intensieve kindzorg, palliatieve zorg en nachtzorg, en zijn er nog andere wetten, bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg. Maar laten we ook niet de gemeenten vergeten, die ook persoonlijke verzorging moeten geven, bijvoorbeeld aan mensen met een verstandelijke beperking of een ggz-indicatie. Dat is nog weer een ander systeem. Wat is het effect hiervan op de wijkverpleegkundige? Ik denk dat er dan meer verschillende verantwoordingssystemen komen, maar de Staatssecretaris denkt van niet. Alle betrokken instanties, van NPCF en Unie KBO tot ANBO en ActiZ, zeggen: dit gaat niet leiden tot minder regels. En is één tarief wel verstandig, gelet op de verschillende vormen van zorg, de daarbij benodigde deskundigheid en dus ook de kosten daarvan?

Een saillante vraag is: kunnen we over twee jaar nog terugvinden hoeveel uren persoonlijke verzorging en hoeveel uren verpleging er gegeven worden? Gaat de NZa dit bijhouden? Dit is wel van belang, omdat we ons er al vanaf het begin zorgen over maken of de persoonlijke verzorging in de Zorgverzekeringswet blijft.

Het gaat starten in 2019. Tot 1 januari 2019 krijgen we dus dat andere systeem.

De **voorzitter**:

U bent door uw tijd heen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik zie op dit moment nog niet dat dit er echt toe gaat leiden dat de regels verminderen en dat de wijkverpleegkundige haar taak echt kan doen ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Voortman.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

... zoals wij dat graag zien.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Voor ons kan het goed zijn om inzicht te hebben in de uren voor persoonlijke verzorging en verpleging, maar tegelijk willen we juist minder schotten. Dat is volgens mij ook het idee achter het integrale tarief. Ik vind het lastig om dan te zeggen: het moet die kant op. We kunnen er niet alles in hebben.

Wat betreft de casemanager dementie kan ik me aansluiten bij de woorden van de ChristenUnie-woordvoerder.

Ik maakte zelf het punt dat minder bureaucratie en meer baan zekerheid belangrijk zijn. De Staatssecretaris geeft daarbij aan dat hij daarvoor een veelheid aan oplossingen ziet, zoals meer uren, functiedifferentiatie en vooral ook veel aandacht voor de opleiding. Hij wil met een breed pakket aan maatregelen komen. Ik gaf in mijn interruptie al aan dat ik dat interessant vind en benieuwd ben naar de arbeidsmarktbrief daarover. Ik wil nog één punt maken, over de indicatiestelling in geval van een pgb: een pgb en zorg in natura moeten gelijkwaardig aan elkaar zijn. De Staatssecretaris zegt dat hij ook daarover in overleg gaat ...

De voorzitter:

Wat is uw vraag daarover?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

... met wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties. Ik wil daar heel graag nader over worden geïnformeerd.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Dik-Faber over de casemanager dementie. Ook wij maken ons daar nog steeds zorgen over. Ik had nog gevraagd hoe een wijkverpleegkundige zicht kan krijgen op mensen die niet zo makkelijk op de radar verschijnen.

De Staatssecretaris heeft aangegeven dat er hard wordt gewerkt aan allerlei richtlijnen en kwaliteitsprotocollen, maar toch geven de zorgverzekeraars aan dat ze zorgen hebben.

Ik vind het belangrijk dat er helder wordt gecommuniceerd naar de cliënten en dat dezen ook worden betrokken bij de evaluatie.

Ik ben het eens met mevrouw Voortman: we willen minder regeldruk en een integraal tarief, maar vragen ons wel af of dit daar echt toe gaat leiden. De Kamer moet dus goed de vinger aan de pols houden en met de beroepsgroepen zelf aan tafel gaan zitten ...

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

... om te kijken hoe het gaat.

De voorzitter:

Ik moet jagen. Ik kan niet anders.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de Staatssecretaris voor zijn antwoorden in eerste termijn. Het zal niet verbazen dat de Partij van de Arbeid blij is dat de Staatssecretaris luistert naar de wijkverpleegkundigen en nu stappen zet in de goede richting. Natuurlijk is niet alles in één keer perfect, maar werkende weg leer je en kun je veel informatie ophalen en ten goede aanwenden. De Partij van de Arbeid is blij met deze vervolgen. Er was net sprake van een misverstand, toen de Staatssecretaris zei dat afspraken tussen verzekeraars niet mogen. Nee, dat mag ook niet. Het ging erover dat als een aanbieder te maken heeft met verschillende zorgverzekeraars en ondertussen afspraken worden gemaakt, zoals de Staatssecretaris schetste, dat als je een contract hebt met één zorgverzekeraar, het format ook door een andere zorgverzekeraar gebruikt gaat worden. Kan de Staatssecretaris hierover helderheid scheppen, zodat we elkaar goed begrijpen? Dat vind ik echt een belangrijke stap voorwaarts en die zou ik ook wel graag op papier willen zien.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik heb geen vragen meer, maar nog wel enkele opmerkingen. Je ziet dat er toch wel brede steun is in de Kamer voor de richting die we inslaan, met minder tarieven en minder administratieve druk voor wijkverpleegkundigen. Het blijft lastig om de grenzen precies aan te geven, want je moet wellicht wel een ander tarief hebben voor zaken die heel specialistisch zijn. Ik spreek mijn vertrouwen uit dat de Staatssecretaris goed op weg is. Ik moedig hem aan om op deze weg door te gaan. Ik ben ook blij met de toezegging dat heel scherp wordt gemonitord of op de grenzen van de verschillende stelsels geen ongewenste wegdrukeffecten plaatsvinden. We moeten vertrouwen hebben in de mensen die ermee bezig zijn, maar we mogen wel een beetje kijken naar de effecten, om uitwassen te voorkomen.

Ik laat het daarbij, want ik moet weg. Er is vanavond nog een debat waarvoor ik nog een kleine voorbereiding moet doen. Excuus daarvoor.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. We praten al heel lang over de wijkverpleegkundige als spil of als degene die thuis de regie in handen heeft. Er zijn veel experimenten gedaan. Iedere keer werd aangetoond dat het een goed voorstel is om het zo te doen. Het is zinnige zorg, het is prettig voor de mensen thuis en vaak ook een stuk goedkoper. En nu komt er een experiment. Eerlijk gezegd vind ik dat gewoon te mager. Een van de grote problemen die we hebben, is dat de zorgverzekeraars gaan inkopen en dat zij dat moeten doen op basis van risicodragendheid. Zij gaan aan allerlei knoppen draaien en allerlei voorwaarden opleggen. We hebben de voorstellen van «Het roer moet om» nog niet eens afgerond en nu krijgen we dit weer. Laat ik het maar even scherp stellen. Als een zorgaanbieder, dus een wijkverpleegkundige, kiest voor het experiment bij een zorgverzekeraar, kan een andere zorgverzekeraar niet zeggen dat er per uur en per product wordt afgerekend. Met andere woorden, het representatiemodel komt terug. Ik wil daar wel een garantie op van de Staatssecretaris.

De **voorzitter**:

Oké, helder.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Als hij dat niet doet, is het dus geen donder waard.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Als het representatiemodel niet terugkomt, ...

De **voorzitter**:

U bent door uw tijd heen, mevrouw Leijten. Als ik «dank u wel» zeg, is het echt de bedoeling dat u afrondt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dan wil ik daar graag een motie over indienen. Ik sluit mij dus aan bij het verzoek om een VAO.

De **voorzitter**:

Prima, dat VAO is aangevraagd.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter. Er zijn nog een paar punten over. Mevrouw Dik-Faber waarschuwde dat voorkomen moet worden dat er weer heel erg gedifferentieerd wordt en dat men met allerlei verschillende zorgprofielen moet

werken. Om die reden vind ik het goed om te kijken naar de inhoudelijke onderbouwing van de nieuwe tarieven. Deze moet er niet toe leiden dat elk zorgprofiel zijn eigen tarief krijgt. Door alle partijen is gesproken over een goede onderbouwing van dat integrale tarief, de hoogte en voor wie het wel of niet geldt. Het is goed om te kijken naar de inhoud ervan. Zorgprofielen of doelgroepen kunnen instrumenteel zijn bij de vraag hoe we dat kunnen beoordelen, maar we moeten deze niet allemaal voorzien van aparte tarieven. Sterker nog, wat mij betreft leidt het tot laag, midden en hoog, zoals ik al zei, of misschien nog simpeler. Dat is het eerste punt. Het tweede punt betreft casemanagement dementie. Op 6 juli hebben we daarover een debat. Ik had al toegezegd dat ik nog een aparte brief zou sturen ter voorbereiding daarvan. Dat bevestig ik hierbij. Ik hoop dat ik mevrouw Dik-Faber daarmee voor iets meer dan de helft heb overtuigd. Ik doe ook nog een poging om mevrouw Keijzer te overtuigen. Zij schetst dat er heel veel verschillende systemen kunnen zijn. Mijn betoog is dat er nu allerlei verschillende systemen zijn, maar dat ik deze successievelijk probeer op te ruimen. Soms is daar nader onderzoek voor nodig. Soms is daarvoor nodig dat we nu al een aantal stappen zetten. Soms is het nodig om nog een paar dingen uit te zoeken. Ik vind het heel belangrijk om die stappen te zetten, omdat we nu te veel systemen hebben. Elk systeem dat je kunt opruimen, is er een gescoord; niet omdat we willen scoren, maar omdat het echt helpt om de administratieve lasten te beperken. Mevrouw Keijzer vraagt of we straks nog het aantal uren persoonlijke verzorging en verpleging weten. Ik weet niet of we dat nog moeten weten. Het gaat erom dat mensen goede zorg krijgen en niet om de wijze waarop die zorg wordt verleend. Als we ruimte geven aan de wijkverpleegkundige, dan moet die ook kunnen beoordelen welke interventie leidt tot het beste resultaat. Dan kan via de inspectie of via onderzoek worden bekeken of de mensen daar tevreden over zijn. Hoeveel uren dat precies zijn en of de aanbidding op basis van die uren wordt bekostigd, is best belangrijk, maar niet het belangrijkste.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Voorzitter, ...

De **voorzitter**:
Ik wil even ingrijpen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):
Het nadeel is dat dit juist een van de discussiepunten is bij de aanspraak.

De **voorzitter**:
Ik laat de Staatssecretaris zijn verhaal afmaken en als er dan nog vragen zijn, geef ik u het woord, want anders lukt het niet meer.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Voorzitter. Ik ben het met mevrouw Voortman eens dat we moeten streven naar minder schotten. Dat is eigenlijk ook een antwoord op die vraag. Ik ben het met haar eens dat we een beweging maken naar minder schotten. Ik noem als voorbeeld de dbc's. Je kunt uitgaan van een dbc bij een gebroken enkel, maar er is een linkerenkel, een rechter enkel, een middenvoetsbeentje en een ander soort beentje. Voordat je het weet, heb je 30.000 dbc's. Dat moeten we niet doen. We moeten juist minder schotten maken. Mevrouw Voortman heeft ook gevraagd of de pgb's voldoende antwoord kunnen geven, waarbij zij ook het punt van de intensieve kindzorg raakte, waarover wij vorige week gesproken hebben. We hebben toen al gezegd dat we gaan bekijken of we de kennis en kunde van de verpleegkundigen kunnen versterken, zodat zij ook kunnen beoordelen wanneer er sprake moet zijn van een pgb.

Mevrouw Bergkamp vroeg aandacht voor de omgekeerde radar. Wat gebeurt er voor mensen die niet op de radar zijn van de wijkverpleegkundige, maar die daar wel op zouden moeten komen? Ik heb geprobeerd hierop antwoord te geven, namelijk dat er een lijntje moet zijn vanuit de huishoudelijke hulp en het sociaal wijkteam naar de wijkverpleegkundige, zodat men kan zeggen: volgens mij moet jij nu gaan kijken. Het is zowel van de wijkverpleegkundige naar de gemeente als van de gemeente naar de wijkverpleegkundige.

Ik ben het er zeer mee eens dat de patiënten moeten worden betrokken bij de evaluatie. De Zorgautoriteit zal dat ook vanuit patiëntenperspectief doen.

Wat mevrouw Wolbert zegt over het format, klopt. We kunnen niet met verzekeraars afspreken: jij zult deze afspraken maken. We kunnen wel tegen zorgaanbieders zeggen dat met een grote verzekeraar deze afspraak is gemaakt, via dat format, en vragen of zij daarop willen aansluiten. Dan kan de verzekeraar zeggen dat het kan. Daarmee wordt er de nodige regie op dat contracteringsproces gezet. Laten we bekijken of dat in de praktijk in voldoende mate gebeurt. Als alle verzekeraars iets tot norm willen verheffen en als er aanbieders zijn die dat willen gaan doen, bekijken we of dat gebeurt en dan kunnen we daarna zeggen of we daar tevreden over zijn.

Ik kom niet helemaal tegemoet aan de vraag van mevrouw Leijten over het terugkomen van de representatie. Dat doen we niet. We willen bevorderen dat er binnen het systeem van de Zorgverzekeringswet, waarin recht is op wijkverpleegkundige zorg, er een inkoop is van de zorgverzekeraars. We willen dat proces van inkoop verder stroomlijnen en minder belasten. Het lijkt mij de mooiste weg als partijen daar zelf voor kiezen, want anders praten we over een systeemwijziging in plaats van over het verminderen van de administratieve lasten. Dat zou volgens mij te ver gaan.

De voorzitter:

Ik zie dat alle woordvoerders nog een vraag hebben, maar dat gaan we niet redden. Ik geef gelegenheid voor een heel korte, feitelijke vraag, want anders moet u het bij het VAO doen.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Excuus, want ik sprak voor mijn beurt. De Staatssecretaris zegt dat de vraag is of je moet willen weten of persoonlijke verzorging nog wordt gegeven en hoeveel uur. De Staatssecretaris weet toch ook dat een van de grote punten bij de formulering van de aanspraak wijkverpleging was dat er een risico is voor medische beperkingen. De discussie was steeds of het wassen van mensen daar nog onder valt.

De voorzitter:

Dit is niet kort. Zo werkt het niet.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik had nog een vraag gesteld over de communicatie met cliënten tijdens het experiment. Worden zij daarop voorbereid?

Mevrouw Wolbert (PvdA):

Ik had gevraagd of de Staatssecretaris een brief wil sturen over het gelijktrekken van die formats.

Mevrouw Leijten (SP):

Kan de Staatssecretaris in die brief meenemen wat er gebeurt als een aanbieder zo'n format heeft en wil dat de andere zorgverzekeraars daarop inkopen en als die zorgverzekeraars zeggen: nee, dat doen we niet? Kan men zich dan ergens melden of is het experiment dan gewoon mislukt?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Communicatie met de cliënten over het experiment lijkt mij goed, maar ik vind dat de cliënten zo min mogelijk belast moeten worden met de vraag hoe het bekostigd wordt. Zij moeten gewoon goede zorg krijgen. De bekostiging is een zaak tussen de zorgverzekeraars en de aanbieders. De wijkverpleegkundige mag er eigenlijk ook zo weinig mogelijk last van hebben. Ik neem aan dat mevrouw Bergkamp bedoelde: voor zover het relevant is voor de cliënten.

We vragen de Zorgautoriteit om te monitoren hoe het met de inkoop gaat en of er goede afspraken worden gemaakt over de formattering, waarnaar mevrouw Wolbert vraagt. Ik zal vragen of de NZa de afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders om dat proces eenduidig te laten lopen.

De **voorzitter**:

Er is een VAO aangevraagd, omdat enkele leden niet gerust zijn gesteld of het niet eens zijn met de antwoorden. Het debat wordt in de plenaire zaal op een aantal onderdelen voortgezet. Dat VAO is aangevraagd door mevrouw Dik-Faber, die de eerste spreker zal zijn. De toezeggingen vinden jullie straks in het verslag.

Sluiting 18.58 uur.