

Vergaderjaar 2017–2018

34 104

Langdurige zorg

29 689

Herziening Zorgstelsel

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 206

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 februari 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 januari 2018 overleg gevoerd met de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President, over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2017 over het NIVEL-rapport «Evaluatie van de wijkverpleging: ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals» (Kamerstuk 34 104, nr. 196);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 22 januari 2018 over de contractering wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 885);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2017 over de voortgang actieplan casemanagement dementie (Kamerstukken 29 689 en 25424, nr. 871);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 juli 2017 over de palliatieve zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 65).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Post

Voorzitter: Van Brenk
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Van Brenk, Dijksma, Ellemeet, Hermans, Hijink, Segers, Slootweg en Van der Staaij,

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

Aanvang 10.02 uur.

De voorzitter:

Hartelijk welkom bij het algemeen overleg over wijkverpleging, dementie en palliatieve zorg. Ik heet de Minister en de ambtelijke staf welkom. Ik stel de leden even voor, te beginnen rechts van mij: mevrouw Hermans van de VVD, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Bergkamp van D66, de heer Slootweg van het CDA, de heer Hijink van de SP, mevrouw Dijksma van de PvdA, de heer Segers van de ChristenUnie en de heer Slootweg van de SGP. O, sorry, de heer Van der Staaij van de SGP. De heer Slootweg van de SGP komt uit Maartensdijk, mijn geboortedorp.

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

Dat geeft niet hoor, mevrouw Bergkamp!

De voorzitter:

Welkom, mijnheer Van der Staaij, en welkom aan de kijkers thuis en de mensen die hier op de publieke tribune zitten. Wellicht ten overvloede noem ik toch nog maar een keertje de spelregels: vier minuten spreektijd en maximaal twee interrupties in tweeën per spreekronde. Als eerste is het woord aan mevrouw Hermans van de VVD.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik hoop dat ik in de vier minuten spreektijd die we hebben, alle onderwerpen een beetje recht kan doen.

Zorg is altijd persoonlijk en dichtbij, maar zorg in je eigen huis geeft aan die begrippen nog eens een extra dimensie. Onze wijkverpleging moeten we daarom koesteren, voor nu en voor de toekomst. We blijven langer thuis wonen en soms is daarbij zorg van de wijkverpleegkundige nodig. Die zorg moet er dan zijn, passend bij de zorgvraag van deze tijd en van een basiskwaliteit die overal op orde is. Eenduidigheid over wat de basiskwaliteit precies is, is er nu niet. Daarmee valt en staat natuurlijk een heleboel: de bekostiging, de contracten, het toezicht en natuurlijk de zorg zelf. Mijn vraag aan de Minister is hoe hij eraan gaat bijdragen dat het kwaliteitskader er nu ook echt snel komt.

Dat er nu nog geen kader is, mag wat de VVD betreft geen reden zijn om bestaande problemen niet op te lossen. Dan heb ik het bijvoorbeeld over de tarieven. We zien in de praktijk dat bepaalde vormen van wijkverpleging – ik noem dat maar even «specialistische vormen van wijkverpleging» – zoals de wondverzorging, de palliatieve zorg maar ook het casemanagement dementie, druk zetten op het integrale tarief. Wij blijven voorstander van zo min mogelijk tarieven. We zijn ons bewust van het feit dat gewerkt wordt aan een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging, maar dat model is er nog niet en dat lijkt in de praktijk nu wel tot problemen te leiden. De ambtsvoorganger van de Minister deed hierover al eerder enkele toezeggingen, maar tot een echt voorstel of een echte oplossing is het nog niet gekomen. Is de Minister bereid om op korte termijn met een tijdelijke oplossing voor dit vraagstuk te komen?

De uitgaven aan wijkverpleging die zonder contract wordt gegeven, dus in feite zonder afspraken over kwaliteit en betaalbaarheid, stijgen flink. Laat

ik direct heel duidelijk zijn: voor de VVD staat zorg zonder contract niet gelijk aan sjoemelen of frauderen. De kostenstijging baart de VVD om twee redenen wel zorgen. In de eerste plaats de kwaliteit, want zonder contract kun je geen afspraken maken over kwaliteit. Zorg die zonder afspraken met de verzekeraar wordt geleverd, wordt wel grotendeels door de verzekeraar betaald. Dat is op zichzelf natuurlijk heel mooi, maar dat zet – daar zit onze tweede zorg – de betaalbaarheid en de solidariteit van ons stelsel wel onder druk, want met een contract kun je afspraken maken over de betaalbaarheid. Eigenlijk moeten we nog wat preciezer weten hoe de zorgvraag achter de meerkosten er nu precies uitziet. Is de Minister bereid om dat uit te zoeken? Zo ja, kan zo'n onderzoek worden afgerond voordat we met het inkoopproces voor het jaar 2019 beginnen? Welke mogelijkheden ziet de Minister daarnaast om aanbieders, ook de kleinere aanbieders, te stimuleren een contract af te sluiten? Ik sta nog even apart stil bij de palliatieve zorg.

De voorzitter:

Mevrouw Hermans, er is een interruptie van mevrouw Bergkamp van D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik zit volgens mij net in de dode hoek van mevrouw Hermans. Ik snap het betoog van de VVD over ongecontracteerde zorg. In het afgelopen jaar zie je zelfs een stijging van 1% naar 5%. Ik vind het terecht dat de VVD vraagt om een onderzoek, maar ik zou dan heel breed echt de diepte in willen gaan, omdat ik ook geluiden hoor dat er voordelen zitten aan ongecontracteerde zorg. Blijkbaar hebben aanbieders meer ruimte en meer tijd, en ook meer aandacht voor het sociale aspect van de zorg. Ik ben het dus eens met een onderzoek, maar dat moet dan wel in de breedte. Ook moet worden gekeken naar de voordelen en naar de redenen, want je mag geen tweedeling krijgen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg in de zin dat mensen met ongecontracteerde zorg meer tijd hebben voor andere aspecten.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

In de verkenning die de Minister afgelopen maandag naar de Kamer stuurde, staan inderdaad drie motieven waarom aanbieders kiezen voor ongecontracteerde zorg. Het argument dat mevrouw Bergkamp noemt is een daarvan. Ik heb die argumenten dus gezien en kan mij best iets voorstellen bij dat derde motief. Ik ben een beetje beducht om het woord «onderzoek» te gebruiken, omdat we ook weer niets aanpakken als we onderzoek op onderzoek doen. Daarom wil ik wel tempo. Om het echt te kunnen aanpakken, wil je natuurlijk precies weten welke zorgvraag er zit achter de meerkosten in de ongecontracteerde zorg. Los van dit motief, waarbij ik me wat kan voorstellen, ziet mijn vraag heel erg op de precieze zorgvraag die achter die meerkosten zit.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Prima om ook in te zoomen op de zorgvraag, maar ik stel nogmaals de vraag aan de VVD of zij in dat onderzoek ook de positieve aspecten wil meenemen die er blijkbaar ook zijn. Ik snap het dilemma. Je wilt ook toezicht hebben op de kwaliteit en je wilt dat de zorgkosten beheersbaar blijven, maar er is natuurlijk wel een reden. Ik hoor ook positieve aspecten van mensen die ongecontracteerde zorg krijgen. Mijn vraag aan de VVD is of, als zij de Minister stimuleert tot onderzoek, zij bereid is om ook dit aspect mee te nemen, zodat we echt een goed doordacht advies kunnen krijgen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dan begrijp ik het nu beter, denk ik. Daarom zei ik ook dat ik ongecontracteerde aanbieders niet per definitie slecht vind of dat ik denk dat het

sjoemelaars of fraudeurs zijn. Dat beeld kan ook nog weleens ontstaan. Je ziet juist bij de kleinere aanbieders dat zij innovatieve vormen van wijkverpleging aanbieden. Als dat ook samenhangt met het motief waarover we het hadden, dat je wat meer ruimte hebt om invulling te geven aan het werk dat je doet, dan moeten we daarnaar kijken. We moeten dan bekijken hoe dat element een plek kan krijgen in het algemene aanbod van gecontracteerde wijkverpleging. Als ik de woorden van mevrouw Bergkamp zo mag opvatten, dan steun ik dat.

De voorzitter:

Mevrouw Dijkma heeft een vraag. Daarna is er een vraag van mevrouw Agema, die inmiddels ook is aangeschoven bij dit overleg.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Ik raak mevrouw Hermans hier toch een beetje kwijt. We kregen afgelopen maandag een naar mijn smaak glasheldere brief over de ongecontracteerde zorg, waarin ook helder werd gemaakt dat die vaak twee keer zo duur is. Nou, dat alleen al lijkt me reden om nu snel iets te doen. Ook werden in de brief redenen aangegeven waarom men ervoor kiest; mevrouw Hermans noemde ze al. De vraag rijst hier toch wel waarom zij nu toch weer nieuw onderzoek nodig heeft – wat voegt dat toe? – in plaats van dat zij de Minister de kans geeft om op dit onderwerp door te pakken. Dat lijkt mij eigenlijk veel wijzer.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ik ben het helemaal met mevrouw Dijkma eens dat we op dit onderwerp actie moeten ondernemen en dat dat ook snel moet gebeuren. Vandaar dat ik ook nog even benadrukte dat ik niet pleit voor onderzoek waardoor het allemaal nog langer gaat duren. Dit onderzoek maakt wel heel duidelijk dat er echt forse meerkosten worden gemaakt, maar we krijgen nog niet goed in beeld waar dat nou precies in zit en welke zorgvraag daarachter ligt. Dat is mijn enige vraag. Als we een probleem aanpakken – volgens mij hebben we hier wat te pakken – vind ik wel dat we het heel gericht moeten aanpakken en niet over een jaar moeten denken: o ja, we hadden toch ietsje meer deze kant of ietsje meer die kant op moeten gaan.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Nogmaals, er worden vrij duidelijke redenen aangegeven waarom men kiest voor deze niet-gecontracteerde zorg. In de brief staat als conclusie dat alle partijen het erover eens zijn dat ze nu snel aan de slag moeten met de uitkomst van het rapport, Waarom belet u eigenlijk een snelle aanpak door weer om nieuw onderzoek te vragen?

Mevrouw Hermans (VVD):

U haalt nu twee dingen door elkaar die volgens mij losstaan van elkaar. In het rapport worden motieven genoemd waarom wordt gekozen voor ongecontracteerde zorg. De conclusie wordt getrokken dat in die ongecontracteerde zorg meerkosten worden gemaakt. Voorafgaand aan dit onderzoek heeft Xander Koolman in de zomer een verkenning gedaan. In zijn onderzoek maakt hij onderscheid tussen noodzakelijke zorg en comfortzorg. Als ik die twee termen even mag gebruiken, zou ik wel willen weten... In de conclusies van dat onderzoek, de verkenning die nu gedaan is, gebruikt hij die twee termen. Dat noem ik «de zorgvraag». Is dat noodzakelijk of is dat comfortzorg?

Mevrouw Agema (PVV):

De VVD pleit voor meer onderzoek. De PvdA wil meteen «hup, doorpakken», maar ik denk dat het toch wel goed is om als Kamerlid ook zelf te kijken hoe dit nou komt. Daar heb je ook een soort verantwoordelijkheid in. Je ziet bijvoorbeeld een casus waarin in een klein dorp een

heel serieuze, goede en fatsoenlijke aanbieder een contract wil afsluiten met Zilveren Kruis, maar waarin Zilveren Kruis een ondergrens van een ton stelt. Je hebt wel meer verzekeraars, je woont in dat kleine dorp en het aantal cliënten is echt beperkt. Vervolgens kiest de aanbieder er dus voor om niet-gecontracteerd te werken. Dan kun je zeggen «nog een onderzoek», «doorpakken» of weet ik veel, maar dat systeem werkt simpelweg niet in een klein dorp. Het andere punt betreft de zzp'ers, de verleners van palliatief terminale zorg. Daar zullen we het ook nog over hebben. Dat zijn mensen die hand-in-handzorg geven, 24 uurszorg. Zij kunnen heel moeilijk bij een grote aanbieder terecht, want zij komen niet eens door de arboeisen heen. Dat is dus ook niet-gecontracteerde zorg, waar eigenlijk heel veel uren in gaan zitten en die dus ook duur is. Dat is weer een heel logische verklaring en ook die lezen we niet in de brief. Mijn vraag aan de VVD is dus eigenlijk of we dit vuurtje gewoon niet verder moeten opstoken en of we niet moeten accepteren dat een deel van de zorg binnen het systeem dat we hebben, simpelweg niet-gecontracteerd en ook duurder zal zijn.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dat laatste wil ik zeker niet, want ik vind dat dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de wijkverpleging en de zorg in het algemeen in de toekomst echt onder druk zet. Ik vind wel dat we moeten kijken hoe we het sluiten van contracten met zorgaanbieders kunnen stimuleren en makkelijker kunnen maken. Dat ben ik met mevrouw Agema eens en vandaar ook een van mijn vragen aan de Minister.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat vind ik echt heel verbazingwekkend. Ik heb het over de wijkverpleegkundige die palliatief terminale zorg verleent en dus hand-in-handzorg levert en die zzp'er is, want geen enkele aanbieder kan haar aannemen, omdat die 24 uursdiensten niet binnen de Arboretgeving vallen en lang en duur zijn. Dat vinden wij allemaal ontzettend belangrijk; dat hebben we hier vandaag ook op de agenda staan. De VVD zegt: nee, daar ben ik het niet mee eens; dat mag niet meer kosten. Maar dat kost gewoon meer. Als je 24 uurszorg, hand-in-handzorg in de laatste weken en dagen van iemands leven biedt, is dat simpelweg duur. Dan kom je uiteindelijk in de niet-gecontracteerde zorg terecht. Dat is een gegeven van dit systeem. De contracten zijn het andere gegeven. Dat gaat niet veranderen. De situatie in kleine dorpen en met de aanbieders in kleine kernen die niet aan contracten van een ton komen, blijft zo. De VVD zegt: er moet meer onderzoek komen. En de Partij van de Arbeid zegt: de beuk erin. Maar dit systeem gaat niet veranderen. Ik hoop echt dat u dat inziet.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Hermans, gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, toch nog een korte reactie, want juist uit het punt over de palliatieve zorg kwam mijn vraag aan de Minister voort over de tarieven en de druk die de duurdere, specialistische vormen van wijkverpleging op dat integrale tarief zetten. Vandaar mijn vraag daarover aan de Minister. Over de palliatieve zorg heb ik nog wel een vraag. De VVD is blij dat het kabinet daar geld voor heeft vrijgemaakt. We horen graag hoe de Minister dit geld gaat besteden en hoe hij werk gaat maken van het versimpelen van – nu citeer ik de NZa – «de lappendeken aan mogelijkheden». Ik heb ook een vraag over het pgb, dat is verankerd in de wet. Wij hebben begrepen dat organisaties die zorg in natura leveren, niet willen indiceren voor een pgb. Herkent de Minister dit signaal?

Voorzitter. Dit waren veel punten over het stelsel. Tot slot nog een punt over en voor de wijkverpleegkundigen zelf. Daags na de actie Minder

papier, meer tijd voor zorg beloofden partijen, volgens mij zelfs bij de Minister aan tafel, de vijfminutenregistratie af te schaffen. Naar ik nu begrijp, bestaat die registratie nog steeds, omdat de controle op rechtmatigheid in het gedrang komt. Zo is er natuurlijk altijd wel een reden te verzinnen om iets niet te doen, maar zo houden we elkaar volgens mij wel gevangen. Mijn vraag aan de Minister is dus hoe dit kan en wat hij eraan gaat doen om deze registratie, waarvan hij volgens mij ook zelf heeft gezegd dat hij ervan af wil, nu echt op te ruimen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. De wijkverpleging, dementiezorg en palliatieve zorg zijn alle drie volop in beweging en op alle drie de terreinen gaat het om zoveel meer dan alleen om die medische verrichtingen. Het gaat in de kern om het bijstaan van mensen in hun leven.

Om met dementie te beginnen: ik ben blij dat de Minister zich heeft gecommitteerd aan het verbinden van zorg en welzijn in de sociale benadering van dementie. De grote uitdaging zit natuurlijk in het werken over de zorgschotten heen. Mijn vraag aan de Minister is of hij bereid is om de praktijkteams van VWS actief in te zetten bij deze social trials. Daar krijg ik graag een reactie op.

We zien dat het gebruik van casemanagement bij dementie nog niet zo goed loopt. Kan de Minister duidelijke afspraken maken met de Zorgautoriteit over het beter monitoren van casemanagement bij dementie? Ik vraag de Minister ook of het niet wenselijk is om het actieplan te verlengen.

Over de wijkverpleging was er net al een brede discussie. Daar is de laatste tijd heel veel om te doen. Zorgverzekeraars en de wijkverpleging lijken tegenover elkaar te staan. Ik begin met de klachten die we horen van de wijkverpleegkundigen dat zij, als zij onder een contract werken, vaak nauwelijks tijd hebben om de hoogst noodzakelijke zorg te leveren en vervolgens door moeten sjezen naar het volgende adres om daar weer verder te gaan. Dat zou dan «doelmatige zorg» zijn – want alleen hoogstnoodzakelijke zorg – maar het is de vraag of meer tijd en meer aandacht van de wijkverpleegkundige voor de patiënt ons uiteindelijk meer kosten, want juist die signaleringsfunctie en de tijd om bijvoorbeeld ook mantelzorgers te betrekken bij het zorgproces, voorkomt onnodige verslechtering en is naar mijn opvatting dus juist doelmatig.

Aan de andere kant hebben we de discussie over de ongecontracteerde zorg, de zorg die duurder zou zijn; daar hadden we het net al over. We weten eigenlijk nog te weinig over die ongecontracteerde zorg om daar nu al zulke conclusies aan te verbinden. Gaat het om zorg voor relatief gezonde mensen met een lichte zorgvraag of gaat het bijvoorbeeld om terminale zorg? Dat maakt nogal een verschil. Ik sluit mij dus aan bij de vraag van mevrouw Hermans: is de Minister bereid om die zorgvraag te onderzoeken? Wat GroenLinks betreft kunnen we pas een goed oordeel over de kosten van deze ongecontracteerde zorg vellen als we deze informatie hebben.

Voorzitter. Het kwaliteitskader is er nu nog niet. Het zal zeker helpen als we een gedeelde visie hebben van wat goede en noodzakelijke wijkverpleegkundige zorg is. Kan de Minister een toelichting geven op de ontwikkeling van dit kwaliteitskader? Is hij tevreden over de voortgang? Zo niet, wat is dan zijn inzet op dit punt? Is de Minister het met mij eens dat, zolang er nog geen kwaliteitskader is, het wel belangrijk is dat zorgverzekeraars duidelijk aangeven wat zij onder «kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg» verstaan en hoe zij dat met hun contract willen belonen? Want een

contract moet een beloning zijn en geen straf. Daar is nog wel wat werk te verzetten.

Het goede nieuws is dat we eindelijk een eerste meerjarencontract hebben tussen een zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige zorg. Dat is heel mooi. Wat mij en GroenLinks betreft zullen er nog vele volgen. Laat dit dus een voorbeeld zijn. Ik ben benieuwd hoe de Minister hierover denkt. Ten slotte de palliatieve zorg, waar wel al een kwaliteitskader ligt. Dat is een mooi begin. Nu moet het natuurlijk toegepast gaan worden. We zien dat er al veel specialistische palliatieve kennis is in de ziekenhuizen, maar nog een stuk minder in de eerste lijn. Binnenkort start een indrukwekkende samenwerkingspilot tussen een aantal ziekenhuizen en huisartsenpraktijken in Noord-Holland en Flevoland onder de noemer PalliSupport. Mijn vraag aan de Minister is of hij bereid is om dit initiatief nauwlettend te volgen en de goede voorbeelden en de mogelijke obstakels waar men tegen aanloopt in het uitvoeren van de doelen uit het kwaliteitskader, te delen met andere regio's.

De voorzitter:
Wilt u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Tot slot las ik in het rapport Palliatieve zorg dat de informatie van VWS over de toegang tot geestelijke verzorging nog erg complex en gedateerd is. Daar wil mijn fractie graag verandering in brengen.
Dank u wel.

De voorzitter:
Dank u wel. Mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Begin 2016 bleek na een studie dat goede zorg na een ziekenhuisopname een significant verschil kan maken. De wijkverpleegkundige bezoekt de oudere al in het ziekenhuis en eenmaal thuis volgen ook meerdere bezoeken, hetgeen leidt tot betere zorg. Na het UMCG volgden al snel 40 ziekenhuizen die nazorg leveren volgens een bepaalde methode. Mijn vraag aan de Minister is hoe we eraan kunnen bijdragen dat nog meer ziekenhuizen daartoe overgaan, want er zijn heel veel mooie resultaten. Ik vind het ook belangrijk om een aantal mooie projecten te noemen in mijn bijdrage.

Een ander veelbelovend project, ook van het UMCG, heet Verpleegkundige Topzorg. Door het gebruik van verpleegkundig specialisten kunnen mensen langer thuis blijven wonen en worden heropnames voorkomen. Er is echter een knelpunt met de tarieven. Kan de Minister in overleg treden met de NZa om te kijken wat precies het probleem is? Het zou zonde zijn als dit soort mooie projecten stranden als gevolg van regelgeving.

Dat vormt een mooie bruggetje naar mijn volgende onderwerp: de regeldruk. Een tijdje geleden kregen we veel berichten dat de regeldruk in de wijkverpleging heel erg hoog is. Ik schrok daarvan. Wijkverpleegkundigen zijn 49% van de tijd bezig met regels. Dat geldt ook voor de dementiezorg. De Herbergier, een regelarme zorgformule voor dementie, stelde recent zelfs dat de overheid minder regels belooft, maar het er stiekem steeds meer worden. Dat lijkt me geen goede ontwikkeling.

Volgens mij moeten we deze trend keren. Graag een reactie.

Voorzitter. Ik kom op de wachttijden en casemanagement dementie. Mijn collega van GroenLinks gaf het al treffend aan. We hebben nu wat meer inzicht in de wachttijden op papier, maar als het gebruik niet wordt gestimuleerd of aangeboden, dan zeggen die cijfers eigenlijk helemaal niks. De vorige Staatssecretaris heeft ons toegezegd dat we inzage krijgen

in het gebruik van casemanagement dementie. Ik ben heel erg benieuwd hoe deze Minister hier uiting aan gaat geven.

Voorzitter. Ik heb ook een vraag over het profiel van de casemanager dementie, ontwikkeld door V&VN. Hoe staat het met de implementatie? Het gaat hier om een wijkverpleegkundige-plus. Het is niet iets wat je zomaar naast je werk kunt doen.

Voorzitter. Ik heb gisteren samen met mijn collega, mevrouw Dijkstra, schriftelijke vragen gesteld over de palliatieve zorg in relatie tot het doorbehandelen van ziekenhuizen. We kijken uit naar de beantwoording daarvan. Daarover bestaan tegenstrijdige gegevens en daar maken wij ons zorgen over.

Voorzitter. Over de sociale benadering van dementie heb ik samen met mijn collega's van de ChristenUnie en GroenLinks een motie ingediend. Die motie gaat over het uitrollen van de experimenten met een sociale benadering van Anne-Mei The. Dat is nog niet zo heel lang geleden, maar wij vroegen ons af hoe het met de uitrol gaat. Het zou toch mooi zijn als het in Leeuwarden door kan gaan en als er nog een aantal regio's bij komen om hiervan te leren.

Voorzitter. Tot slot. Mijn laatste onderwerp gaat over de academisering van verpleegkundigen. De academisering van verpleegkundigen stagneert. Er zijn tien hoogleraren op 300.000 verpleegkundigen. In vergelijking: er zijn 600 hoogleraren op 60.000 artsen. Dat is natuurlijk een beetje appels met peren vergelijken, maar het geeft wel aan dat er sprake is van scheefgroei, terwijl verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen essentieel zijn voor alle ambities en doelstellingen die wij als partij hebben. Een verdere academisering kan positieve gevolgen hebben voor de werkdruk en het personeelstekort. Het manifest Kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst, getekend door ruim 100 organisaties en mensen uit het veld, werd dinsdag aangeboden aan de bewindspersonen. Graag horen wij een eerste reactie van de Minister daarop. Is hij bereid om met alle relevante partijen, waaronder natuurlijk het ministerie, om tafel te zitten om met een plan te komen voor de verdere academisering van verpleegkundigen? Zo ja, wanneer kan de Kamer de informatie over de uitkomsten daarvan krijgen?

Voorzitter, ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mooi binnen de tijd. De heer Slootweg.

De heer Slootweg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Afgelopen maandag stond er een aangrijpend verhaal in de Volkskrant. Het ging over burens die mantelzorg verlenen aan hun dementerende, alleenstaande buurvrouw. Ik vond het prachtig om te lezen hoe burens zo intensief voor iemand kunnen zorgen. Anderzijds is het ook verontrustend, omdat onduidelijk is welke professional eindverantwoordelijk is en de samenwerking tussen gemeenten en wijkverpleging nog ver te zoeken lijkt.

Voorzitter. Het artikel in de Volkskrant ging met name over hoe mantelzorgers overvraagd kunnen worden. Het beroep op mantelzorg kan nog groter worden wanneer de buurvrouw uit het verhaal geplaatst wordt op een wachtlijst voor een Wlz-instelling. Klopt het dat de casemanager dementie en de dagbesteding wegvallen als iemand met dementie geplaatst wordt op een wachtlijst voor een Wlz-instelling? En zo ja, waarom is dat? Waarom valt dat niet onder de overbruggingszorg? De NZa publiceerde vorige week het rapport Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor? Mijn fractie vindt het beeld bij de wachtlijst voor de casemanager dementie zorgelijk. 36 van de 62 dementienetwerken hebben een wachtlijst. Het rapport benoemt dat een aantal regio's meer geld hebben ontvangen en daardoor iets aan de wachtlijsten voor de casemanager dementie hebben kunnen doen. De vraag van mijn fractie is

waarom die andere 26 dementienetwerken dat al wel hebben georganiseerd. Hadden zij al meer geld of is het een kwestie van organisatie? Om de wachtlijstproblematiek bij de casemanager dementie terug te dringen, komt er een regeling voor een verplichte wachtlijst en wachttijdregistratie. De vraag die bij mijn fractie leeft, is waarom hier niet voor gekozen wordt bij andere vormen van specialistische wijkverpleging, zoals de nachtzorg, de intensieve kindzorg en de palliatieve zorg aan huis. Uit het onderzoek van de beroepsvereniging V&VN weten we dat wijkverpleegkundigen gemiddeld 49% van de tijd bezig zijn met administratieve verplichtingen. Mevrouw Bergkamp en mevrouw Ellemeet hebben dat ook al aangehaald. We hebben in de Kamer meermalen aangedrongen op het schrappen van de vijfminutenregistratie. Nu blijkt dat de druk om toch te registreren bij accountants vandaan komt. Is de Minister bereid om hierover het gesprek aan te gaan met de accountantsorganisaties?

Voorzitter. Indicatiestelling in de wijkverpleging gebeurt voornamelijk door hbo-verpleegkundigen. Zijn er mogelijkheden om ook wijkverpleegkundigen met enkele jaren praktijkervaring hiervoor in te schakelen? Welke plannen heeft de Minister op de lange termijn om het werk in deze sector aantrekkelijker te maken? De gemiddelde wijkverpleegkundige werkt momenteel ongeveer twintig uur per week. Ziet de Minister mogelijkheden om wijkverpleegkundigen te verleiden om meer uren te gaan werken, bijvoorbeeld door betere kinderopvang of kinderopvang in de avonden?

Dan de niet-gecontracteerde zorg. In de rapportage die de Minister naar de Kamer heeft gestuurd, hebben we kunnen lezen dat de niet-gecontracteerde zorg groeit; ook dit is al genoemd. Ook wij zouden graag willen weten wat hier precies de oorzaak van is. Komt dit doordat er tweemaal zoveel uren verstrekt worden terwijl het tarief hetzelfde blijft, zoals ik in sommige blogs heb kunnen lezen? Of wordt er meer specialistische zorg verstrekt, waardoor het duurder wordt? Wij zouden daar wat meer over willen weten. Of komt het doordat er in de niet-gecontracteerde zorg veel eenpitters werken, die via een pgb werken en daarom vaak geen contract krijgen? Dat was volgens mij ook de aard van de interruptie die mevrouw Agema heeft gepleegd. Wij willen graag precies weten hoe het zit. Bent u bereid om daarover meer informatie te geven en, zo ja, kan dat op korte termijn?

Ten slotte. Het knelpunt waarover wij als fractie de meest aangrijpende verhalen ontvangen, is de intensieve kindzorg. Het blijft een hele puzzel, en soms ook een stevige strijd, om de zorg te vinden. Klopt het dat er een tekort is aan kinderwijkverpleegkundigen? En is het juist dat er veel administratieve ballast wordt gecreëerd doordat er nog steeds elk jaar opnieuw geïndiceerd moet worden?

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer Slootweg (CDA):

Ja. Ziet de Minister mogelijkheden om het aantal kinderwijkverpleegkundigen te vergroten en het circus van jaarlijkse indicaties te verminderen? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Slootweg. Meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank u, voorzitter. Voor mij is dit het eerste debat over de zorg, een sector waarin door zo'n 1 miljoen mensen met hard en ziel wordt gewerkt aan betere zorg voor heel veel mensen. De SP hecht heel veel waarde aan deze sector. Toen ik in 2006 voor de SP-fractie en Agnes Kant ging werken,

had ik niet gedacht dat ik hier ooit zelf zou staan om de zorgdebatten te voeren. Maar toch – in mijn tekst staat: hier zitten we dan – hier sta ik dan. We hebben in de afgelopen jaren heel veel grote stelselwijzigingen meegemaakt, zoals het ontmantelen van de AWBZ, het invoeren van de marktwerking in het nieuwe zorgstelsel en het verschuiven van grote delen van de zorg naar de gemeenten. Dat het lang niet altijd goed gaat, bleek deze week uit een onderzoek van onder andere de Patiëntenfederatie Nederland. Eén op de drie mensen uit het onderzoek zegt dat hij weleens noodzakelijke zorg heeft laten schieten om financiële redenen. Dat zijn cijfers waar ik van schrik. Ik hoop dat dit voor iedereen geldt. Voorzitter. Je zou willen dat mensen die met hart en ziel werken in de zorg, niet belemmerd worden door een zorgstelsel dat hen zo frustreert. Wijkverpleegkundigen geven aan dat het oude denken nog springlevend is. Iedereen weet wat ik dan bedoel: de vijfminutenregistraties. En dit terwijl die al lang niet meer hoeven, zo wordt gezegd. Registratie en controle, terwijl het ook anders kan. Wanneer gaan we hier nu eens eindelijk mee stoppen, zo vraag ik de Minister.

Er wordt nu moord en brand geschreeuwd over de kosten van zorgverleners die geen contract hebben met de zorgverzekeraar. Maar om het even in perspectief te plaatsen: dit gaat om 5% van de totale zorg in de wijkverpleging. Dat zijn ongeveer vijf à zes stoelen als alle stoelen hier op de tribune gevuld zouden zijn. Die zorg bestaat deels uit het overnemen van cliënten uit instellingen die wel gecontracteerd zijn maar zogenaamd vol zitten onder druk van de zorgverzekeraar. Kun je het wijkverpleegkundigen überhaupt kwalijk nemen dat ze onder het juk van diezelfde zorgverzekeraar vandaan proberen te komen? Ik denk het niet.

Voorzitter. Het is bijna niet uit te leggen: mensen worden geacht steeds langer thuis te blijven, zelfs als dat eigenlijk niet meer gaat, maar op de thuiszorg en de wijkverpleging is juist al bezuinigd. Onder druk van de zorgverzekeraar wordt de broekriem aangehaald en worden kosten bespaard. Maar ten koste van wiens zorg en ten koste van welke mensen? Het meest schrijnend vind ik zelf dat door de tekorten in de wijkverpleging mensen die thuis willen sterven daar niet de gelegenheid toe hebben gekregen. Dat is bitter, heel erg bitter. Deze mensen vragen toch niet heel erg veel van onze samenleving? Zij hebben geen lange wensenlijst, maar enkel de vraag of zij de laatste dagen van hun leven thuis kunnen doorbrengen, met de zorg die ze daarvoor nodig hebben. Dat zou toch nooit een probleem mogen zijn? Kan de Minister aangeven of deze situaties nog steeds voorkomen? Kan hij ook aangeven hoe hij die in de toekomst gaat voorkomen?

In antwoord op de vragen die mevrouw Agema schriftelijk aan de Minister heeft gesteld, schrijft de Minister dat mensen die geen zorg van de wijkverpleging kunnen krijgen zich moeten melden bij de zorgverzekeraar of bij de NZa. Mij verbaast zo'n antwoord. Ik zie 90-plussers of mensen die met palliatieve zorg bezig zijn in die fase toch echt niet dagen achtereen bellen met zorgverzekeraars of de Zorgautoriteit. Willen wij dat echt vragen van 90-plussers, 80-plussers? Of zorgen we er op een fatsoenlijke manier voor dat dit niet meer kan? Ik hoor graag van de Minister of hij bereid is om vandaag toe te zeggen dat we dit dus niet meer zo gaan doen, dat hij afspraken gaat maken met de verzekeraars dat alle verzoeken voor palliatieve terminale zorg worden gehonoreerd en dat cliënten en hun familie nooit belast zullen worden met de bureaucratische rompslomp die een deel van de politiek hier heeft bedacht.

Dat geldt ook voor andere mensen, zoals de mevrouw uit Katwijk die begin februari terug zal komen uit het ziekenhuis, maar voor wie op dit moment nog geen zorg beschikbaar is gesteld door de zorgverzekeraar. De Minister en de NZa zeggen van niks te weten, zo schrijven ze in antwoord op mevrouw Agema, maar voor deze mensen is het op dit moment niet goed geregeld. Ik hoor heel graag van de Minister hoe hij dit gaat aanpakken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Gefeliciteerd met uw eerste bijdrage, mijnheer Hijink. Een mooie bijdrage aan deze commissie. Mevrouw Dijkma.

Mevrouw Dijkma (PvdA):

Voorzitter. Vandaag zal ik mijn bijdrage vooral besteden aan de positie van de wijkverpleegkundige. Ik denk dat iedereen in deze Kamer inziet hoe belangrijk die is. Als het op dat gebied goed gaat, levert dat heel veel minder druk op bij andere plekken in de zorg. Er liggen een aantal brieven voor die wel tot vragen leiden.

Misschien is het goed om eerst eens te vragen aan de Minister hoe hij wil omgaan met de discussie over het kwaliteitskader. Er lekken af en toe wat berichten over uit. De directeur van Thuiszorg Nederland heeft inmiddels aangegeven dat hij zich zorgen maakt over het concept dat nu voorligt, omdat de nadruk in het kwaliteitskader zoals dat er op dit moment ligt, kennelijk vooral ligt op verzorging en niet op verpleging. Dat kan misschien een groot probleem zijn. Waarom zeg ik dat? Omdat dit volgens mij een directe relatie heeft met een ander fenomeen dat op de agenda staat, namelijk het toenemen van niet-gecontracteerde zorg. Op het moment dat het kwaliteitskader eigenlijk te eng is, waardoor wijkverpleegkundigen niet de zorg kunnen verlenen die nodig is, zul je zien dat het fenomeen van de ongecontracteerde zorg alleen maar gaat toenemen. Ik ben het op zichzelf met de Minister eens dat het beter is om zo veel mogelijk gecontracteerde zorg te hebben. Dat is ook goed, omdat dit integraal veel meer mogelijkheden biedt om samen te werken en goed te sturen.

Maandag heeft de Minister echter een onderzoek naar de Kamer gestuurd. Daarin staan een aantal interessante dingen. Ja, de ongecontracteerde zorg is twee keer zo duur. Ja, er zijn een aantal redenen voor de budgetplafonds. Denk aan de zzp'ers. Mevrouw Agema noemde het al. Deze zaken passen kennelijk niet in het systeem zoals de zorgverzekeraars dat voorschrijven. Maar er wordt ook gezegd dat de wijkverpleegkundigen die niet in de gecontracteerde zorg werken, het gevoel hebben dat ze meer tijd hebben voor de patiënt. In de brief staat letterlijk: de vraag achter de vraag kunnen stellen. Ik heb geen bezwaar tegen extra onderzoek. Daar gaat het mij niet om. Volgens mij biedt dit al voldoende stof tot gesprek met alle betrokken partijen over twee dingen. Ten eerste: hoe zorgen we ervoor dat we straks toe gaan naar een kwaliteitskader dat gewoon doet wat het moet doen en dat wijkverpleegkundigen letterlijk past als een handschoen, in plaats van dat het pijn doet en knelt? Ten tweede: als je wilt dat die gecontracteerde zorg de norm wordt, het liefst ook langjarig, moet je ook bereid zijn om te bewegen in de richting van die mensen die op dit moment het gevoel hebben dat ze niet binnen passen binnen het systeem. Mijn vraag aan de Minister is of hij daartoe bereid is. Op welk moment krijgen wij dan nieuwe informatie over de gecontracteerde zorg en over het kwaliteitskader? Ergens wordt «het voorjaar» genoemd, maar dat is een reukelijk begrip. Dat kan ook bijna de zomer zijn, maar ik wil heel graag precies weten waar we aan toe zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Dijkma, er is een vraag van mevrouw Bergkamp.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik vind het betoog van mevrouw Dijkma goed op dit punt. Uit de interrupties begreep ik net dat zij niet voor meer informatie of voor een onderzoek is, maar ik begrijp dat zij ook wil weten waar dit vandaan komt, om te voorkomen dat je straks een soort tweedeling krijgt tussen gecontracteerd en ongecontracteerd, waarbij de ongecontracteerden meer

tijd hebben ten opzichte van de gecontracteerden. Of je het nu een onderzoek noemt of een gesprek, maar je moet er natuurlijk wel informatie over hebben. Klopt mijn interpretatie van uw betoog?

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Laat ik het zo zeggen. Ik vond het onderzoek van Arteria Consulting op dit punt al een aantal handvatten bieden. Ik denk dat je sowieso daarover het gesprek moet aangaan in het veld. Ik heb er geen bezwaar tegen als men hier nog wat meer achtergrondinformatie wil hebben. Helemaal niet. Dat zou ik overigens ook aanmatigend vinden. Het zou de Minister er in ieder geval niet van moeten weerhouden om de kern van het probleem alvast op tafel te leggen. Volgens mij is de kern dat voor een deel van de mensen die in de wijkverpleging werken de huidige vorm van aanbidding door de zorgverzekeraars niet passend is. Daar kunnen meerdere gronden voor zijn. Die worden ook al genoemd in het rapport. Denk aan zzp-constructies, maar ook gewoon aan tijd. Ik ben het met mevrouw Ellemée eens dat doelmatigheid ook hierbij een begrip is waarbij je twee kanten op kunt redeneren. Investeren in wijkverpleegkundigen kan namelijk verderop in de keten heel veel kosten voorkomen. Ik zou hier dus willen oproepen tot groots denken. Hiermee hebben we een onderwerp te pakken waarmee we op de lange termijn juist heel veel extra zorgkosten kunnen vermijden. Daarnaast kunnen we iets aanbieden wat de meeste mensen prettig vinden, namelijk zorg aan huis.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bergkamp nog, en daarna mevrouw Hermans.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben geen tegenstander van groots denken en volgens mij hebben we hier zeker een punt te pakken, maar ik ben blij om te horen dat ook de PvdA vindt dat we nog wat meer informatie moeten krijgen over een aantal aspecten. Dat wil niet zeggen dat we nu stil moeten staan. Mevrouw Hermans zei dat volgens mij ook: we moeten nog een aantal dingen weten en op basis daarvan in actie gaan. Uit het betoog van de PvdA merk ik dat we volgens mij eigenlijk op één lijn zitten. In de scherpste van de interruptie leek het beeld net anders, maar volgens mij zijn we het met elkaar eens, concludeer ik maar even.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dijksma, concludeert u dat ook?

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Het gaat volgens mij gewoon over de aanvliegroute. In plaats van nu opnieuw een theoretisch onderzoek te starten lijkt het mij veel logischer dat de Minister op basis van wat er nu ligt, het gesprek aangaat met al die partijen, ook vanuit de niet-gecontracteerde zorg, om hen te bevragen over welke stap we nu samen kunnen zetten. Daar gaat het mij om. Ik ben niet op zoek naar weer een heel lang onderzoek waarmee we het onderwerp als het ware weer verder vooruitschuiven. Mevrouw Hermans gaf aan dat zij dat ook niet is. Uit de brief lees ik dat alle partijen de bereidheid hebben om nu snel met elkaar om de tafel te gaan. Dat moeten wij vanuit de Kamer niet verhinderen. Dat zou ik echt slecht vinden. Je kan meer informatie op verschillende manieren krijgen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Hermans had ook een interruptie.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

U gebruikte net even de term «theoretisch onderzoek». Dat is beslist niet wat ik voorstelde. Ik wil een onderzoek, of informatie, waardoor we zeker

weten dat we de goede oplossingen hebben en op een goede manier met dit probleem omgaan. U geeft aan dat dit niet in de weg moet staan en dat de Minister vast in gesprek moet gaan zodat er dingen op gang gebracht worden. Daar ben ik het ook helemaal mee eens. Maar in de vraag die u mij net stelde, wekte u de suggestie alsof er ook nu ingegrepen kan worden en dat u daar ook ideeën over heeft. Daar ben ik dan even benieuwd naar.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik heb net al gezegd dat ik denk dat twee dingen belangrijk zijn, ten eerste dat er met enige spoed een passend kwaliteitskader komt. Daarmee voorkom je, denk ik, dat die niet-gecontracteerde zorg op langere termijn een toevluchtsoord wordt voor diegenen die het gevoel hebben dat het kwaliteitskader te knellend is. Het tweede is dat ik denk dat op basis van wat er nu ligt, wat maandag naar de Kamer is gegaan, de Minister het gesprek aan moet gaan met alle partijen, om te bekijken hoe hij iedereen bij elkaar kan brengen en wat daarvoor nodig is. Mevrouw Agema bracht terecht naar voren dat er in die dorpen of op andere plekken mensen kunnen zijn die het gevoel hebben dat ze er niet passen of dat de zorgverzekeraars te hoge plafonds bieden. Laat dat dan ook besproken worden. Mijn gevoel is dat je dit nog heel lang kan onderzoeken, maar soms helpt het om iedereen gewoon in een kamer op te sluiten om er met elkaar uit te komen. Eigenlijk is mijn advies aan de Minister: doe dat nou gewoon.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dan trek ik de conclusie dat wij hetzelfde doel nastreven, maar dat u het ook met mij eens bent dat nu ingrijpen niet mogelijk is.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik denk dat het van belang is dat de Minister wel nu om de tafel gaat. Of dat nu ingrijpen is of niet, ik denk dat hij iets moet doen. Volgens mij wil hij dat ook, begrijp ik uit zijn brief. Mijn punt is dat ik hem daarin steun. Ik heb net aangegeven waar volgens mij de samenhang zit met het kwaliteitskader – dat moet er ook met enige spoed komen – en waar mogelijk problemen zitten. Volgens mij streven we inderdaad wel hetzelfde doel na. Daar wil ik me graag bij aansluiten.

Ik heb nog een vraag over de motie-Asscher (34 700, nr. 38), die Kamerbreed is aangenomen. Deze zegt iets over de positie van de wijkverpleegkundigen in de hoofdlijnenakkoorden. Ik wil graag van de Minister weten op welke wijze hij deze gaat uitvoeren.

Ten slotte wil ik mij tijdshalve aansluiten bij de vragen die zijn gesteld door diverse collega's over de wachttijden voor mensen met dementie en de casemanagers die daartegen aanlopen. De NZa lijkt daarbij wel te blaffen, maar de vraag is of ze gaat bijten.

De **voorzitter**:

Mooi. Dank u wel, mevrouw Dijksma. De heer Segers.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

Mevrouw de voorzitter, dank u wel. Ook voor mij is dit een soort maiden-speech. Ik ben blij om hier te mogen aanschuiven. Ik ken deze commissie als een heel betrokken en gepassioneerde commissie. Dat geldt ook voor deze Minister. Dat heeft natuurlijk alles met het onderwerp te maken. Als je deze drie onderwerpen hoort, denk je onmiddellijk aan mensen die met deze zorg te maken hebben gehad of nog steeds te maken hebben. Je hebt onmiddellijk gezichten voor je van mensen in kwetsbare posities die afhankelijk zijn van goede zorg.

Drie onderwerpen: palliatieve zorg, dementie en wijkverpleging. De doelstelling van de Minister is om iedere inwoner van Nederland in 2020

verzekerd te laten zijn van goede palliatieve zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverlener. Er ligt nu inderdaad een mooi Kwaliteitskader palliatieve zorg, met een groot draagvlak. Daar ben ik blij mee, maar er liggen nog wel uitdagingen. Het kwaliteitskader pleit voor vroeger inzet van palliatieve zorg, terwijl de financiering nu vooral gericht is op de laatste drie maanden. Nog te vaak komt de palliatieve zorg thuis in de knel door het integrale tarief voor de wijkverpleging. Verder hecht mijn fractie veel waarde aan geestelijke begeleiding als een onderdeel van de palliatieve zorg. Collega Ellemee sprak er ook al over. Het is mooi dat dit als de spirituele dimensie van de zorg is opgenomen in het kwaliteitskader, maar de bekostiging hiervan is nog niet goed geregeld. Wat gaat de Minister doen om te zorgen dat de bekostiging meer aansluit bij het kwaliteitskader dat nu op tafel ligt? Is de Minister bereid experimenteerterruimte te bieden voor de palliatieve zorg, waarbij de ondersteuningsvraag van patiënten en naasten leidend is? Komt er nog een toets van de Nederlandse Zorgautoriteit op dit kwaliteitskader? Mevrouw de voorzitter. Gezien de uitdagingen en gewenste professionalisering van de palliatieve zorg ligt verlenging van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg na 2020 voor de hand. Mijn collega Dik-Faber heeft samen met collega Van der Staaij daarover een motie ingediend (34 775-XVI, nr. 97). Ik ben benieuwd hoe de Minister dit verder handen en voeten gaat geven.

Ik krijg signalen dat de procedure voor de aanvraag van palliatief terminale zorg nog te lang is en dat verzekeraars vervolgens niet altijd 24 uurszorg per dag willen leveren. Wil de Minister hierover in gesprek gaan met de zorgverzekeraars?

Ik heb ook een vraag over palliatieve sedatie. Er heeft een enorme stijging plaatsgevonden van palliatieve sedatie, van 6% bij de overlijdens in 2001 naar 18% in 2016. Is het niet goed om toch eens naar de achtergronden te kijken, naar de manier waarop dit plaatsvindt? Gaat dit altijd en overal goed en zorgvuldig? Ik ga ervan uit, maar is het gezien die stijging niet goed om er eens heel goed naar te kijken?

Het tweede onderwerp is dementie. Eerder is een motie aangenomen van mijn collega Dik-Faber (25 424, nr. 364) over het vergroten van het bereik van het aanbod van casemanagement dementie. Kan de Minister aangeven of het percentage thuiswonende mensen met dementie inmiddels sterk is verhoogd? Het was namelijk maar 30%. Ook ik heb een vraag over de wachtlijsten. Het blijkt toch heel lastig om die terug te dringen. Wat doet de Minister hieraan? Vindt de financiering uniform plaats via de dementieketens, of is er ook ruimte voor beleidsvrijheid, innovatie en andere aanbieders? Ik ben daar benieuwd naar.

Tot slot de wijkverpleging. Ik heb hetzelfde artikel in de Volkskrant gelezen als collega Slootweg. Dat was inderdaad een aangrijpend verhaal, over overbelaste mantelzorgers, in dit geval burens, die er echt doorheen zaten. In het regeerakkoord staat dat het kabinet, in samenspraak met gemeenten, moet bekijken hoe mantelzorgers ontzien kunnen worden. Ik ben benieuwd naar de voortgang, want dit is echt wel een punt van zorg, zeker als je zo'n verhaal leest.

Er zijn geschillencommissies, maar vaak worden conflicten tussen zorgaanbieders en verzekeraars nog via de media uitgevochten. Ik hoop dat dit in de toekomst beter gaat en dat partijen de geschillencommissies weten te vinden.

Helemaal tot slot: is er sprake van gelijke aanbidding van zorg in natura en pgb? We krijgen signalen dat zorg in natura een beetje het gewoonrecht heeft en als vanzelfsprekend wordt aangeboden, maar blijft het pgb daarmee een volledig gelijkwaardig aanbod?

Dat was mijn laatste vraag. Ik dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Van der Staaij.

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

Dank u wel, voorzitter. Wijkverpleging, dementiezorg, palliatieve zorg: om hoogwaardige liefdevolle zorg te kunnen verlenen zijn natuurlijk ook voldoende goede mensen nodig. Daar hebben we bij andere debatten over gesproken, maar ik wil er ook nu nog aandacht voor vragen. Deze week kwam er een onderzoek uit van het SCP over werken aan de start. De zorg springt eruit wat betreft het aantal mensen dat onvrijwillig in deeltijd werkt. Als dat de keuze van de werknemer is, is dat prima, maar als dit onvrijwillig is, als men eigenlijk de behoefte heeft om meer te werken, zou dat toch ook opgepakt moeten worden? Is de Minister bereid om met werkgevers in gesprek te gaan om hen te stimuleren om eerst onder het eigen personeel de werkzame uren uit te breiden, inclusief contractvergroting, als de werknemer dat zelf ook wenst? Het gaat erom dat het niet te normaal wordt gevonden dat het te zwaar is om dit voltijds te doen en dat men daarom minder gaat werken. De arbeidsomstandigheden moeten dan toch aangepast kunnen worden aan zo'n voltijds contract? Dat was mijn punt over het personeel.

Ik sluit me aan bij de vragen die zijn gesteld over de niet-gecontracteerde zorg. Wat zit daar eigenlijk achter? Korthedshalve laat ik het daarbij. Over de palliatieve zorg zijn in de afgelopen jaren verschillende keren moties ingediend waarin voorstellen zijn gedaan voor de bekostiging van die zorg. Er zijn de nodige verbeteringen in aangebracht. Ik wil graag nog meer horen over de uitvoering van de motie (29 282, nr. 283) die ik eind september heb ingediend over het feit dat de budgetplafonds de palliatieve zorg vaak in de weg staan. Het verzoek aan de regering, breed gesteund in de Kamer, was te bewerkstelligen dat zorgverzekeraars geen budgetplafonds of maximumgroeipercentages meer hanteren bij de zorginkoop van palliatieve terminale zorg. Mijn vraag aan de Minister is hoe het nu staat met de uitvoering van die motie.

Voorzitter. Wat palliatieve sedatie betreft sluit ik me aan bij de vragen van collega Segers en zijn opmerking dat het wenselijk zou zijn om onderzoek te doen naar de enorme stijging van palliatieve sedatie. Daarnaast noem ik het belang van het inschakelen van consultatieteams bij het verlenen van die palliatieve sedatie.

Voorzitter. Ook wij vinden dat de bekostiging van de geestelijke verzorging beter moet. We praten daar al best lang over. Er wordt ook breed aangedrongen op een sterkere verankering ervan. Wanneer kunnen we daarvoor nieuwe stappen verwachten?

Voorzitter. Tot slot de dementiezorg. Ik las in de commentaren voor vandaag de oproep om activistisch te blijven toezien op voldoende inkoop van casemanagement dementie en het terugdringen van wachtlijsten. Ik breng die oproep om de wachtlijsten terug te dringen en voldoende casemanagement dementie in te kopen heel graag opnieuw onder de aandacht van de Minister.

Tot slot breng ik ook graag een geluid uit de praktijk onder de aandacht. Het is een mooi initiatief om Kamerleden te koppelen aan patiënten. Ik ben gekoppeld aan een relatief jonge patiënt met Alzheimer. We hebben veel contact. Hij, Dick Rijksen, verzorgt zelf ook gastlessen. Ik heb die bijgewoond. Het is heel mooi om te zien hoe ook mensen met Alzheimer nog heel wat in hun mars hebben. Dat is ook wat hij beklemtoont: kijk niet alleen naar de zorgkant maar blijf ook stimuleren en heb ook oog voor de mogelijkheden van mensen met Alzheimer.

Daarmee wil ik graag afsluiten. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Een mooie afsluiting. Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst de wijkverpleging. Ik wil de Kamer danken voor het Kamerbreed aannemen van mijn motie over de vijfminu-

tenregistraties en ik wil de Minister bedanken voor zijn «oordeel Kamer». Tijdens de begrotingsbehandeling had ik het bewijs aangevoerd dat verzekeraar VGZ nog altijd vijfminutenregistraties van aanbieders eist. Verzekeraar VGZ is niet alleen een boeman, maar is ook de pineut van het systeem dat wij hanteren, want zolang je nog meerdere prestaties verlangt of eist, heb je de vijfminutenregistraties. Ik hou dit pleidooi hier nu al bijna tien jaar en ik hoop echt dat het een keer tussen de oren komt: als je één prestatie hebt en één tarief, hoef je je patiënt in wezen alleen nog maar aan te melden als je hem ook nog voor een vaste doorlooptijd in behandeling neemt. Maar zodra je overgaat tot twee prestaties – laat staan zeven – moet je gaan administreren: vijf minuten die prestatie geleverd en vijf minuten die prestatie geleverd. Zolang we niet overgaan tot één prestatie voor één tarief en één doorlooptijd, houden we dus de vijfminutenregistraties en maken wij elkaar hier in de Kamer eigenlijk alleen maar gek met de wens om die vijfminutenregistraties tot het verleden te laten behoren.

Voorzitter. Ik heb het in het interruptiedebat met mevrouw Hermans van de VVD al gehad over de niet-gecontracteerde zorg. Het is voor aanbieders in kleine gemeenten heel erg lastig om aan een ton omzet te komen. Dat ze op die manier niet-gecontracteerde zorg gaan leveren, is gewoon een uitkomst van het systeem. Datzelfde geldt voor de zzp'ers die palliatief terminale zorg verlenen, de 24 uurszorg, de hand-in-handzorg. Dat is simpelweg heel dure zorg. Dat zijn verpleegkundigen die ook moeilijk in dienst genomen kunnen worden, omdat 24 uursdiensten nou eenmaal in conflict zijn met Arbowetgeving. Dit zal dus ook in de nieuwe situatie blijven bestaan.

Ik ben hiermee aangekomen bij de palliatief terminale zorg. Ik lees in de stukken dat er 35 signalen zijn opgehaald van situaties waarin mensen niet thuis, in het ziekenhuis of in een hospice konden sterven. Terminologie en ambtenarentaal zijn natuurlijk wat koud, maar ik ben er echt wel een beetje van geschrokken dat stervende mensen «signalen» worden genoemd. Sinds 2015 bestaan die problemen door het onderbrengen van de wijkverpleging en de wijkziekenzorging onder de Zorgverzekeringswet. Daardoor hebben we te maken met budgetplafonds, wachttijden, wachtlijsten en ook het feit dat palliatief terminale zorg heel erg duur is. Op die manier krijgen we dus het probleem dat mensen niet kunnen kiezen of ze thuis willen sterven of in een hospice. Ook zien we signalen dat mensen niet in het ziekenhuis mogen blijven om te sterven, want het ziekenhuis wil het sterftcijfer omlaag brengen. Laten we mensen die in hun stervensfase zijn, alsjeblieft niet in de spaken van het systeem laten vallen. Ook deze debatten blijven we maar herhalen. Er komt nooit een doorbraak en ik denk dat de oorzaak ook ligt in het feit dat de zorg sinds 2015 is ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik herken de problemen die mevrouw Agema signaleert, maar is zij het met mij eens dat het ermee begint dat het gesprek met mensen over hun wensen en waar zij de laatste maanden willen doorbrengen, op tijd gevoerd wordt en dat dat nu nog veel te weinig gebeurt? Huisartsen voeren dat gesprek nog te weinig. Als mensen in het ziekenhuis komen, mogen we van artsen ook verwachten dat zij allereerst zichzelf de vraag stellen of het een heel kwetsbare patiënt is en, zo ja, dat het gesprek daarover dan met die patiënt wordt gevoerd. Als we dat niet doen, laten we het eigenlijk over aan die professional en we willen juist zo graag dat mensen aangeven wat hun eigen wensen zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, dat ben ik met u eens, maar ik denk dat je dit voorstel ook kunt categoriseren als «alle kleine beetjes helpen», terwijl het systeem volgens mij het grotere probleem is, namelijk het onderbrengen van het grootste

deel van de wijkverpleging en wijkziekenverzorging en daarmee ook de palliatief terminale zorg onder de Zorgverzekeringswet. De mensen die in een verpleeghuis wonen, gaan uiteindelijk met een ZZP 10 geholpen worden in de instellingen, maar als je niet in een instelling woont en terug moet naar huis, heb je simpelweg te maken met de Zorgverzekeringswet. Het zijn heel dure patiënten, want het betreft 24 uren hand-in-handzorg. Het probleem ligt dus veel meer op macroniveau, waar wij hier met z'n allen verantwoordelijk voor zijn. Natuurlijk is helemaal niemand tegen uw voorstel. Daar zal ik ook nooit tegen zijn, maar het is wel in het kader van «alle kleine beetjes helpen» en «hoe kunnen we dit systeem beter maken?». Volgens mij ligt het probleem op macroniveau, in het systeem.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nogmaals, er moet in de wijkverpleegkundige zorg en bij de zorgverzekeraars echt ruimte zijn om dit mogelijk te maken. Dat is absoluut macro, maar ik ben het echt niet met mevrouw Agema eens dat dit kan worden afgedaan als «kleinschalig», want we zien dat die gesprekken nog nauwelijks gevoerd worden en dat dat echt een heel groot verschil kan maken. Met een chique term heet dat «advanced care planning». Dat moeten we echt gaan doen. Dat staat nu heel mooi in het kader, maar het moet nu wel uitgevoerd worden. Ik hoop dat mevrouw Agema het met mij eens is dat we nu echt de vraag bij de Minister neerleggen hoe we gaan zorgen dat een papieren werkelijkheid ook in de praktijk gaat landen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar de brief van de Minister staat ook vol met acties, allemaal kleine acties, die allemaal wel echt klein bier zijn. Zoals ik al zei, ligt het probleem echt bij de plaatsing van die zorg in de Zorgverzekeringswet, waardoor verzekeraars daar met financiële ogen naar kijken. Dat is simpelweg de situatie op macroniveau, onze systeemverantwoordelijkheid hier in dit huis, waar dit het gevolg van is. We hebben dit in 2015, 2016 en 2017 gezien en ik geef u op een briefje dat we in 2018, dit jaar, weer gaan meemaken dat 35 «signalen»... Nee, 35 mensen niet kunnen sterven waar ze willen, simpelweg omdat ze in de spaken van het systeem vallen. Ik snap uw goede bedoelingen en ik zal elke goede bedoeling steunen, maar we moeten niet weggijken van het feit dat wij hier verantwoordelijk zijn voor het systeem dat is gemaakt. Tenminste, wij waren daartegen; maar goed, dat is het systeem waarmee we hier te maken hebben.

Ten slotte lezen we in de brief over de uitvoering van de aangenomen moties van de leden Sazias, Dik-Faber, Bergkamp en Van der Staaij over de casemanager bij dementie. Ik hoop wel dat het hier niet bij blijft, want ook de casemanager bij dementie is een onderwerp dat hier maar blijft hangen, elk debat weer. Er lijkt ook geen structurele oplossing voor te komen. Het zou mij dus een lief ding waard zijn als deze moties nu niet eenmalig afgedaan worden in een brief, maar dat de Minister erop terug blijft komen, want anders blijven wij die moties maken, indienen en Kamerbreed aannemen. Als er nooit iets gebeurt, blijven we hier in cirkeltjes lopen.

De **voorzitter**:

Wilt u afronden, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik ben aan het einde gekomen van mijn betoog. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik sta mijn plaats even af aan mevrouw Bergkamp om de bijdrage namens 50PLUS te leveren.

Voorzitter: Bergkamp

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Van Brenk van 50PLUS voor haar bijdrage.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. Uit het NZa-rapport «Wachttijdprojecten: hoe staan we ervoor?» blijkt dat er een wachttijd is van zes weken voor een casemanager dementie. En dat voor een overheid die zegt dat ze een dementievriendelijke samenleving ten doel heeft. Dat is toch wel heel vreemd. Wat gaat de Minister daaraan doen? Een van de problemen die werden geschetst, is de informatievoorziening aan de burger, bijvoorbeeld de doorbemiddeling. Wat doet de Minister daaraan en hoe staat hij tegenover het actieplan?

Wij ontvingen de voortgangsbrief; dank daarvoor. Daarin staat een bijzonder stukje: eventuele andere functieniveaus dan de verpleegkundige kunnen casemanager worden. Kan de Minister dat toelichten? Wat betekent dat? Onze zorg is dat dit ook betekent dat de kwaliteit naar beneden geschakeld wordt. Hierover krijg ik dus graag wat duidelijkheid. Collega's hebben het al gehad over de positie van ongecontracteerde zorgverleners. Recent hebben enkele wijkverpleegkundigen een zaak aangespannen tegen Achmea. Voor ons is dit eigenlijk de bevestiging – en ik zeg toch ook maar dat wij de PVV hierin steunen – dat dit ook in het systeem zit. De zorgverzekeraars contracteren te weinig. Er zijn wachttijden en grenzen. Dat doet ook iets met de keuze van cliënten. Wat gaan we nou doen om te zorgen dat dit goed verloopt? Ik zeg dan toch maar even dat wij als 50PLUS de problemen niet neerleggen bij de zzp'ers die dit doen. Wij denken toch echt dat hier een probleem in het systeem zit. Juist de zorg die zij leveren, is inderdaad die moeilijke zorg, de onplanbare, zware zorg voor al die mensen die thuis wonen en thuis willen blijven wonen. Die vraag zal inderdaad alleen maar toenemen. Ik hoor dus graag wat de Minister doet om de positie van deze verpleegkundigen te verbeteren. Is hij ook bereid om met de zorgverzekeraars daarover te spreken? Wat ons betreft moet de keuzevrijheid van cliënten ook heel zwaar wegen. In de Kamer hebben we de keus gemaakt om een initiatief – we noemen dat een pilot – van Zilveren Kruis Achmea toe te staan om maar één wijkverpleging te kunnen contracteren en die 100% te vergoeden. Dat is in ieder geval in Utrecht in een aantal wijken aan de hand. Daarmee lok je ook uit dat als cliënten een andere keus maken, dat dan niet de gecontracteerde zorg is. Dat is dus ook een keus van deze Kamer geweest.

Mevrouw Dijkema heeft er al een vraag over gesteld, maar ook wij willen het volgende heel graag weten. De wijkverpleging was uitgezonderd van het hoofdlijnenakkoord. Daar mocht niet op worden bezuinigd. Hoe gaat de Minister daarmee verder? Borgt hij dat er voor volgend jaar voldoende wijkverpleging beschikbaar is?

Er zijn al diverse opmerkingen gemaakt over het artikel in de Volkskrant. Wij horen graag hoe het staat met het praktijkteam van de palliatieve zorg. Een specifiek punt dat 50PLUS na aan het hart ligt betreft de ondersteuning bij thuiswonenden. Dat komt heel veel voor bij ouderen in de zorg. De wijkverpleegkundigen noemen een percentage van rond de 30. We hebben signalen dat dit aantal nog hoger is bij mensen die vanuit thuis worden opgenomen in het ziekenhuis. Dat is een taak die de wijkverpleegkundigen erbij krijgen. Hoe kijkt de Minister daartegenaan? Mijn laatste punt is dat de V&VN signaleert dat thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars nog steeds denken in «uurtje factuurtje». Wij hebben heel veel vertrouwen in de deskundigheid en de kwaliteit van de wijkverpleegkundigen. Kan de Minister aangeven hoe hij dat denken kan ombuigen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Ik geef het voorzitterschap weer terug aan mevrouw Van Brenk.

Voorzitter: Van Brenk

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even naar de Minister. Hoeveel tijd hebt u nodig? Tien minuten? Dan schors ik tot 11.15 uur.

De vergadering wordt van 11.05 uur tot 11.15 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de Minister.

Minister De Jonge:

Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan de leden voor hun inbreng. Er zijn veel vragen gesteld. Dat is begrijpelijk, maar ik ga wel proberen die vragen enigszins te ordenen en te clusteren, want anders zou het weleens heel lang kunnen duren. Overigens denk ik ook dat we niet voor het laatst spreken over deze thema's, al was het maar omdat zorg thuis een heel belangrijk thema gaat zijn de komende periode. Zijn we als samenleving klaar in de manier waarop we onze zorg hebben georganiseerd om een steeds ouder wordende samenleving te bedienen? We hebben er bij de begrotingsbehandeling uitvoerig over gesproken, onder andere naar aanleiding van de motie van mevrouw Bergkamp. Ik denk dat het antwoord is dat we dat niet zijn. Tegelijkertijd is er niet heel makkelijk eenduidig een antwoord te geven op de vraag hoe het dan anders moet. Daar moeten we echt intensief met elkaar het gesprek over voeren. We komen dus nog veelvuldig terug op het thema «zorg thuis».

Specifiek voor de palliatieve zorg geldt dat er een brief in de pen zit om op heel veel moties die daarover zijn ingediend de stand van zaken te schetsen. Die gaat ook over een flink deel van de vragen of de financiering toereikend is en wat mag worden verstaan onder de 24 uurszorg. Daar volgt dus een brief over. Ik wil maar zeggen: mochten uw vragen straks niet allemaal voldoende uitputtend beantwoord zijn, weet dan dat het ook niet de laatste keer is dat we erover spreken.

Ik wil de vragen eigenlijk als volgt beantwoorden. Eerst een blokje rondom inkoop in relatie tot wachtlijsten. Daar zijn veel vragen over gesteld, met name over de casemanager dementie. Dan een blokje over ongecontracteerde zorg. Hoe zouden we daartegenaan kunnen kijken en mee om kunnen gaan? Dan volgt een blokje over de administratieve lasten, ook in relatie tot de arbeidsmarkt. Dan een blokje over de palliatieve zorg. Tot slot heb ik een blokje met de oneerbiedige titel «overig». De vragen daarin zijn zeker zo belangrijk, maar ik kon ze even niet anders clusteren.

Voorzitter. Eerst de inkoop en de wachtlijsten. Sinds de overheveling van de wijkverpleegkundige zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is er een hele hoop deining in de polder geweest, zou je kunnen zeggen. Het is echt nog wel lastig geweest voor zorgverzekeraars om te wennen aan die nieuwe taak, maar zeker ook voor wijkverpleegkundigen zelf en organisaties voor thuiszorg was het wennen om goed ingeregeld te raken. Er is een aantal keren iets gezegd over de wachtlijsten. We hebben goed de vinger aan de pols kunnen houden in de afgelopen tijd om te bekijken waar dat nou echt speelt en waar het in relatie tot de inkoop een vraagstuk is. Natuurlijk is het zo dat niet iedereen morgen bij iedere aanbieder aan de beurt kan zijn. Dat is niet altijd te bemannen en dat geldt überhaupt in de zorg. Met name bij casemanagement dementie is het echt een vraagstuk dat samenhangt met de inkoop omdat het de vraag is of er

wel voldoende is ingekocht. Dat is ook terug te zien in het rapport van de NZa dat u vorige week maandag heeft ontvangen. Daarin is preciezer aangegeven wat er speelt. Er zijn 62 dementienetwerken. Bij 36 van die 62 staan er mensen op een wachtlijst. Van die 36 hebben er maar 15 inzicht in de wachttijd en in de vraag of die wachttijd daadwerkelijk de treeknormen overschrijdt. Het is wel goed om die precisie aan te geven. Bij vier is de wachttijd langer dan zes weken, en dat is de treeknorm. Meer specifiek zien we dus regionale verschillen en zien we verschillen tussen aanbieders.

Van belang is dat we de NZa hebben gevraagd om daarop door te zetten en het daar niet bij te laten. De NZa zegt namelijk ook dat zij het onvoldoende precies weet. Dat betekent dat er eenduidiger geregistreerd moet worden, niet alleen op het bestaan van wachtlijsten, maar ook op de wachttijd. Wordt de treeknorm overschreden en, zo ja, met welke omvang? Er wordt dus een regeling opgesteld voor casemanagement dementie. Aanbieders worden verplicht om de wachtlijst en de wachttijdregistratie goed te voeren. Vervolgens wordt het contracteerproces van de zorgverzekeraars goed gemonitord. Een eerste blik daarop krijgt uw Kamer in april, want dan komt de inkoopmonitor naar de Kamer. Daarin zal betere informatie staan over de vraag in welke mate het een inkoopvraagstuk is en bij welke zorgverzekeraar of regio er onvoldoende is ingekocht. Er wordt ook meer bekendheid gegeven aan wachtlijstbemiddeling. De NZa heeft ervoor gekozen om daar bovenop te zitten, en wij hebben dat de NZa ook gevraagd. Ik herken het beeld, waarover onder anderen mevrouw Agema sprak, ook wel een beetje. Het is inderdaad niet voor het eerst dat hierover gesproken is. Het is al veel vaker in de Kamer aan de orde geweest en als zorg geduid. Er moet voldoende casemanagement dementie zijn. Dat is er nu niet in alle gevallen. Daar speelt dus ook een inkoopvraagstuk.

De voorzitter:

Mevrouw Bergkamp heeft een interruptie voor u.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb in mijn bijdrage aangegeven dat een activistische opstelling van de NZa en de Minister goed is wat betreft de wachtlijsten. Daar hebben wij ook om gevraagd. Maar er zijn ook zorgen over het gebruik en of het wel voldoende wordt aangeboden. Nu kunnen de wachttijden op een gegeven moment afnemen, maar dat zegt niet zo veel als het casemanagement onvoldoende wordt aangeboden en onvoldoende zichtbaar is. De vorige Staatssecretaris heeft toegezegd dit mee te nemen in de monitor. Hoe gaat de Minister dit meenemen?

Minister De Jonge:

Dat is niet zo heel erg makkelijk uit de huidige registratie te halen. Het wordt namelijk allebei geregistreerd onder de wijkverpleging. Er is geen onderscheid meer. Er is geen apart labeltje voor casemanagement dementie. Gelukkig, want dat moet je inderdaad niet willen. Maar in de registratie is het gewoon onderdeel van de wijkverpleging. Je kunt dus niet zien of het gebruik op die manier toeneemt. Ik snap uw vraag wel en zal die meegeven aan de NZa: is dit op een bepaalde manier in beeld te brengen? Nog belangrijker dan dat is dat er in samenwerking met gemeenten bekendheid wordt gegeven bij cliënten, familie en verwanten aan het feit dat er zoiets bestaat als casemanagement dementie. Dat is eigenlijk het allerbelangrijkste. Daarvoor geldt dan toch weer de integrale benadering van zorg thuis, waarvoor u zelf bij de begrotingsbehandeling ook pleitte. Mensen moeten weten dat ze ervan gebruik kunnen maken. Huisartsen moeten weten dat mensen daar gebruik van kunnen maken en moeten mensen er ook op wijzen bij eerste klachten over dementie. Dat is eigenlijk het allerbelangrijkste. Het geven van bekendheid hieraan is

onderdeel van het pakket aan maatregelen dat de NZa op dit moment treft. Dat is een ontzettend belangrijke stap hierin, denk ik.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

De Minister begon een beetje technisch met te zeggen dat we dit niet kunnen registreren. Ik ben heel blij dat hij eindigt met het verhaal dat de bekendheid belangrijk is, ook bij de gemeente. Ik wil de Minister vragen om daar regie op te voeren en dit niet helemaal aan alleen de NZa over te laten. Dit heeft namelijk ook te maken met de gemeenten. Wil de Minister daar regie op voeren? Wil hij ons als Kamer informeren over de uitkomst? Hoe gaat hij dit aanvliegen? Nogmaals, het is een toezegging geweest van het vorige kabinet en volgens mij moet die in deze periode echt gestalte krijgen.

Minister **De Jonge**:

Ik snap de vraag van mevrouw Bergkamp en ik vind die ook terecht. Op het hoe kom ik graag terug in ons programma Langer thuis. Dat is een van de drie grote programma's rondom de ouderenzorg. Over de manier waarop we hier het beste vorm en inhoud aan kunnen geven, moet ik echt spreken met de gemeenten.

Voorzitter. Dat was eigenlijk een samenvatting van de belangrijkste vragen rondom de wachtlijstproblematiek en het casemanagement. Een andere vraag rondom wachtlijstproblematiek kwam van het CDA en ging over kinderen met een intensieve zorgvraag. Recent is er een uitvraag gedaan bij een aantal aanbieders van kinderthuiszorg. Dat zijn er natuurlijk niet zo heel erg veel, want het is eigenlijk een vrij overzichtelijk netwerk verspreid over het land. Er is gevraagd of er een wachtlijst bestaat. Eigenlijk maar bij één aanbieder kon de wachttijd weleens oplopen tot langer dan zes weken, dus langer dan de treeknorm. Mijn indruk is dus dat het meevalt. Maar dit gaat wel over heel kwetsbare kinderen en kwetsbare gezinnen. Laat ik dus met u afspreken dat u ieder signaal dat u tegenkomt alstublieft doorgeeft, wat mij betreft rechtstreeks. Dan gaan we kijken hoe we daar een oplossing voor kunnen bedenken. Dit is echt een kwestie van extreem maatwerk. Het gaat maar over heel kleine aantallen, maar wel om gezinnen die heel moeilijk te ondersteunen zijn. Dus mocht u zorgen tegenkomen: wij hebben een praktijkteam daarvoor. We gaan dan een oplossing zoeken, samen met aanbieders en zorgverzekeraars. Eigenlijk lukt het altijd om die oplossing uiteindelijk te vinden.

Voor een aparte wachttijdenregistratie zie ik op dit moment niet heel veel aanleiding. Dat lijkt mij niet heel erg behulpzaam, terwijl het wel veel papier oplevert, dus laten we dat niet doen. Laten we wel heel goed de vinger aan de pols houden.

De heer **Slootweg** (CDA):

We trekken nu lering uit de wachttijdregistratie bij het casemanagement dementie. Ik heb niet alleen de intensieve kindzorg genoemd, maar ook de nachtzorg en de palliatieve zorg. Er kunnen natuurlijk elementen in zitten die daarbij behulpzaam kunnen zijn. Ik begrijp dat de Minister zegt dat de registratie vanwege de kleine aantallen eerder een ballast is dan dat het wat oplevert.

Minister **De Jonge**:

Ja, dat is inderdaad zo. Overigens wordt er natuurlijk best weleens wat geadministreerd. Ook als het gaat om het reguliere contact dat tussen instellingen en zorgverzekeraars plaatsvindt, wordt heus wel bijgehouden hoe lang het duurt voordat mensen beginnen. Als ik de NZa vraag om een beleidsregel te maken waarin exact wordt voorgeschreven dat wachttijden en wachtlijsten worden geregistreerd en hoe dan wel, en er ook over moet worden gerapporteerd, dan is dat wel een behoorlijke papieren eis die we het veld in slingeren. Ik wil dat doen als het nodig is, maar als de

aanleiding daarvoor niet heel erg dringend is, wil ik het eigenlijk niet langs die weg verplichten.

Ik steun de meerjarencontracten zeer. Ik heb inderdaad ook kennisgenomen van het bericht dat mevrouw Ellemeet noemde. Dat is hartstikke goed. Dat is echt hartstikke goed. Het geeft zekerheid aan aanbieders. Aanbieders hebben daarmee ook meer ruimte voor innovatie, omdat ze gewoon meer zekerheid hebben over de financiering. Het biedt ook veel meer ruimte om te sturen zonder de administratieve ballast en allerlei vormen van urenregistratie die geen van ons wil. Ja, het is een heel erg goed idee. Ik hoop met u dat er nog heel erg veel gaan volgen en dat dit echt de weg is van contractering.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is goed om te horen. De Minister zegt dat hij hoopt dat er meer volgen. Eerder hebben wij de discussie gevoerd over de ambities die de bewindspersonen samen met het veld voor de komende jaren willen formuleren. De hoofdlijnenakkoorden zouden niet alleen moeten gaan over afspraken over besparingen, maar ook over inhoudelijke doelen. Is dit ook een onderwerp dat de Minister belangrijk vindt en waarvoor hij zich actief wil inzetten om er afspraken met het veld over te maken? Ik heb het dus over meerjarencontracten in de wijkverpleging.

Minister **De Jonge**:

Dit is nou echt een onderwerp dat je zou moeten willen betrekken bij de hoofdlijnenakkoorden, zeker. Die gaan over administratieve lasten, over innovatie en over vernieuwing, maar ook over het in de hand houden van de kosten. Ook wat dat laatste betreft is meerjarige contractering overigens een heel erg goed idee. Wat mij betreft hoort dat dus echt in de hoofdlijnenakkoorden. Ik zal me er in ieder geval voor inzetten dat dit onderwerp wordt van de hoofdlijnenakkoorden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is heel goed om te horen. Ik ben het met de Minister eens dat het niet alleen gaat om de kwaliteit, maar dat kostenbesparing en kwaliteit heel vaak hand in hand gaan. Als je de ruimte geeft aan instellingen om maatwerk te organiseren en te ontwikkelen, gaat dat vaak niet binnen één jaar. Daar heb je meer tijd voor nodig. Het is dus goed om dit te horen.

Minister **De Jonge**:

Voorzitter. Bij het blokje «inkoop» neem ik ook even de discussie mee die gaat over het bekostigingssysteem en de integrale tarieven. Als alternatief voor de losse uurprestaties biedt de beleidsregel Experiment bekostiging al vrijheid aan verzekeraars om te komen tot een all-in integraal tarief. Uit de inkoopmonitor wijkverpleging 2017, dus van het vorige jaar, blijkt dat 93% van de contracten al werkt met een integraal tarief. Het is natuurlijk aan verzekeraars en aanbieders om te komen tot een dekkend tarief, een tarief dat past. Eigenlijk is mijn beeld – dat is ook het beeld van de NZa – dat het grosso modo echt wel past. Wat nou als je als instelling alleen een bepaalde vorm van zorg biedt, dus niet over de hele linie, maar alleen een bepaalde vorm van zorg en dan juist de duurdere variant daarvan? Past dat dan ook nog in het integrale tarief? Dat zijn voorbeelden waarin het integrale tarief kan gaan knellen. Dat is ook de reden dat het voornemen al een tijdje is om te komen tot een ander bekostigingsmodel. Als het goed is, wordt het ontwerp daarvan dit jaar opgeleverd. Ik kan me zomaar voorstellen dat we daar nog heel veel gesprekken met elkaar over gaan voeren, want je zult zien dat ook dat weer nadelen kent.

Het alternatieve model dat in voorbereiding is, werkt met bekostigingsprofielen. Het huidige bekostigingsstelsel heeft iets van productiegedrevenheid in zich. Het heeft ook een integraliteit. Als je gebruikmaakt van de beleidsregel, is dat op zichzelf genomen mooi en overzichtelijk. Tegelij-

kertijd is het niet in alle gevallen goed passend. Dan krijg je kritiek daarop, die niet helemaal onterecht is. Alleen is het alternatief niet heel makkelijk te ontwikkelen. Je wilt niet toe naar allemaal aparte prestaties. Dat leidt tot enorme bureaucratie en altijd tot gedoe in de uitvoering. Mensen zijn niet in te delen in al die aparte prestaties. Je wilt eigenlijk toe naar een soort cliëntprofielen, die grosso modo passend zijn voor een bepaald type thuiszorgcliënt. Maar pas op, want je kunt ook heel erg mis zitten. Als het te verijnd is, wordt het te bureaucratisch. Als het te grofmazig is, levert het eigenlijk nauwelijks toegevoegde waarde op ten opzichte van een daadwerkelijk integraal tarief.

Wat wel een heel goed idee is, is dat we af raken van de urengedrevenheid, van de productiegedrevenheid. Dat is, denk ik, een mooi element in een nieuw bekostigingsstelsel. Ik stel de Kamer eigenlijk voor dat we dat debat hernemen op het moment dat de NZa haar eerste worp daartoe heeft gedaan. Ik zet geen verdere stappen in de richting van de NZa of in de richting van het vernieuwen van het bekostigingsmodel voordat wij daar een keer over hebben kunnen spreken. Ik maak hier dus sowieso een tussenstap om dat debat op dat moment met u te kunnen hebben. Dan kunnen we ook de voor- en nadelen van een herontworpen bekostigingsstelsel goed in beeld brengen.

Het nog steeds voortbestaan van de vijfminutenregistratie hangt hiermee samen, maar dat onderwerp zal ik straks behandelen bij het blokje «administratieve lasten».

Wat hier ook enigszins mee samenhangt – daarmee ga ik soepel door naar mijn tweede blokje – is de ongecontracteerde zorg. Daar zijn veel vragen over gesteld. Ik begrijp eigenlijk alle vragen. Wat ik ook herken, is dat eigenlijk niemand zegt «hier moeten we linksaf; nou weet ik het, we moeten linksaf» of juist «we moeten rechtsaf». Zo eenduidig ligt het namelijk niet. Ik noem even de feiten die voorliggen en die ik heb geschetst in de brief die ik heb gestuurd over het onderzoek dat hiernaar is gedaan. In 2015 was 1,3% van de wijkverpleging ongecontracteerd en in 2017 6,2%. Dat is best iets om je zorgen over te maken. Waarom moet je je daar nou zorgen over maken? Het gaat niet om een enkele vorm van zorg die voor de cliënt gewoon het allerbeste is en even niet past in een contractuele situatie, waarna deze zorg ongecontracteerd wordt geboden. Volgens mij zit daar voor niemand van ons het grote vraagstuk van de ongecontracteerde zorg. Waarom is het wel een probleem? Omdat ongecontracteerde zorg eigenlijk geen mogelijkheid biedt om te sturen op kwaliteit. Dat is zorgwekkend, want dat kan wel in de normale contractering. Het is ook een probleem omdat ongecontracteerde zorg ook geen mogelijkheid biedt om te sturen op doelmatigheid. Waarom is dat zorgwekkend? Omdat het sturen van zorg altijd een keuze in schaarste is. Er is bijvoorbeeld altijd een grens aan het aantal beschikbare zorgverleners. We kennen gelukkig een vrije indicatiestelling. De indicatiestelling wordt gedaan door de wijkverpleegkundige zelf. Als daaraan geen richting meer kan worden gegeven door contractering, betekent dat inderdaad iets voor de toegankelijkheid van zorg. Dan kan het zo zijn – het kan zo zijn; ik ben enigszins voorzichtig – dat mensen die ongecontracteerde zorg krijgen, heel veel meer zorg krijgen dan mensen die gecontracteerde zorg krijgen.

Weten we dat heel erg zeker? Op basis van wat er nu voorligt weten we eigenlijk nog niet genoeg. Daarom snap ik ook de aanvullende informatiebehoefte. Wat we wel weten, is dat de mensen die ongecontracteerde zorg krijgen ongeveer twee keer zo veel zorg per cliënt krijgen als mensen met gecontracteerde zorg. Het zou echter kunnen zijn dat dit toevallig net heel dure cliënten waren, of heel zorgvragende cliënten; laat ik het op die manier formuleren. Dus: dat het heel intensief zorgvragende mensen zijn geweest. Dat weten we niet. Overigens valt iets anders ook niet helemaal uit te sluiten: dat het de andere kant op werkt. Het kunnen ook juist relatief overzichtelijke zorgvragen zijn geweest. We weten dat

onvoldoende. Nou heb ik een paar dingen onthouden van het dispuut dat jullie daar zojuist over hadden. Het eerste was dat jullie die spade dieper wilden zetten. Daar ben ik het zeer mee eens en dat doe ik graag. Het tweede is het debat dat mevrouw Dijkma voerde: wil dat zeggen dat je niks zou kunnen doen totdat je die spade dieper hebt gezet en er nader onderzoek naar hebt gedaan? Het antwoord daarop is nee. Volgens mij wilt u dat allemaal niet en wilt u wel degelijk een stap zetten.

Ik denk dat we moeten proberen om de stap die we moeten zetten, sowieso te betrekken bij de hoofdlijnenakkoorden die we zullen sluiten. Het goede nieuws is dat eigenlijk alle bij de hoofdlijnenakkoorden betrokken partijen uitspreken dat de toename van ongecontracteerde zorg niet gewenst is, of die nu komt doordat aanbieders zich bewust onttrekken aan een systeem van contractering of juist doordat het systeem van contractering noodzaakt tot het leveren van niet-gecontracteerde zorg. Welke van die twee het ook is, het is ongewenst dat het zo is en dus zullen we daar maatregelen moeten treffen. Om de goede maatregelen te treffen, moeten we de spade wel dieper zetten. Kortom, ik kan niet heel veel anders dan met u afspreken dat we die spade dieper gaan zetten en dat ik tegelijkertijd het gesprek start met de partijen die betrokken zijn bij het hoofdlijnenakkoord. Wat zouden nou de opties zijn om daar iets aan te doen? Wat is het probleem? We moeten een zo goed mogelijke schets hebben van het probleem. Wat zouden de opties zijn om daar iets mee te doen? Daarover wil ik de Kamer informeren, waarna we het debat kunnen hervatten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De Minister geeft aan dat het nodig is om de spade dieper te zetten om te weten waar de niet-gecontracteerde zorg vandaan komt. Dat is een mooie beeldspraak. Hij zegt dat we namelijk niet goed weten of het dure patiënten zijn of patiënten die te veel uren zorg krijgen. We weten natuurlijk wel een aantal indicaties. Die hebben we in eerste termijn ook uitgewisseld, zoals de kleine aanbieders en de zzp'ers die de 24-uurszorg leveren. Ik schrik er echter een beetje van om in de stukken te lezen dat in het Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 is vastgesteld dat niet-gecontracteerde zorg het stelsel onder druk zet en dat de groei van niet-gecontracteerde zorg door alle partijen als onwenselijk wordt gezien. Ik vind die conclusie wel voorbarig. Mijn vraag is eigenlijk hoe het nu zit met dat Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018. Zijn daar verdergaande beslissingen genomen? Is het niet beter om het allemaal even on hold te zetten? Door nu te beginnen over «onwenselijk» en de boel weer te ver in te perken, zijn we misschien wel bezig om de palliatief-terminale zorg, de 24 uren hand-in-handzorg en de kleine aanbieders een spaak in het wiel te steken.

Minister **De Jonge**:

Ik snap de zorg van mevrouw Agema. Laat ik die ook gelijk wegnemen. Dit is iets wat niemand aan tafel wil. Het onderzoek dat u hebt gekregen, is eigenlijk het resultaat van het hoofdlijnenakkoord van vorig jaar. In dat hoofdlijnenakkoord is inderdaad uitgesproken dat de toename van ongecontracteerde zorg ongewenst is. Als je in ogenschouw neemt dat het sturen op kwaliteit en doelmatigheid echt langs de weg van contractering moet gebeuren, en als je in ogenschouw neemt dat het uren per patiënt dat ongecontracteerd wordt gegeven twee keer zo hoog is, moet je daar meer van weten. Tegelijkertijd kun je zeggen dat het wel raar is. Laten we alleen maar even kijken naar de onrechtmatigheid, zonder daarmee alle ongecontracteerde aanbieders het verwijt van onrechtmatige zorg in de schoenen te schuiven. We zijn dit nagegaan bij een zorgverzekeraar. De verwachte onrechtmatigheid in de wijkverpleging bij gecontracteerde aanbieders is 1%. Het financiële equivalent daarvan is 28

miljoen. Bij ongecontracteerde aanbieders is dat 25%. Dat is niet iets om te negeren.

Kortom, het is niet zo bijzonder dat de partijen aan tafel hebben gezegd zich zorgen daarover te maken. Alleen is het wel de vraag in welke mate het speelt en waarover dan precies. Ook is het de vraag wat de remedie is. Daar moet je wel preciezer in zijn om de goede remedie te kunnen treffen voor wat er eigenlijk aan de hand is. U beschrijft bijvoorbeeld ook situaties waarin het contracteren dusdanig problematisch kan zijn voor het leveren van goede zorg dat je wel genoodzaakt bent om ongecontracteerde zorg te leveren. Als dat bij meerdere aanbieders speelt, moeten verzekeraars zich achter de oren krabben of zij die belemmering in de contractering moeten wegnemen. Dan is dat de oplossing. Als het erom gaat dat het wel erg makkelijk is om ongecontracteerde zorg te krijgen en daarbij aan upcoding te doen wat betreft de te leveren zorg, is dat iets wat je moet aanpakken. We moeten de spade dus inderdaad dieper zetten. Dat is een pleidooi. Ik ga zo goed mogelijk beschrijven wat we allemaal naar boven weten te halen met het dieper zetten van die spade. Helemaal een-op-een kun je het nooit onderzoeken, maar je kunt het probleem wel beter in beeld brengen, alsook de beleidsopties die je vervolgens hebt en de knoppen waaraan je zou kunnen draaien om op zijn minst het ongewenste deel van de ongecontracteerde zorg tegen te gaan. Ik denk dat u op dat laatste zit te wachten. Laat ik dat debat verder voeden met het schrijven van een nieuwe brief en laten we dat debat dan herpakken. We hebben nog geen hoofdlijnenakkoord gesloten; ik kom daar zo nog eventjes op terug, ook in relatie tot de motie-Asscher. We hopen het natuurlijk wel ergens dit voorjaar te schrijven, maar ik denk dat u graag wilt dat ik die brief over het vraagstuk en de beleidsopties aan de Kamer stuur voordat wij tot een hoofdlijnenakkoord komen. Dan kan de Kamer ook meedenken over de opties die gewenst zouden zijn. Dat faciliteer ik graag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vat het even kort samen. In de stukken las ik dat alle partijen niet-gecontracteerde zorg onwenselijk vinden. Niet-rechtmatige zorg is nog altijd geen fraude, maar het is een gebied dat we ook niet willen. In zijn brief gaat de Minister duidelijk onderscheid maken tussen niet-rechtmatige zorg enerzijds en de kleine aanbieders in de kleine dorpen en de zzp'ers met de 24 uursdiensten anderzijds. Wij maken ons in de Kamer heel vaak zorgen over de mensen die in een klein dorp wonen en straks helemaal geen zorg krijgen of mensen in de terminale fase die niet kunnen sterven waar ze willen. Ik begrijp dus dat de Minister, voordat er een hoofdlijnenakkoord komt, in een brief een onderscheid wil maken tussen enerzijds niet-rechtmatig en ongewenst en anderzijds de niet-gecontracteerde zorg die eigenlijk heel kwetsbaar is, zoals de 24 uursdiensten en de kleine aanbieders in de kleine dorpen.

Minister **De Jonge**:

Misschien zou je moeten zeggen, om u een beetje te «rephrasen», dat ik onderscheid maak tussen het ongewenste deel van ongecontracteerde zorg en het onvermijdelijke deel daarvan. Er zijn inderdaad een aantal onvermijdelijke situaties, alleen is dat aantal naar onze stellige overtuiging wel kleiner dan de prevalentie van nu. Het gaat dus om het ongewenste deel van de ongecontracteerde zorg en de mogelijkheden die je hebt om die terug te dringen, en wellicht een aantal onvermijdelijkheden die ook zouden kunnen spelen. Het probleem moet preciezer in beeld. Die opdracht heb ik van uw Kamer gehoord in eerste termijn en daar ga ik graag mee aan de slag. Het tweede is welke opties er dan zijn om daar iets mee te doen.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van mijnheer Hijink.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik zou graag nog de eerste vraag van mijn tweede interruptie gebruiken.

De **voorzitter**:

Natuurlijk, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik wil namelijk ook nog even vragen naar de actualiteit. Zijn er op dit moment verzekeraars die datgene wat in het akkoord staat, namelijk dat niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is, al serieus nemen en dus echt al kaal sturen op minder niet-gecontracteerde zorg? Wat is de actualiteit? Hoe wordt er op dit moment gehandeld door verzekeraars als het gaat om niet-gecontracteerde zorg? De Minister kan zeggen dat hij het in het komende hoofdlijnenakkoord goed gaat verwoorden, maar ik ben eigenlijk wel benieuwd hoe verzekeraars nu hierop sturen.

Minister **De Jonge**:

Jazeker, dat lijkt mij ook logisch. Het is ook de taak van zorgverzekeraars om dat te doen, dus te sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Daar waar ze zien dat ze er eigenlijk onvoldoende grip op hebben, daar waar ze zien dat ongecontracteerde zorg toeneemt en daar waar de te verwachten onrechtmatigheid binnen de ongecontracteerde zorg groot is, is het zaak dat zorgverzekeraars er werk van maken. Je ziet wel dat bij alle zorgverzekeraars de worsteling speelt van «wat kun je dan eigenlijk?» en «wat zijn dan eigenlijk de mogelijkheden?». Zilveren Kruis is daar, denk ik, het verst mee en CZ is er ook flink mee bezig, maar het laatste antwoord is nog door niemand bedacht of gegeven. Ik hoop op dit vlak wel goede stappen te kunnen zetten, met de zorgverzekeraars en de aanbieders, in het hoofdlijnenakkoord.

De heer **Hijink** (SP):

Het wordt een beetje ingewikkeld, omdat niemand eigenlijk precies lijkt te weten hoe het zit maar de Minister wel vaststelt dat er een probleem is met de niet-gecontracteerde zorg. Als je dan kijkt waar die groei vandaan komt – dat horen we ook in de verhalen die wij krijgen – dan komt dat deels doordat de gecontracteerde zorgverlener geen zorg meer mag verlenen van de zorgverzekeraar en er dus wordt uitgeweken naar de niet-gecontracteerde zorg. Er is ook sprake van dat mensen die werkten in de gecontracteerde zorg, gillend wegrennen door de regeldruk en de werkdruk en juist uitwijken omdat zij zich absoluut niet meer thuis voelen binnen het stelsel van de zorgverzekeraars en niet meer de zorg kunnen verlenen die ze willen verlenen. Is de Minister dan ook bereid om te kijken naar de rol van de zorgverzekeraars in de groei van wat door de zorgverzekeraars zelf als een probleem wordt benoemd? Ik doel dan bijvoorbeeld op de plafonds die ze stellen en het uitwijkgedrag dat daardoor plaatsvindt, maar ook op de druk die zij leggen op zorgverleners, waardoor die zich niet meer thuis voelen binnen het stelsel van de gecontracteerde zorg.

Minister **De Jonge**:

Ik heb dat net eigenlijk al gezegd. Daar waar de wijze van contractering zelf de verleiding misschien wel erg groot maakt om niet te willen contracteren, moet er iets worden gedaan aan de manier van contractering zelf. Tegelijkertijd helpt het bestaan van de escape van niet-gecontracteerde zorg ook niet heel erg om aan goed contractmanagement te doen. Dat is weer de andere kant van de zaak. U leek net te zeggen dat het onvoldoende contracteren van zorg ook weleens een

aanleiding zou kunnen zijn, bijvoorbeeld door het sturen op plafonds. Dat kan natuurlijk niet, omdat er toezicht is. Daarmee bedoel ik dat het qua stelsel niet kan; in de praktijk kan het misschien wel. Qua stelsel hoort het in ieder geval niet op die manier te kunnen, omdat er toezicht is vanuit de NZa op voldoende contractering van zorg door de zorgverzekeraar. Als dat euvel speelt, moet er dus worden bijgecontracteerd door de zorgverzekeraar.

De heer **Hijink** (SP):

De Minister heeft het over verleidingen en dergelijke. Ik haak dan even aan op het punt dat mevrouw Ellemée straks maakte. Als je het hebt over doelmatigheid, moet je natuurlijk niet alleen bekijken of de uren worden verantwoord. Bij de vijfminutenregistratie gaat het er ook om of een zorgprofessional naar eer en geweten kan werken. Kan hij, op het moment dat hij bij iemand binnenkomt, de zorg verlenen die hij wil verlenen? Of staat hij onder enorme druk om binnen dat ene halfuur zo snel mogelijk heel veel handelingen te verrichten? Dat is natuurlijk een van de redenen dat mensen uitwijken. Zij zeggen dat ze binnen dit systeem hun werk niet op een goede manier kunnen doen. Als de Minister gaat onderzoeken hoe die groei tot stand komt, hoop ik van harte dat hij dan ook naar dit element wil kijken: de druk die verzekeraars op het stelsel leggen.

Minister **De Jonge**:

U schetst wel een vrij karikaturaal beeld, hoor. Natuurlijk, als de wijze waarop er wordt gecontracteerd zelf de aanleiding is om maar liever geen contract te willen, hebben de zorgverzekeraars zich achter de oren te krabben. Dat zei ik net al in de richting van mevrouw Agema. Tegelijkertijd heb je wel een contract nodig om te kunnen sturen op doelmatigheid en kwaliteit. Waarom moet je dat ook vanuit «ons» oogpunt doen? Wij zitten hier voor het algemeen belang. Je moet de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen waarborgen. Als je die voor de een ongeremd waarborgt en voor de ander niet, wordt het wel een erg oneerlijk verhaal. Ik denk dus dat ook ons er alles aan gelegen moet zijn, omwille van het goed functioneren van het stelsel in termen van toegankelijkheid, om contractering als sturingsinstrument toe te juichen. Ik zou dat wel doen in ieder geval. Ik ga daar graag voor staan. Laten we het debat vervolgen op een moment dat we het iets beter in beeld hebben. Als uw vraag is of ik de kwestie of contractering an sich een belemmering kan zijn en welke belemmeringen daarin zijn weg te nemen, wil meenemen, dan doe ik dat natuurlijk graag. Dat hoort bij dat gesprek.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dijkema had ook nog een interruptie.

Mevrouw **Dijkema** (PvdA):

Ik ben eigenlijk toch even op zoek naar wat de Minister nu aan proces voor zich ziet. Afgelopen maandag schreef hij dat het onderzoek dat hij naar de Kamer stuurde aanknopingspunten bood voor het gesprek, dat hij hoopte dat alle partijen aan de slag gingen en dat hij dat mooi zou volgen, waarna hij nog met voorstellen zou komen. Hij zegt nu, vermoedelijk gehoord de Kamer, dat er toch een spade dieper gegaan moet worden. Maandag was dat nog niet het geval, maar nu wel. De vraag is dan hoe hij dat voor zich ziet. Op welke wijze worden er dan stappen gezet, zowel in het kwaliteitskader als op het punt van de ongecontracteerde zorg? Op welke termijn gaat hij dat doen? Gaat dit dan langer duren?

Minister **De Jonge**:

Dat ik de Kamer hoor en daar ook iets mee doe, is volgens mij toch ook de bedoeling van het hebben van een debat? Ik neem aan dat dat geen verwijt is; nee, precies. Mijn brief van maandag biedt voldoende basis om

het gesprek aan te gaan. Als je ziet dat het per cliënt ongeveer dubbele zorg is, biedt dat, me dunkt, voldoende basis om een gesprek aan te gaan. Maar ik denk dat in dat gesprek hetzelfde gebeurt als wat hier gebeurt, namelijk dat men zegt toch wel graag te willen weten om welk type cliënt het dan gaat en wat dan de intensiteit van de zorgvraag is. Ik ga er dus een beetje van uit dat het gesprek dat zich in eerste termijn in de Kamer ontspon, ook het gesprek gaat zijn bij de partijen die aan tafel zitten om na te denken over wat we verder kunnen doen om het ongewenste deel van de ongecontracteerde zorg terug te trimmen. Ik voeg er nu, gehoord uw Kamer, een procesvoorstel aan toe. Dat had ik maandag nog niet gedaan. We zullen uiteindelijk afspraken moeten maken in de hoofdlijnenakkoorden, overigens niet alleen rondom wijkverpleging. Dit speelt ook heel erg in de ggz. Daar is dit volop aan de orde. Dat is ook een grote zorg van collega Blokhuis. Dit speelt ook in andere domeinen van de medische zorg, waar collega Bruins weer aan zet is. Wij zullen dit thema dus ook met z'n drieën beetpakken. In de hoofdlijnenakkoorden zullen we er graag afspraken over maken. Als ik u zo hoor, dan denk ik dat ik er goed aan doe om ook met de Kamer een soort tussenstap te maken als we het vraagstuk beter in beeld hebben. Dat is het nieuwe. Ik weet overigens niet of het een heel lijvig onderzoek zal worden, want daar hebben we eigenlijk gewoon geen tijd voor. Je kunt het ook stapsgewijs doen. Ik stuur de Kamer een brief zodra we de spade dieper hebben gezet, we beter kunnen schetsen welk vraagstuk er achter zit en we ook de beleidsopties beter kunnen schetsen, opdat we dat debat ook met elkaar kunnen hebben. Ik denk dat dat verstandig is om te doen, gehoord uw Kamer.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik zal uiteraard de laatste zijn om de Minister te verwijten dat hij naar de Kamer luistert; integendeel. Mijn vraag was er wel op gericht dat wij in beeld houden waar we nu op aankoersen en wat daarbij precies de rol is van de Minister. Ik neem toch aan dat hij meer is dan een procesmanager op dit dossier. Hij zal ook regie willen pakken en op een gegeven moment het voortouw nemen. Dan rijst de vraag of de Kamer dan een voorstel krijgt in de brief met die tussenstap. Gaat de Minister daarin voorstellen om het op een bepaalde manier aan te pakken of wordt het gewoon een beschrijving van de situatie? In dat laatste geval gaat het uiteindelijk nog weer langer duren.

Minister **De Jonge**:

Ik snap uw wens. Als het het proces verder niet schaadt, ben ik best geneigd om te zeggen dat het mij verstandig lijkt om bepaalde keuzes te maken. Ik zit dan echter ook in een proces om tot hoofdlijnenakkoorden te komen. Het is niet altijd behulpzaam om gedurende dat proces te zeggen: «Nou, ik dacht het eigenlijk gewoon zo te doen». De akkoorden komen tot stand op grond van een onderhandeling, waarbij verschillende partijen betrokken zijn. De zorgverzekeraars zijn erbij betrokken, maar ook aanbieders zijn erbij betrokken. Het zou best eens zo kunnen zijn dat men het op dit thema niet in het allereerste gesprek meteen helemaal eens is. Als het het proces verder niet schaadt, wil ik dus best die stap naar voren zetten en zeggen hoe wij denken het te willen doen, maar ik doe dat niet als ik daarmee de kans op een goed hoofdlijnenakkoord ondermijn. Voorzitter. Daarmee dacht ik de vragen rondom ongecontracteerde zorg te hebben behandeld. Ik ga door naar het volgende blokje, dat wat korter kan, over de administratieve lasten. Toen wij het gesprek voerden over de arbeidsmarkt, hebben we het behoorlijk intensief gehad over administratieve lasten omdat die twee alles met elkaar te maken hebben. Ook het onderzoek van V&VN dat we toen hebben besproken, laat zien dat de administratieve lasten een belangrijke dissatisfier vormen. In dat onderzoek werd een heel hoog percentage genoemd. Gelukkig heb ik daarna begrepen dat er ook mensen zijn die zeggen dat die inschatting

wel heel erg aan de ruime kant was, maar dan nog. Er werd 48% genoemd. Al was het maar de helft, dan is het nog te veel. We moeten dus terug in de administratieve lasten. Ik ben toen met hen om tafel gegaan, niet alleen met de wijkverpleegkundigen maar ook met alle – oneerbiedig gezegd – bureaucratie veroorzakende actoren in het zorgveld. Soms is dat de rijksoverheid, maar heel veel vaker is dat eigenlijk niet eens het geval. Best heel vaak zijn het trouwens ook gewoon instellingen zelf. Het voorbeeld van de vijfminutenregistratie werd genoemd. Ik ga dan even terug naar het antwoord in het eerste blokje. Als je ziet dat 93% een integraal tarief heeft afgesproken waaruit de vijfminutenregistratie helemaal niet als vereiste voortvloeit, dan kun je grosso modo zeggen dat de vijfminutenregistratie allang is afgeschaft. Waarom bestaat zij dan nog? Omdat zij kennelijk ingesleten is geraakt in een manier van werken, soms gewoon door een softwareprogrammering. Er is nog steeds een aantal wijkverpleegkundigen dat blijft komen met de vijfminutenregistratie, waarvan verschillende actoren in het zorgveld, waaronder ten departemente, zeer verbaasd opkijken, want «die hadden we toch al een keer afgeschaft?». Hoe vaak kun je zo iets eigenlijk afschaffen? De vraag die werd gesteld ging eigenlijk verder. Je kunt wel vinden, zeggen en van overtuiging zijn dat die registratie is afgeschaft, maar zolang dit in de praktijk nog steeds voorkomt zijn we nog niet ver genoeg gegaan, want dit belemmert in ieder geval.

De voorzitter:

De laatste interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit hebben wij natuurlijk ook al besproken bij de begrotingsbehandeling. Dit onderwerp komt natuurlijk ontzettend vaak terug, omdat we er ons met z'n allen enorm aan ergeren. We kunnen naar integrale tarieven gaan. Dan is er één tarief, één prijs en één doorlooptijd. Maar als vervolgens een verzekeraar eist van de aanbieder dat er in vijf minuten wordt geregistreerd – dat was het voorbeeld dat ik aanhaalde tijdens de begroting – zijn we toch weer terug bij af. Dan komt er een integraal tarief en dan zou het pakkettarief overgemaakt worden. Maar vervolgens zegt de verzekeraar: ik maak dat alleen maar over als u alsnog per vijf minuten registreert.

De voorzitter:

Wat is de vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag aan de Minister is wat die verzekeraars doen. De motie is daar echt heel specifiek op gericht. Ik zei ook: verzekeraars zijn niet alleen de boeman; wij moeten ook niet zo veel verschillende prestaties hanteren. Maar het loopt spaak op het moment dat verzekeraars dit maar blijven doen. Wij kunnen zeggen: daar gaan wij niet over. Maar wij hebben de Minister opgeroepen om wel iets tegen dat gedrag van die verzekeraars te doen.

Minister De Jonge:

Voor het antwoord op deze vraag ga ik even terug naar mijn antwoord in het eerste blokje. Wij hebben nu een bekostigingsstelsel. Vaak is er een integraal tarief, maar het bekostigingsstelsel is wel urengedreven. Je hoeft niet per vijf minuten te registreren hoeveel zorg er is geleverd, maar – en daar komt uw vraag vandaan – je moet wel zeggen hoeveel tijd je ergens mee bezig bent geweest. Een alternatief bekostigingsmodel is in ontwikkeling. Daarbij wordt er bekostigd op basis van cliëntprofielen. Dan is er echt een integraal tarief per doelgroep, waarbij je dus niet meer op basis van uren hoeft te declareren. Dat stelsel is er nog niet. Ondertussen moeten we daadwerkelijk afstand en afscheid nemen van de vijfminuten-

registratie. De opdracht die in uw motie besloten ligt – die opdracht is herhaald door een aantal anderen – is om niet alleen te zeggen «het hoeft helemaal niet» maar om er, met al diegenen die eraan bijdragen dat het kennelijk nog steeds voorkomt, actief voor te zorgen dat er een antwoord komt op de vraag: hoe gaan we daar echt gewoon mee kappen? De accountants zijn genoemd. Accountants kunnen daar inderdaad een rol in spelen, maar alleen als het up-front op die manier is afgesproken in het contract. Dat is de reden waarom accountants daarnaar kijken. Maar goed, ik ga graag met die accountantsorganisaties in gesprek. Ik ga hierover ook graag in gesprek met de NZa, want die kan daar ook een rol in spelen, en met die zorgverzekeraars waar we dit type klachten nog af en tegenkomen. Kortom, volgens mij is het een actieve opdracht om niet alleen te zeggen «het hoeft helemaal niet meer» maar om te zeggen «we gaan er echt mee stoppen» en «wat is er nodig om er echt mee te stoppen?» Ik heb u toen al gezegd dat ik daar in het voorjaar op terugkom bij het presenteren van de aanpak regeldruk. Dit is een belangrijk voorbeeld van regeldruk die nog steeds wordt ervaren, terwijl die echt niet nodig is. Volgens mij was dat het belangrijkste punt als het gaat over regeldruk.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik heb een punt van orde. We hebben toch niet twee interrupties in het hele debat? Dat hebben we toch niet afgesproken?

De **voorzitter**:

Jawel. U hebt er al twee gehad. We hebben twee interrupties in tweeën afgesproken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is een beetje armoedig, voorzitter. Ik stel voor dat we drie interrupties in eerste termijn mogen stellen.

De **voorzitter**:

De Minister gaat verder.

Minister **De Jonge**:

Ik mag me nooit bemoeien met de orde van de vergadering. Dat doe ik dan ook niet.

Ten aanzien van de arbeidsmarkt is er een belangrijke vraag gesteld door de SGP. Ik ben hem even aan het zoeken. De heer Van der Staaij noemde terecht het onderzoek van het SCP, waarbij eigenlijk wordt gezegd dat onvrijwillig in deeltijd werken in de zorg, waar de tekorten allemachtig groot zijn, gek genoeg best heel veel voorkomt. Dat is een terecht punt van zorg. Het goede nieuws is dat er ook een vrij makkelijke oplossing is voor het arbeidsmarktvraagstuk. Ik kan het sommetje zelf niet maken, maar stel dat je voor iedereen 0,1 fte erbij zou doen, dan heb je, denk ik, een belangrijk deel van het arbeidsmarktvraagstuk opgelost. Zo werkt het overigens niet. Het kan macro wel kloppen, maar micro klopt het natuurlijk niet. Mensen moeten het willen. Je kunt mensen er overigens wel toe verleiden, maar je moet op z'n minst het gesprek met mensen aangaan. Dat is een belangrijk ding. Soms vraagt het ook dat je binnen instellingen echt iets doet aan de arbeidsorganisatie die een instelling is. Als daar heel erg wordt geroosterd op zorgintensieve momenten, waarbij er niet wordt nagedacht over de vraag: stel dat iemand een wat groter contract heeft; wat zou dan nog steeds een zinvolle bezigheid binnen onze instelling kunnen zijn en hoe kun je het aantal mensen beperken dat daadwerkelijk alleen op zorgintensieve momenten wordt ingepland en ingeroosterd? Dan leidt dat tot een hele grote stapeling van vrij kleine contractjes. En dan kom je bij het percentage uit dat door het SCP verwoord is.

Het is dus een terecht vraagstuk. U wijst er terecht op dat het raar is, gegeven de noodzaak. Het is wel hardnekkig omdat het samenhangt met hoe organisaties zichzelf nu eenmaal georganiseerd hebben. Het is dus ook niet eventjes morgen opgelost. Maar ik verklap alvast dat dit een van de oplossingsrichtingen is die we zullen presenteren in de aanpak arbeidsmarkt. U heeft wel vaker gezegd dat er dit eerste kwartaal wel heel veel komt, maar ook de aanpak arbeidsmarkt zal in het eerste kwartaal in uw richting moeten komen. Ik verwacht dat dat ergens half maart zal zijn. Daar zit dit zeker in. Het gaat ook over goed werkgeverschap. Voorzitter. Ik denk dat ik daarmee de belangrijkste vragen rondom de arbeidsmarkt en de administratieve lasten heb beantwoord. Dan ga ik door naar het volgende blokje.

De voorzitter:

Er is eerst nog een interruptie van de heer Slootweg.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik wachtte nog even. In het verlengde van de vraag van de heer Van der Staaij had ik ook de vraag gesteld of kinderopvang in de avonduren daar een rol bij kan spelen. Wordt dat er ook bij betrokken? Of is het eigenlijk al onderzocht en is het niet een niet-begaanbare weg?

Minister De Jonge:

Dat zou ik zo niet durven zeggen. Het gaat eigenlijk om goed werkgeverschap. Dat is, denk ik, de kern van dit verhaal. Het gaat over werkgevers die meedenken met hun mensen, die snappen dat je, als je een jaar of 25 bent en op jezelf wil gaan wonen, er niet uitkomt met een half contract en dat het werken met meerdere contracten bij meerdere instellingen voor mensen buitengewoon bezwaarlijk is en eigenlijk altijd ongewenst. Het gaat over werkgevers die zich verdiepen in hun medewerkers en die snappen dat je je werk te doen hebt, terwijl je ook een gezin te runnen hebt en graag een huis zou willen kopen of huren, waar je een normaal contract voor nodig hebt. Werkgevers die zich daarin verdiepen, hebben opvallend minder problemen met een vrij krappe arbeidsmarkt. In die algemeenheid zou ik in de richting van de heer Slootweg willen zeggen dat goed werkgeverschap onderdeel hoort te zijn van onze aanpak van de arbeidsmarkt. Want het is niet alleen maar een getalsmatige kwestie. Het is ook echt een kwestie van: bij welke werkgever wil je graag werken? Dat zijn die werkgevers die met je meedenken hoe je je werk en je leven combineert.

Voorzitter. Ik ga door naar het volgende blokje: palliatieve zorg. Daar zijn heel veel vragen over gesteld. Ik heb net de prealabele opmerking al gemaakt dat ik daar graag op terugkom, al was het maar omdat de veelheid van alles wat ik met u zou willen wisselen, niet toelaat dat ik dat allemaal mondeling kan doen. Er is een aantal moties ingediend in het laatste debat dat u daarover heeft gehad met mijn voorganger, Martin van Rijn. Er is een opdracht in het regeerakkoord voor een intensivering van de palliatieve zorg. Ook daarover moet ik met u het gesprek aangaan. Ik wil nu dus een aantal vragen beantwoorden, maar eigenlijk wil ik vooral zeggen: ik kom daar graag op terug.

Palliatieve zorg is zorg die, meer nog dan elke andere vorm van zorg, helemaal geënt moet zijn op hoe het leven is ingericht. Dat is door veel mensen gezegd. Mevrouw Hermans vroeg: hoe gaan we het hele palet aan palliatieve zorg wat meer ordenen? De bewuste keuze is gemaakt om via iedere wet – zo zou je het kunnen zeggen – zowel via de Zorgverzekeringswet als via de Wlz, palliatieve zorg te kunnen leveren. Dat is expres gedaan vanwege het uitgangspunt dat door heel de Kamer en natuurlijk ook door dit kabinet en het vorige kabinet wordt onderschreven, namelijk dat palliatieve zorg overal moet kunnen plaatsvinden. Mensen moeten zelf de keuze hebben en moeten kunnen aangeven waar ze graag zouden

willen sterven. Dan speelt wat mevrouw Ellemaal zegt natuurlijk wel mee: hoe eerder je daarover nadenkt, hoe makkelijker het te organiseren is. Maar ook als mensen daar onvoldoende over hebben nagedacht, moet er in die fase alles op alles worden gezet om recht te doen aan de keuze van mensen. Qua financiering is er nauwelijks een belemmering. Er is eigenlijk altijd wel een weg te vinden, omdat het systeem ongeveer alles mogelijk maakt. Maar je moet wel af en toe de weg weten. Wij kennen een aantal van de klachten die u heeft verwoord. Wat de NZa doet met de signalen dat het nog niet goed genoeg is, is om de tafel gaan zitten. Dat is nou juist ons uitgangspunt. De financiering moet mogelijk maken wat mensen wensen op dat moment. Als kennelijk wordt ervaren dat die ruimte er onvoldoende is, dan moet daar duidelijkheid over worden gecreëerd, want aan het stelsel zou het eigenlijk niet moeten kunnen liggen. Ik kom daarop terug. Dat is één element waarop ik terugkom.

Het tweede element is dat de vraag wanneer de fase van 24 uurszorg aan het einde van de stervensperiode moet ingaan nog weleens leidt tot een ongewenste discussie tussen de financier van de zorg en degene die de zorg nodig heeft. Er zijn goede voorbeelden van zorgverzekeraars die op dat punt echt een stap naar voren zetten – dat zeg ik er gelijk bij – maar het komt ook nog weleens voor dat daar discussie over is. Om een einde te maken aan de discussie daarover is aan het Zorginstituut gevraagd om helderheid te geven over de wijze waarop die 24 uurszorg geïnterpreteerd moet worden. Dat is een tweede element. Die twee discussies lopen eigenlijk nu, op dit moment. Ik denk dat ik de Kamer ongeveer in maart – hooguit in april, maar ik denk ongeveer in maart – kan melden wat de uitkomst van beide discussies is.

Een aantal sprekers vroegen ernaar: wat gebeurt er nu met de voornemens uit het regeerakkoord ten aanzien van het intensiveren van geestelijke verzorging? Ik moet daar echt beter het gesprek over aangaan met de beroepsvereniging van geestelijke verzorgers. Als ik uw woorden zo hoor – dat geldt zowel voor de heer Segers als de heer Van der Staaij – dan lijkt u eigenlijk te zeggen: maak het nou onderdeel van de aanspraak van de Zorgverzekeringswet; maak het nou onderdeel van de aanspraak wijkverpleging of anderszins, of maak er een aparte aanspraak voor, maar zorg er in ieder geval voor dat je de geestelijke verzorging ook in de zorg thuis, onderdeel van de aanspraak maakt. Daar ben ik wel heel erg terughoudend in, vanwege het precedent dat je daarmee creëert. Bij de Wlz-zorg hoort het bij een instelling. En ja, de toegang tot geestelijke verzorging moet goed georganiseerd zijn, dus ik denk dat we daar inderdaad een hoop werk te doen hebben. Maar, even heel plat gezegd, om de dominee nou op de payroll van de zorgaanbieder te zetten, daar aarzel toch wel een beetje bij.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De Minister heeft net een en ander gezegd over de inhoud van de brief. Hij wekt de suggestie, althans zo kwam het op mij over, dat ik wil dat er minder mogelijkheden komen voor de financiering van palliatieve zorg. Dat klopt niet. Integendeel, ik sta enorm achter het feit dat er juist in alle systemen die we hebben ruimte en mogelijkheden zijn voor palliatieve zorg. Maar ik zie ook dat er veel verschillende vormen, regels en manieren zijn om palliatieve zorg te krijgen en om het eventueel nog aanvullend te organiseren. Dat maakt het complex. Ik vind dat wij er juist in de palliatieve fase, in de laatste levensfase van iemand, alles aan moeten doen om het regelen van die zorg zo eenvoudig mogelijk te maken. Daar zag mijn vraag op. Ik krijg dus graag de bevestiging van de Minister dat hij gaat kijken naar die complexiteit, zodat het eenvoudiger wordt voor de mensen die deze zorg nodig hebben.

Minister **De Jonge**:

Exact. Excuus, dan heb ik u niet helemaal goed begrepen. Het gaat juist over die vraag. Dat is precies de kwestie die de NZa aan het bespreken is. Welke onduidelijkheden zouden er kunnen zijn die mogelijk leiden tot het niet-adequaat financieren van de palliatieve fase? En hoe zouden we die kunnen wegnemen? Die vragen zijn belangrijk om nou juist recht te doen aan het uitgangspunt dat u ook uitspreekt. In iedere wet eigenlijk en in iedere situatie en op iedere plek die mensen zelf verkiezen moeten we het sterven mogelijk maken en ook op een goede manier begeleiden.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

De Minister zegt dat hij er eigenlijk niet zo veel trek in heeft om de geestelijke verzorger op de payroll te zetten. Nou, het middel is altijd ondergeschikt aan het doel en het doel staat in het kwaliteitskader en daarin staat dat geestelijke verzorging erbij hoort. Het gaat om een zingevingaspect. Mensen hebben soms gewoon iemand nodig die even met hen optrekt. Mijn vraag was dus meer: hoe dan? Het zit in het kwaliteitskader. De financiering is nog spannend. Mijn vraag was dus meer: hoe wordt dat vormgegeven?

Minister **De Jonge**:

Het zit in het kwaliteitskader. Volgens mij heeft u mij tijdens de begrotingsbehandeling ook een ferme motie meegegeven waarin staat dat we de toegang tot geestelijke verzorging echt op een goede manier moeten willen borgen. Ik zeg nu dat ik juist daarover het gesprek aan wil. Denkend vanuit het stelsel is een financiering via een aanspraak in de Zorgverzekeringswet ofzo, niet echt helemaal de weg die ik me kan voorstellen, maar je wilt wel dat mensen toegang hebben tot geestelijke verzorging, juist ook in de palliatieve fase. Dat is de reden dat ik u vraag om mij iets meer tijd te geven om na te denken over de manier waarop dat het beste zou kunnen organiseren. De winstwaarschuwing die ik afgeef, is dat ik vooralsnog niet denk aan, wat ik maar even huiselijk noem, het op de payroll van een zorginstelling zetten van de dominee. Dat lijkt mij niet helemaal de weg om te begaan. Maar hoe dan wel? Hoe kan de toeganke-lijkheid wel op een goede manier worden gegarandeerd? Dat is mijn zoektocht op dit moment. Daar kom ik dus graag in die brief op terug.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

Ik kan me voorstellen dat de Minister op zich geen bezwaar heeft tegen dominees in het algemeen...

Minister **De Jonge**:

Zeker niet. Nee.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

... als zoon van een dominee, maar geestelijke verzorging is natuurlijk wel breder dan dat. Dat allereerst. De NZa zegt dat de financiering geen aanpassing behoeft, maar tegelijkertijd is de toegang daartoe of de aanspraak daarop een zorg. Mijn klemmende vraag is dan: hoe borgen we dat? Het kan niet allebei waar zijn. Je kunt niet zeggen dat het prima is zoals het nu is en dat er tegelijkertijd geen aanspraak op kan worden gemaakt. Het gaat dus echt om dat hele brede kwaliteitskader waar dit een heel belangrijk onderdeel van is.

Minister **De Jonge**:

Exact. Ik denk dat de heer Segers precies schetst wat het dilemma is. Ik worstel met dezelfde vraag. Ik ben nog niet helemaal uitgeworsteld. Ik moet daar echt het gesprek over aangaan met de beroepsvereniging, de VGVZ. Men is op dit moment bezig met een onderzoek, maar dat gaat eigenlijk meer over de toegevoegde waarde, of over de effectiviteit, maar dat vind ik een beetje een naar woord als het gaat over geestelijke

verzorging. Er wordt in ieder geval onderzoek gedaan naar de vraag wat op dit moment de meerwaarde of de toegevoegde waarde is van de wijze waarop het is georganiseerd. De vraag die ik graag zou willen inbrengen tijdens dat gesprek, is: hoe zouden we de toegang op een zo goed mogelijke manier kunnen borgen? Hoe kunnen we dus recht doen aan het kwaliteitskader en ook aan de opdracht die u mij per motie hebt meegegeven? Volgens mij was die motie het resultaat van een samenwerking tussen D66 en de ChristenUnie. Ik meen mij te herinneren dat zij deze motie samen hebben ingediend tijdens de begrotingsbehandeling. Het was een heel exotische samenwerking, dat weet ik nog in ieder geval.

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

Er zijn inderdaad door allerlei combinaties al moties hierover ingediend. Daaruit kan de Minister wel afleiden dat dit breed leeft in de Kamer en dat het al lang aan de orde is. Het ging net al even over de dominee op de payroll. Het probleem ontstaat nu juist bij mensen die niet kerkelijk aangesloten zijn. Bij mensen die wel kerkelijk aangesloten zijn, loopt het vaak wel. In de praktijk is er een probleem ontstaan rondom de vraag: hoe zit het nu met die zingevingsvragen voor mensen die niet die traditionele kanalen hebben? Daar komt onze vraag aan de Minister ook vandaan, want zonder een bijzondere vorm van financiering wordt het waarschijnlijk juist voor die bredere doelgroep heel lastig om aansluiting te kunnen vinden. Wat is zijn reactie daarop?

Minister **De Jonge**:

Dat ik herken wat u zegt, maar dat maakt het antwoord op de vraag hoe je dat moet doen en hoe je dat moet financieren niet per se makkelijker. Ik erken dat dit zo is: mensen die zelf deel uitmaken van een, laat ik het wat breder kiezen, levensbeschouwelijke gemeenschap weten vaak de weg wel te vinden. Die gemeenschappen zijn vaak ook erg betrokken bij zieken, zeker bij mensen die in een stervensfase verkeren. Ik heb mijn vader dat natuurlijk heel veel zien doen: zieken bezoeken en mensen bezoeken die op het punt stonden om te overlijden. Dat is juist wat alle levensbeschouwelijke organisaties of alle levensbeschouwelijke genootschappen als een van hun kerntaken zien. Maar niet iedereen heeft toegang daartoe, terwijl je dat eigenlijk wel als goede zorg moet willen zien, gewoon vanuit een levensloopperspectief – zingevingsvragen spelen nu eenmaal bij het levenseinde en daar wil je op een goede manier aan tegemoetkomen – maar misschien ook vanuit een zorgperspectief geredeneerd. Dat is ook de reden waarom het onderdeel is gemaakt van het kwaliteitskader. Mensen die beter de gelegenheid hebben om het gesprek te voeren over zingevingsvragen, zijn vaak minder onrustig aan het einde van hun leven. Zij weten die palliatieve fase veel beter door te maken, zou je kunnen zeggen. Dus ja, het moet worden gezien als onderdeel van goede zorg en dat is wat het kwaliteitskader zegt, maar daarmee is de vraag hoe je de toegankelijkheid borgt nog niet goed genoeg beantwoord. Dat is wat ik probeer over te brengen. Dat is ingewikkeld. Ik erken natuurlijk dat het onderdeel is van goede zorg en heb natuurlijk goede notie genomen van de wens van de Kamer, de opdrachten vanuit moties en de opdracht vanuit het regeerakkoord, maar ik ben er nog niet over uit hoe dat dan precies wordt gerealiseerd.

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

Dat is herkenbaar, maar dan hoop en verwacht ik dat de Minister hier stappen wil zetten, want juist omdat het lastig en ingewikkeld is, is het wel erg lang aan het sudderen de afgelopen jaren.

De **voorzitter**:

Voordat u het laatste stukje van de heer Van der Staaij beantwoordt, zou ik graag willen weten hoeveel tijd u nog nodig heeft, want anders komen we een beetje in de knel.

Minister De Jonge:

Hoeveel tijd u mij gunt, voorzitter. Ik kan nog een avondvullend of een middagvullend programma doen op basis wat van u heeft gedaan, maar we kunnen ook zeggen dat we mikken op bijvoorbeeld 12.45 uur.

De voorzitter:

Nee, want we hebben ook nog een tweede termijn van de Kamer.

Minister De Jonge:

Korter nog.

De voorzitter:

Ja, het moet echt korter.

Minister De Jonge:

Ik ga mijn best doen om halfeen af te ronden. U verhoogt de druk nog een beetje; ik begrijp het. Gras gaat niet harder groeien als je er hard aan trekt, maar de boodschap is duidelijk. Point taken. Ik moet aan het werk en heb huiswerk van u meegekregen. Dat had ik al, maar u heeft mij er nog eens goed aan herinnerd. Dank u wel. Ik ga ermee aan de slag.

Voorzitter. Dan kijk ik even naar de vragen over de palliatieve zorg. Ook omdat we er nog uitvoeriger over te spreken komen naar aanleiding van een brief en omwille van de tijd is het goed om nog een aantal overige vragen te behandelen, want er zijn nog een aantal serieuze overige vragen gesteld. Dan ga ik daar de laatste tien minuten aan opmaken.

De eerste vraag gaat over de dementiezorg en de sociale benadering van dementie. Een aantal fracties hebben daar aandacht voor gevraagd, waaronder de fracties van GroenLinks en D66. Dat hangt enigszins samen met casemanagement dementie. Door bijvoorbeeld de heren Segers en Slootweg zijn een aantal voorbeelden genoemd. Een voorbeeld was een krantenartikel over de burens van iemand die bewonderenswaardig intensieve mantelzorg gaven, waardoor zij tegelijkertijd eigenlijk hartstikke overbelast raakten. Dat is nu juist wat we echt beter moeten doen.

Natuurlijk, er bestaat mantelzorgondersteuning. Wettelijk is het allemaal keurig geregeld en is er niks aan de hand, maar je moet wel bij die mantelzorgondersteuning zien te komen. Er moet iemand zijn die zegt: nou is het toch echt zaak dat je ook aan jezelf denkt, want anders ga je er zelf aan onderdoor. Dat is bij uitstek een taak van de casemanager dementie. Daarom is het zo nodig, want het overbrugt beide stelsels. Mantelzorgondersteuning wordt vanuit de Wmo geleverd. Er bestaat ook van alles en er bestaat er ook steeds meer. Zo bestaan er steeds vormen van respijtzorg. Die gaan we ook nog stimuleren vanuit het regeerakkoord. Maar er moet wel iemand zijn die zich verantwoordelijk voelt voor een situatie van dementie en die aan careplanning doet. Diegene moet dus ook doen aan het organiseren van mantelzorgondersteuning. Dat is de noodzaak voor het opvoeren van de aanwezigheid van de casemanager dementie. Daarom moeten we zorgen dat die voldoende toegankelijk is. Daarom zit de NZa daar zo bovenop. Dat is een belangrijke voorwaarde.

Er werd gesproken over de sociale benadering van dementie, waarbij Groningen als prachtig voorbeeld werd genoemd. Laten we niet doen alsof dat alleen in Groningen gebeurt. Pardon, ik haalde Groningen en Leeuwarden door elkaar. Excuus aan alle Groningers en alle Leeuwarders. De sociale benadering van dementie gebeurt op zichzelf genomen overal in het land – gelukkig maar – maar niet voor alle mensen die daarop aangewezen zijn. Dat is het punt. Als het gaat over het programma voor

zorg thuis wil ik ook juist dat de dragers van de sociale benadering van dementie, waaronder Anne-Mei The, ook goed met ons meedenken over hoe we dat verder zouden kunnen stimuleren. Hoe zouden we gemeenten kunnen helpen daarin? Hoe zouden we de casemanager dementie daar goed in kunnen positioneren? Hoe zouden we in de bejegening van mensen met dementie – de heer Van der Staaij zei dat mooi – voldoende blijven zien dat mensen zeker in de startende fase van dementie nog zo veel kunnen en zo veel kunnen bijdragen? Laten we echt voorkomen dat we categorisch mensen die met dementie te maken krijgen, alleen nog als hulp- en zorgbehoevend zien. We hebben dus heel veel werk te doen in de mantelzorgondersteuning en in de bejegening van mensen met dementie zelf. Ik ga daar dus graag mee aan de slag, niet alleen met de goede voorbeelden, maar vooral ook met het maken van massa. We moeten zorgen dat we in al die gemeenten waar de dementiezorg wordt geboden, meters maken in de meer sociale benadering. Ik ga daar graag mee aan de slag.

Er is een vraag gesteld over intensieve kindzorg, maar ik meen dat ik die eigenlijk al heb beantwoord. Mij blijkt dat dit het geval is. Zo zie je maar, sommige vragen waren zo belangwekkend dat die twee keer zijn genoteerd en beantwoord.

Over het kwaliteitskader hebben een aantal van u vragen gesteld. De VVD vraagt: wat kan de Minister eraan bijdragen om te zorgen dat het kwaliteitskader op afzienbare termijn wordt ingeschreven? Ik parafraseer de VVD daarmee een beetje. Mevrouw Dijksma herinnert dan ook aan het dispuut dat daar nog wel over is en vraagt: wat kan de Minister doen om te zorgen dat het kwaliteitskader er komt en hij een voldoende brede benadering kiest? Zij citeerde als ik het goed heb daarbij de Jos de Blok van Buurtzorg Nederland, die daarover iets heeft gezegd. Zo'n kwaliteitskader wordt tripartiet gemaakt. Daar zijn aanbieders, financiers en patiënten bij betrokken, en natuurlijk de beroepsgroep. Laat ik in deze fase een beetje terughoudend zijn om mij naar hartenlust te storten in het dispuut dat plaatsvindt. Het is ook een professioneel debat namelijk. Dat is altijd zo in de zorg. Waar het gaat over de definitie van «kwaliteit», hebben wij als wetgever het met elkaar nou juist zo geregeld dat het primaat in het formuleren van wat «kwaliteit» is, echt bij het veld ligt.

Dat er verschillende opvattingen zijn in datzelfde veld over wat als «kwaliteit» moet worden gezien, is niet helemaal nieuw. Dat is namelijk ook de reden dat er nog geen kwaliteitskader is. Dat is ook de reden dat het best wel een beetje lang aan het duren is. Ik heb begrepen dat men verwacht in april in te schrijven. Dat betekent dat het in maart klaar zou moeten zijn. Ik ga er vooralsnog van uit dat men dat tempo haalt. Als dat zo is, dan voel ik me nog niet heel erg genooddaakt om de stap naar voren te zetten. Als dat niet zo is – stel je nou eens voor dat het echt mislukt om tot overeenstemming te komen – dan doet zich iets anders voor. Dan vraag ik het Zorginstituut, dat daartoe de wettelijke taak heeft, om met het veld te komen tot een kwaliteitskader. Dat is niet gewenst, zeg ik daarbij. Ik hoop echt dat het veld daar zelf uitkomt.

Bij de verpleeghuiszorg is dat indertijd niet gelukt. Toen is daar toch een vrij ingewikkeld traject uit naar voren gekomen waarbij het Zorginstituut zelf gaat schrijven aan een kwaliteitskader. Maar laat ik er vooralsnog van uitgaan dat dit wel gewoon zou kunnen gaan lukken. Er is nog wel een professioneel debat te voeren. Dat wordt op dit moment gevoerd. Dat is juist goed, want dat scherpt juist. In algemene zin ben ik het natuurlijk zeer eens dat er een goede verhouding moet zijn tussen de verpleging, verzorging en preventie, waar De Blok voor pleit. Ik denk dat overigens ook heel veel wijkverpleegkundigen het daarmee eens zijn. Dan gaat het er vooral om hoe je dat vervolgens verwoordt. Het moet niet te vaag worden. Opschrijven dat alles belangrijk is, is geen kwaliteitskader. Een kwaliteitskader moet ook normerend zijn. Hoe formuleer je dat dan, hoe breng je dat dan onder woorden? Dat is niet makkelijk. Maar ik ga ervan

uit dat het tijdpad dat men nu doorloopt, ook gehaald gaat worden en dat dit ook prima is. Ik ga daar niet nog aanvullend op duwen. Mevrouw Dijkma stelde een vraag, die herhaald is door ik dacht mevrouw Agema. Het zou ook kunnen dat de SP-fractie dat deed. Excuus, het was mevrouw Van Brenk. Die vraag ging over de motie-Asscher over de positie van de wijkverpleging. De motie is vrij helder, want die zegt dat het sluiten van een hoofdlijnenakkoord niet ten koste mag gaan van wijkverpleegkundigen. Dat is het subtiële onderscheid. Er staat dus niet dat er geen hoofdlijnenakkoord mag worden gesloten met de wijkverpleegkundige zorg, maar wel dat het niet ten koste mag gaan van wijkverpleegkundigen. Dat is een heldere boodschap. Dat is inderdaad nogal beperkend in de financiële opbrengst ervan. Tegelijkertijd zeg ik er ook weer bij dat het niet de verwachting was dat de financiële opbrengst heel hoog kon zijn, gezien de demografische ontwikkeling en de budgettaire ontwikkeling in de meerjarenbegroting. Dit jaar gaat er ten opzichte van vorig jaar 250 miljoen extra naar de wijkverpleegkundige zorg. De zorgaming wordt altijd gemaakt op grond van de middellangetermijnraming. Er is geen reden om aan te nemen dat de vraag naar wijkverpleegkundige zorg volgend jaar lager zal zijn dan dit jaar, dus is er geen reden om aan te nemen dat de financiële opbrengst heel hoog zal kunnen zijn als het gaat om de wijkverpleegkundige zorg, en al helemaal niet als dat ten koste zou gaan van wijkverpleegkundigen. De idee die er kennelijk was bij het indienen van de motie, namelijk dat er mensen ontslagen zouden moeten worden op het moment dat je een hoofdlijnenakkoord sluit, is nogal onwaarschijnlijk geweest. Ook toen was dat nogal onwaarschijnlijk, want we hebben die mensen gewoon hartstikke hard nodig om de zorg te kunnen bieden. Overigens geldt er al jaren, al minstens drie jaar op rij, een onderuitputting op de wijkverpleegkundige zorg.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Dijkma. Ik kijk daarbij naar de klok; heel kort graag.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Voordat we helemaal de tekstexegese in duiken, merk ik op dat in de bijsluiter van het regeerakkoord door het CPB, dat aan het rekenen was gegaan met uw voorstellen, een bedrag van 100 miljoen was voorzien als opbrengst van het hoofdlijnenakkoord. De motie is inderdaad helder. Die zegt dat het niet ten koste mag gaan van wijkverpleegkundigen. De bijsluiter als het ware is dus ook dat de berekening van het CPB uiteindelijk niet geëffectueerd wordt. Dan begrijpen we elkaar denk ik heel goed. Ik hecht er wel aan om dat nog een keer te zeggen, want dat was wel ook onderdeel van wat door de heer Asscher is ingebracht.

De voorzitter:

Kan de Minister afrondend antwoorden?

Minister De Jonge:

U noemt het «een bijsluiter bij het regeerakkoord», maar het was gewoon een stuk van het CPB. In dat debat is gewisseld dat die 100 miljoen niet van het kabinet kwam. Er is helemaal nooit gepinpoint dat het een opbrengst van 100 miljoen zou moeten hebben, dus daar is het kabinet sowieso al niet aan gehouden, gebonden of wat dan ook. Die hoofdlijnenakkoorden gaan niet alleen over de financiële opbrengst. Die hebben een financieel karakter, maar ook een inhoudelijk en kwalitatief karakter. Er is veel af te spreken als het gaat over wijkverpleegkundige zorg. We hebben vandaag een heel aantal onderwerpen voorbij horen komen waar we echt een hoofdlijnenakkoord over zouden moeten sluiten. En ja, in dat hoofdlijnenakkoord wordt ook gezegd binnen welk financieel kader dat

kan plaatsvinden. En ja, de boodschap is helder: er mag niet bezuinigd worden op wijkverpleegkundigen. Dat waren we ook niet van plan, maar het is goed om met elkaar af te spreken dat we dat gewoon niet doen.

De voorzitter:
Kunt u afronden?

Minister De Jonge:
Bovendien kunnen we het ons helemaal niet veroorloven, is mijn volgende stelling daarbij. En zeker, voorzitter, ik zou nu bijvoorbeeld kunnen afronden. Technisch gesproken zou het kunnen.

De voorzitter:
Technisch gesproken zou het kunnen. Ik kijk even naar drie dames, die eigenlijk alle drie willen interrumperen. Ik zie ook nog een heer. Heel kort dan. Ik ga het rijtje af. Mevrouw Hermans eerst.

Mevrouw Hermans (VVD):
Heel kort. Ik had nog een vraag gesteld over het pgb. Of ik heb het antwoord gemist, of het is in het mapje overig blijven zitten.

Minister De Jonge:
U was niet de enige met een vraag over het pgb. Volgens mij was uw vraag of het als gelijkwaardige verstrekkingvorm wordt gehanteerd. Het antwoord is ja. Nee, dat was de vraag van de heer Segers. Uw vraag over het pgb ging over?

Mevrouw Hermans (VVD):
Er zijn signalen dat er zorgaanbieders zijn die zorg in natura leveren, die die niet voor een pgb willen indiceren. Herkent u dat signaal?

Minister De Jonge:
Ik herken dat niet, maar als u die signalen heeft, zijn die signalen er. Geef mij die signalen, dan kan ik ze nagaan.

De voorzitter:
Mooi. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):
Ik had nog een vraag over het initiatief in Noord-Holland en Flevoland rondom palliatieve zorg en het implementeren daarvan. Mijn vraag was of de Minister dat intensief wil volgen en de goede voorbeelden wil delen.

Minister De Jonge:
Het antwoord is ja.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):
Mooi. Worden wij daar ook in meegenomen?

Minister De Jonge:
Ik ga een brief schrijven over de palliatieve zorg. Daarin kom ik er graag op terug.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):
Mooi. Mijn tweede vraag ging over de gebrekkige informatie die VWS nu zelf geeft over toegang tot geestelijke verzorging: die zou complex en gedateerd zijn. Die taak ligt bij VWS. Wil de Minister die informatie updaten en toegankelijk maken?

Minister De Jonge:

Ja. Ik heb u al uitgebreid deelgenoot gemaakt van de worsteling die wij daar zelf in aan het doormaken zijn, maar als er in de tussentijd al iets over te updaten valt, kunnen we dat zeker doen. Daarmee is nog het niet finale antwoord gegeven op de vraag hoe die toegankelijkheid geborgd moet worden. Daar zijn we gewoon nog niet helemaal uit.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik dacht dat ik een gloedvol betoog had gehouden over de academisering van de verpleegkundigen, maar ik heb daar geen antwoord op gekregen. Ik heb het ook nog gehad over het UMCG en verpleegkundige topzorg. Ook heb ik het nog gehad over goede nazorg na ziekenhuisopnames. Ik dacht dat dit allemaal aan bod zou komen onder het kopje overige. Maar je ziet altijd: als je daarin terechtkomt, gebeurt er niks. Graag nog een reactie op deze punten.

De **voorzitter**:

Een korte reactie van de Minister.

Minister **De Jonge**:

Het is gewoon een fysieke beperking in de tijd, voorzitter. Eerst het manifest academisering. Overigens vind ik het woord misschien niet helemaal goed gekozen, want we hebben juist ook mbo-talent heel erg nodig in de zorg en in den brede. Maar daar gaat het manifest niet over. Dat gaat over het hebben, het ontwikkelen en het verder doorontwikkelen van een voldoende kennisbasis. Dat lijkt mij een hartstikke welkom pleidooi. Hoe daaraan exact invulling gegeven moet worden, is vraag twee, maar ik ga graag het gesprek aan met de initiatiefnemers hoe daar vorm en inhoud aan gegeven kan worden. Het initiatief dat mevrouw Bergkamp noemde, betrof het UMCG. Dat gaat over het beter inregelen van nazorg na een ziekenhuisbezoek. Dat zou ik echt graag onderdeel willen maken van het programma Langer Thuis. We zien inderdaad dat mensen na een opname in het ziekenhuis daar heel vaak heel veel minder zelfstandig vandaan komen. Er zijn echt maatregelen te treffen – dat geldt overigens niet alleen in Groningen, want er zijn veel meer experimenten op dat punt – om te zorgen dat de nazorg dusdanig wordt ingeregeld dat de negatieve uitwerking van de ziekenhuisopname op de zelfredzaamheid gewoon minder is. Er zijn zeker goede voorbeelden in dat kader. Daar kom ik graag op terug in het programma Langer Thuis.

Wat was ook alweer de derde vraag?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Die ging over verpleegkundige topzorg.

Minister **De Jonge**:

Daar moet ik even op studeren. Ik kom er in tweede termijn op terug.

De **voorzitter**:

Dan de heer Segers.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

Ik had een vraag over palliatieve sedatie. Daarbij is sprake van een sterke stijging. Hebben we daar goed zicht op? Moeten we niet meer van de achtergronden weten? Ook had ik een vraag over casemanagement dementie. Is er sprake van het bieden van vrijheid, ook door middel van de financiering, voor vernieuwing en verandering? Of is er sprake van uniformering via die ketens? Die twee vragen van mijn kant waren nog blijven liggen.

Minister **De Jonge**:

Eerst over de palliatieve sedatie. Ik ben er met u wel in geïnteresseerd hoe dat komt. Ik denk niet dat ik er een heel breed onderzoek naar zou willen laten doen, maar ik ben met u wel geïnteresseerd in de verklaring van die toename. Laat ik toezeggen om in de brief waar ik nog mee kom, de nadere duiding daarvan te geven. Mochten we tegen die tijd zeggen dat we het gewoon helemaal niet weten, dan is dat ook nog een moment om een onderzoek uit te schrijven. Eerst zou ik eens gewoon met een aantal mensen die daar overzicht over zouden kunnen hebben, het gesprek aan willen gaan om een nadere duiding van de achtergrond te krijgen en om te horen of het een reden is tot zorg – dat is de achtergrond van uw vraag – of dat er een heel logische verklaring voor te geven is.

De voorzitter:

Dan de heer Van der Staaij.

Minister De Jonge:

Nou, er was nog één vraag over ketenzorg dementie. Ik heb het idee dat er geen sprake is van een enorme uniformering. Ik denk en hoop eerlijk gezegd dat daar iets over wordt gezegd in het kwaliteitskader van de wijkverpleging dat eraan komt. De ketenzorg dementie is een vorm van wijkverpleging. Uniformering is niet per se noodzakelijk, maar normering in de zin van wat je aan kwaliteit mag verwachten, zou je wel moeten willen. Ik hoop dat het kwaliteitskader daar eenduidig over is.

De heer Van der Staaij (SGP):

Het is prima als de Minister in de brief terugkomt op de palliatieve sedatie. Wil hij daar ook mijn opmerking in meenemen om de consultatieteams nog meer in te schakelen?

Minister De Jonge:

Ja.

De heer Van der Staaij (SGP):

Komt ook de budgetplafondkwestie in de brief nader aan de orde?

Minister De Jonge:

Ja.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank.

Minister De Jonge:

Dat hoort bij het gesprek dat de NZa heeft over de signalen dat men geremd wordt door de financiering. We hebben gezegd dat dit qua stelsel juist helemaal niet zou moeten kunnen, maar kennelijk wordt dat wel zo ervaren. Waar knelt het dan, wat is daar aan duidelijkheid in te geven en welke duidelijkheid is noodzakelijk om te voorkomen dat het gaat knellen? Dat hoort daar wat mij betreft bij.

De voorzitter:

Dank u wel, Minister, voor de beantwoording in de eerste ronde. Ik kijk even naar de leden. We hebben echt nog weinig tijd. Ik stel voor om de tweede ronde te beperken tot anderhalve minuut en hooguit één interruptie, die dan heel kort is. Mevrouw Hermans. Ik vind het prima als u blijft zitten.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dan doe ik dat, voorzitter.

Ik dank de Minister voor de antwoorden in eerste termijn. Terwijl wij hier debatteren over de wijkverpleging, wat heel goed is natuurlijk, realiseerde

ik mij dat talloze wijkverpleegkundigen weer een hele ochtend vol met bezoeken aan mensen thuis erop hebben zitten, waar zij goede en liefdevolle zorg hebben gegeven. Zij moeten hun werk kunnen blijven doen, nu en in de toekomst. Mensen die deze zorg nodig hebben, moeten die ook krijgen. Daarvoor staan of zitten wij hier uiteindelijk. Ik ga daarom nog even in op het vraagstuk van de ongecontracteerde zorg. Dat is in die context voor mijn fractie daarom juist zo belangrijk. Daar zit een probleem. Als we problemen gaan oplossen, moeten we niet aan symptoombestrijding doen, maar echt de oorzaak en de ongewenste effecten aanpakken. Daarom ben ik blij dat de Minister heeft toegezegd, onder andere in reactie op onze vragen, om nog wat meer inzicht in te geven in de zorgvraag waar we het specifiek over hebben. Dat hoeft geen theoretisch of lijvig onderzoek te zijn, maar wel praktisch en verhelderend, zodat we aan de slag kunnen. Ik wil graag van de Minister weten wanneer we die informatie daarover kunnen verwachten. Tot slot. Ik zei er in eerste termijn al iets over. Er lopen heel veel trajecten, die allemaal met elkaar samenhangen. Het risico blijft dat we allemaal op elkaar gaan zitten wachten en dat we de trajecten op elkaar laten wachten. Dat zou ik echt slecht en zonde vinden. Volgens mij moeten we echt doen en aan de slag gaan. Dan lossen we gaandeweg een heleboel op.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik heb de Minister horen zeggen dat het casemanagement dementie nog niet zo loopt zoals we willen. Het actieplan loopt af in februari, maar ik interpreteer de toezeggingen van de Minister zo dat we niet per februari stoppen en we ermee doorgaan. Dat lijkt mij hard nodig. Mijn vraag was ook nog of de Minister met de sociale benadering bereid is om het praktijkteam van VWS in te zetten als er problemen zijn rond schotten vanuit de verschillende wetten.

Dan wat betreft de wijkverpleging. Het is heel goed om te horen dat de meerjarencontracten wat de Minister betreft inzet zijn voor de hoofdlijnen-akkoorden. Dat lijkt mij zeer wenselijk. Het is ook goed om te horen dat de Kamer meegenomen wordt in de beleidsopties als het gaat om de ongecontracteerde zorg en de zorgvraag die daarachter ligt. Zo kunnen wij meedenken over welke oplossingen wenselijk zijn voor de ongecontracteerde zorg. Uiteindelijk gaat het om de vraag wat goede zorg is. We zien dat de verzekeraars heel erg zitten op een smalle interpretatie van wat doelmatige zorg is. Dat heb ik ook een aantal andere collega's horen zeggen. Dat moet echt onderdeel van die discussie zijn. Wat is goede, doelmatige zorg? Welke zorg verdient een contract? Ik zeg het nog maar een keer: een contract moet een beloning zijn, en geen straf.

Dan wat betreft de informatie vanuit VWS over de vraag naar geestelijke verzorging. Dat is meer dan alleen religieuze steun. Dat gaat ook heel erg om zingeving.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Het gaat niet alleen over de bekostiging daarvan, maar juist over de voorlichting van mensen die hiernaar vragen. Wil de Minister die voorlichting verbeteren vanuit VWS?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn antwoorden. We kijken uit naar het programma Langer Thuis, want dat zal heel veel met zich meebrengen, merkte ik in de reactie.

Ik heb nog een paar vragen. Dank voor de toezegging dat er meer regie komt als het gaat over het casemanagement en op het gebruik daarvan. Kan de Minister aangeven wanneer hij daar gericht op terug kan komen, en dan met name op de hoe-vraag, waar we even een interruptie over hadden? Verder ben ik blij dat we de spade dieper zetten als het gaat om ongecontracteerde zorg. Laten we het debat over dit onderwerp voeren op basis van feiten en zo min mogelijk op basis van oordelen.

Ik ben blij dat de Minister enthousiast reageert op het pamflet over de academisering. Hij gaat in gesprek met partijen. Wanneer kan hij de Kamer daarover informeren?

Ik had nog een vraag gesteld over het profiel casemanagement dementie. Hoe gaat het met de implementatie daarvan? Ik zei het zelf: je kunt dit er niet zomaar naast doen, want het is een vak apart.

Over de sociale benadering, waar GroenLinks, D66 en de ChristenUnie een motie over hebben ingediend, was mijn vraag hoe het gaat met de implementatie daarvan. Hebben we al zicht erop dat dit in meer gemeenten gaat gebeuren? Kan de pilot in Leeuwarden voortgezet worden?

Er bleef nog een vraag onbeantwoord over de knelpunten in de tarifiering van de verpleegkundige topzorg.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Heel mooi. Dan de heer Slootweg.

De heer Slootweg (CDA):

Dank je wel, voorzitter. Ik ben de Minister erkentelijk voor zijn antwoorden, met name op het gebied van het vraagstuk – «problematiek» vind ik een te groot woord – van de ongecontracteerde zorg. Dat vraagstuk wil hij aanpakken.

Ik heb nog wat vragen over de wachtlijstproblematiek. Het gaat dan met name over specialistische zorg. Ik ben blij met de nuances die de Minister heeft aangebracht over intensieve kindzorg. Hij zei: mocht dat echt iets wezen, de deur staat open. Het was geen pleidooi voor nieuwe beleidsregels, maar toch zou ik graag willen dat er op het punt van de nachtzorg en de palliatieve zorg iets van monitoring is. Zo kunnen we zien of de wachtlijsten oplopen. Zonder dat we daar direct een heel systeem voor hoeven te hebben, is het wel goed om dat in het oog te houden.

Verder het punt van de accountants. Ik begrijp dat de Minister zegt: wat je in het systeem neerzet, betekent ook dat je op een gegeven moment vragen krijgt van accountants om dat te berekenen. Het speelt hier. Tijdens het kerstreces ben ik het ook wel tegengekomen bij verpleeghuizen. Men merkt wel steeds meer de druk van accountants dat het allemaal rechtmatig gaat. Het is ook bij vormgeving van alle nieuwe profielen, ook cliëntprofielen, wel een punt hoe ten slotte de accountant ermee omgaat, want voor je het weet hebben we bij wijze van spreken met elkaar afgesproken dat we weinig registratie willen, maar komt het vanuit die kant op.

Op twee vragen heb ik geen echt antwoord gehad. Die wil ik herhalen. Ten eerste. Als je op een wachtlijst komt bij een Wlz-instelling als je dementie hebt...

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer Slootweg (CDA):

... klopt het dan dat de casemanager en de dagbesteding dan wegvallen? Ten tweede. Ziet de Minister mogelijkheden om meer mbo-verpleegkundigen met ervaring ook indicatiestelling te laten doen?

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Slootweg. De heer Hijink heeft de vergadering moeten verlaten voor een andere afspraak. Dan mevrouw Dijkma.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Voorzitter. Allereerst dank aan de Minister voor de antwoorden en de flexibiliteit. Ik denk dat het heel belangrijk is dat we met elkaar heel goed blijven volgen hoe de discussie over het kwaliteitskader zich ontwikkelt. Als ik de Minister zo beluister, wordt dat wel de sleutel voor de vraag of het goed komt met de toekomst van de wijkverpleegkundigen of niet. Dat hangt namelijk ook direct samen met de discussie over de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast hangt er heel veel af van de vraag of een investering in deze beroepsgroep ons ook kan helpen om niet alleen patiënten betere zorg te laten ontvangen, maar verderop in de zorgketen ook de druk juist te verlichten. Dat vereist ook politieke wil van de zorgverzekeraars om hun geld daar in te zetten waar dat het hardst nodig is. Ik snap dat de Minister zichzelf nog een beetje afzijdig houdt van een aantal van die discussies omdat hij terecht vaststelt dat het ook aan de beroepsgroep is om hierin knopen door te hakken, maar ik zou hem toch op het hart willen drukken om die afzijdigheid niet te groot te laten zijn omdat ik het idee heb dat het op enig moment kan helpen als er vanuit VWS en zijn verantwoordelijkheid aangegeven wordt hoe het verder moet. We wachten dat af, net als uiteraard het hoofdlijnenakkoord en de uitvoering van de motie-Asscher.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dan de heer Segers.

De heer **Segers** (ChristenUnie):

Dank, mevrouw de voorzitter. Ik sluit me aan bij wat collega Ellemeet zei over goede zorg. Dat is de cruciale vraag, maar het antwoord daarop wordt niet altijd op een goede manier gefinancierd. Voor alle helderheid, als ik het heb over geestelijke verzorging en zingeving, denk ik niet alleen aan dominees. De Minister begon over dominees, maar het is inderdaad veel breder. Het is een belangrijk onderdeel van elk leven, ongeacht je overtuiging. Zoals op heel veel andere onderwerpen het geval is, krijgen we daar nog meer informatie over. De Minister zal daar verder mee aan de slag gaan.

Datzelfde geldt voor palliatieve zorg en palliatieve sedatie. Ook voor casemanagement dementie moet een kwaliteitskader komen.

Mijn allerlaatste vraag gaat over de mantelzorgers. De Minister omschrijft het spanningsveld mooi: wie is er om hen te ontlasten en om hun dat signaal te geven? Het regeerakkoord zegt dat er respijtzorg moet komen en dat er extra geld voor wordt uitgetrokken, maar hoe komt dat bij de mensen? Zijn daar toch al iets meer ideeën over?

Ik wens de Minister wijsheid toe bij alle draadjes die nu zijn opgepikt en die we later nog gaan bespreken.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de heer Van der Staaij.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn beantwoording.

Ik wil het in mijn tweede termijn niet over dominees hebben, maar alleen over zorgwerkers. Ik wil nog wel een heel concreet punt maken over het budgetplafond bij de palliatieve zorg. Ik vraag de Minister om echt even goed te kijken naar de tekst van de motie die in september brede steun had, omdat toch elke keer weer de neiging is om binnen het systeem te proberen de knelpunten aan te pakken, terwijl de Kamer dat keer op keer onbevredigend vond en zei: juist bij de palliatieve zorg zouden we daar echt van af moeten. Ik ben dus heel benieuwd naar de nadere reactie van de Minister op dat punt.

Over een aantal hardnekkige problemen, zoals de vijfminutenregistratie, spreek ik tot slot een wens uit, waarover ik het ook met mevrouw Agema had. Terugkijkend kom je bijvoorbeeld tegen dat Staatssecretaris Bussemaker in 2009 zei dat het afgelopen moest zijn met die minutenregistratie, dus dat loopt al zo ontzettend lang. Ik zou het een uitdaging voor deze Minister vinden om op een aantal thema's waarover achtereenvolgende kabinetten spraken, echt een slag te slaan, zodat het zo goed geregeld is dat er niet meer over gesproken hoeft te worden. Dat zou toch fantastisch zijn?

De voorzitter:

Mooie wensen. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Inderdaad hadden meneer Van der Staaij en ik het erover dat we allebei behoorlijk lang in deze commissie vertegenwoordigd zijn en dat er steeds onderwerpen in kringetjes terug blijven komen. Een nieuwe Kamer windt zich dan opnieuw op over dezelfde dingen, zoals de casemanager dementie, die nota bene de crisis heeft overleefd. Kamerbreed willen we die, maar toch blijft dat iedere keer niet goed geregeld. Er zijn iedere keer nieuwe Kamerleden die moties indienen en nieuwe bewindspersonen die heel veel goede voornemens hebben om het nou eens goed te gaan regelen, maar iedere keer zien we dat dit niet gebeurt.

Hetzelfde geldt voor die vijfminutenregistraties. Dat gaat inderdaad terug tot toen het systeem ingesteld werd. Dan wordt er gezegd dat we toch integrale bekostiging hebben, maar de verzekeraar vraagt nog steeds een vijfminutenregistratie uit. Dan hebben we weer een nieuwe Minister die heel gemotiveerd is om dat te doorbreken. De hele Kamer wil dat ook, terwijl deze commissie bekend staat om haar heftige debatten, maar we zijn het hierover niet met elkaar oneens.

We willen allemaal af van die vijfminutenregistratie. We kennen allemaal de grote gemene deler. We weten wat het macrobudget is, hoeveel uur er geleverd is en hoeveel patiënten er geweest zijn, dus we weten hoe groot de pakketjes zijn die overgemaakt zouden moeten worden naar de aanbieders, maar toch gebeurt het niet. En misschien is de vraag waarom de verzekeraars altijd met registratie komen als controlemechanisme.

Waarom versterken we niet de inspectie om te controleren of die geldpakketjes goed besteed zijn?

De palliatieve terminale zorg is al een probleem sinds 2015, sinds de overheveling van de wijkverpleging of de wijkziekenverzorging naar de Zorgverzekeringswet; het kijken met de geldbril...

De voorzitter:

Wilt u afronden, mevrouw Agema?

Mevrouw Agema (PVV):

Toch zien we weer 35 signalen. Stervende mensen worden signalen genoemd. De hele Kamer wil dat niet. De hele Kamer wil dat mensen kunnen kiezen waar zij willen sterven; hetzij thuis, hetzij in het ziekenhuis of in een hospice. We zitten weer in een kringetje en er gebeurt niks.

Voorzitter. Mijn cri du coeur is om die dingen waarover de hele Kamer het unaniem eens is, alstublieft in deze regeerperiode structureel op te lossen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan nu de reactie van de Minister. Ik vraag aan de Kamerleden om de interrupties te beperken en kort te houden, want we hebben nog tien hele minuten.

Minister De Jonge:

Voorzitter. Eigenlijk hebben we nog maar negen minuten, dus ik ga rap van start en ik ga niet memoreren welke toezeggingen er al zijn gedaan, waarvan jullie hebben gezegd blij te zijn dat zij zijn toegezegd. Dat doe ik niet, omwille van de tijd. Ik ga alleen nog in op de openstaande vragen. De eerste vraag is wanneer ik met de brief over de ongecontracteerde zorg kom. Ik hoop dat we ergens in april dat hoofdlijnenakkoord kunnen sluiten, of misschien een maand later. Ik denk dat ik er in maart-april uit moet zijn, wat die spade dieper dan tot dat moment heeft opgeleverd en welke opties er zijn om aan knoppen te draaien om iets te doen aan het ongewenste deel van de ongecontracteerde zorg. Eind maart-begin april hoop ik met een brief aan de Kamer te komen. Dat is wel een heel strakke planning, maar met alle aanmoedigingen die zojuist zijn uitgesproken, denk ik wel dat wij heel hard kunnen werken. Zo is het ook. Wij gaan het gewoon doen.

Ten tweede is gevraagd door GroenLinks naar het verlengen van het actieplan dementie. Dat had u inderdaad impliciet goed begrepen. Dat moeten we gewoon doen, denk ik, want we zijn nog niet klaar. We staan eigenlijk nog maar aan het begin. Er is ook gevraagd of het praktijkteam kan worden ingezet bij schottenzaken. Ja, het praktijkteam is bezig met dat type vragen over zorg op de juiste plek. Over meerjarencontracten werd volgens mij meer een bevestiging gevraagd. Ja. Over geestelijke verzorging wordt gevraagd om de voorlichting vanuit VWS in ieder geval goed te laten zijn. Die aanmoediging neem ik graag mee, ook in het licht van de vrij uitvoerige discussie die we daarover hebben gehad.

D66 vraagt wanneer zij iets meer hoort over casemanagement, zodat zij daar iets meer zicht op krijgt. Ik denk dat dit bij de inkoopmonitor zal moeten zijn, die op 1 april komt. Tegen de zomer komt er nog nadere informatie waar de NZa nu achteraan gaat; over wachtlijsten bij casemanagement. Ik verwacht u dus in twee stappen voor de zomer te kunnen informeren.

Over dat pamflet heb ik net toegezegd dat ik daar heel serieus naar ga kijken. Dan wilt u weten wanneer ik daar bij de Kamer op terugkom, en u heeft gelijk. Om mezelf enige ruimte te gunnen zeg ik dat ik er in april op terugkom bij de Kamer. Ik denk dat ik het bij een andere brief zal voegen, om het op een handige manier in te passen.

Er is gevraagd of ik bereid ben om te overleggen over het knelpunt verpleegkundige topzorg. Daar ben ik altijd toe bereid, dus ook in dit geval, maar in het algemeen geldt dat het aan verzekeraars en aanbieders is om een dekkend tarief overeen te komen. Er gelden maximumtarieven die door de NZa worden vastgesteld. Als het niet passend is binnen dat integrale tarief, dan zijn er vaak andere zorgvormen die zo lekker passen binnen dat integrale tarief dat op het niveau van de instelling zelf een gat bij het een door het ander kan worden dichtgelopen.

Werken met een integraal tarief veronderstelt ook dat je daarmee uitkomt. Als de dingen die duurder zijn dan dat integrale tarief vervolgens aanvullend in rekening moeten worden gebracht, heb je de facto geen integraal tarief meer. Dat maakt wel dat ik mij op voorhand niet heel erg kan mengen in die discussie, maar ik wil wel vragen aan de NZa om even na te gaan wat hier eigenlijk speelt. U zegt dat uw zorg is dat de zorg helemaal niet meer passend gemaakt kan worden binnen dat integrale

tarief, en dat zou u jammer vinden. Met die boodschap ga ik die vraag even voorleggen aan de NZa.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik had ook nog een vraag gesteld over de sociale benadering, over de uitvoering van de motie en de pilots. Ik vind het prima als de Minister daar op een ander moment op terugkomt, maar ik vroeg me af hoe het staat met de uitvoering. In Leeuwarden is men daarmee bezig. We hadden ook een verzoek om uit te breiden naar meer gemeentes, om daarvan te leren. Kan de Minister daar in een afzonderlijke brief op terugkomen?

Minister **De Jonge**:

Ik heb volgens mij toegezegd aan mevrouw Ellemeet om daar bij het programma Langer Thuis op terug te komen. Dat is gelukkig niet het enige goede voorbeeld. Het hangt samen met het inrichten van het stelsel over de domeinen heen, door de gemeenten en zorgverzekeraars als financiers van die zorg. Dat geeft aanleiding tot het kiezen van een veel socialere benadering van dementie, waarbij ondersteuning van mantelzorg uit de gemeentelijke zorg en casemanagement dementie, als zorg in het kader van de Zorgverzekering, bij elkaar komen. Bij het programma Langer Thuis kom ik er graag op terug hoe dat te stimuleren en hoe daarvan te leren.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat is prima, maar laten we het niet te algemeen doen. Dit was een motie die Kamerbreed is aangenomen, dus ik wil dit wel herkennen in het stuk.

Minister **De Jonge**:

Daar ga ik voor zorgen. Dat komt goed. Met de afzender erbij, onderstreept, in een ander kleurtje. Komt goed.

Dan ga ik naar de vragen van het CDA. Het CDA heeft gevraagd naar nachtzorg en intensieve kindzorg. Kunnen we daar ook de vinger aan de pols houden? Ik heb de neiging om te zeggen dat we wachtlijsten heel precies in de gaten moeten houden, als het ook echt speelt of als er echte zorg is. Voor de rest moeten we het stelsel even zijn werk laten doen. Ik heb geen aanleiding om te denken dat er daadwerkelijk zorg is op deze punten, maar laat ik dat voor de zekerheid nog even nagaan. We weten het heel precies voor casemanagement dementie.

Bij signalen dat er bij de wijkverpleging onvoldoende gecontracteerd was, zijn we dat altijd nagegaan bij de NZa. Daarom weten we dat de vraag niet zozeer is of er afdoende wordt gecontracteerd, maar dat er ook allerlei andere vraagstukken kunnen zijn, zoals personeelstekort of wat dan ook. Of dat speelt bij de genoemde onderwerpen zal ik nagaan. Als het antwoord is dat we daarover nooit signalen krijgen, dan zou ik willen voorstellen om niet allerlei monitoringssystematieken op te tuigen, want dan maken we vooral Excel heel gelukkig.

Dan de accountants. Het is inderdaad zo dat accountantscontrole tot administratieve lasten kan leiden. Absoluut. Maar vaak is het wel zo dat er in de contractering aanleiding toe is gegeven. Als er doelstellingen of prestatievereisten worden afgesproken die je alleen maar kunt controleren door heel erg te turven, moet je het de accountant niet kwalijk nemen dat hij daarnaar vraagt, want dat had je zelf afgesproken. We kunnen altijd mopperen op accountants. Dat kan altijd. Het lucht ook heel erg op om dat te doen, maar het komt niet altijd door de accountants zelf dat zij zo op dat geturf moeten letten.

Ja, we moeten hen betrekken bij het verminderen van de administratieve lasten, al was het maar omdat zij in onze contracten kunnen aanwijzen waar andere afspraken moeten worden gemaakt om een relaxter controleregime te hebben. Volgens mij is het een goede suggestie om

accountants inderdaad te betrekken bij het verminderen van de administratieve lasten.

Klopt het dat de casemanager wegvalt? Nee, dat geldt echt als overbruggingszorg. Je kunt de casemanager gewoon voortzetten tot het moment van opname. Daar zit wel een grens aan, maar die heeft ermee te maken of je heel lang moet wachten op het verpleeghuis wat jouw specifieke voorkeur heeft. Dan kan er weleens overbruggingsingewikkeldheid in zitten, maar ook dat is vrijwel altijd oplosbaar. In beginsel kan je gewoon nog even door met je casemanager dementie.

Op de vraag of die indicatie ook door mbo'ers is vast te stellen is het antwoord nee. Er geldt een hbo-eis bij de indicatiestelling, omdat je het hele systeem moet kunnen overzien.

Mevrouw Dijksma onderstreept nog maar eens waarom het inderdaad belangrijk is om dat kwaliteitskader te blijven volgen. Zij zegt dat de Minister ook verantwoordelijk is voor het stelsel, dus als het kwaliteitskader maar niet geboren wordt, moet je er zelf achteraan. Dat begrijp ik wel, maar ik ben ook een beetje terughoudend om nu al de broedende kip door elkaar te schudden. Mij wordt verteld dat het kwaliteitskader eind maart, begin april te verwachten is en dat het zelfs per 1 april zou kunnen worden ingeschreven. Dat is de verwachting die wordt uitgesproken. Er is vooralsnog geen reden om daaraan te twifelen, maar het is ook waar dat zij nog niet klaar zijn. Ik wacht het even af en ik zie uw opmerking als een aanmoediging om als het niet snel genoeg gaat, wel degelijk die stap naar voren te zetten en dat zal ik dan ook doen.

De CU vraagt of ik eigenlijk al ideeën heb over het verder stimuleren van de respijtzorg. Er is een bedrag voor genoemd in het regeerakkoord. Het is moeilijk om dat bedrag aan respijtzorg op te maken. Omdat respijtzorg breder is en al in de financiering van de Wmo zit, gaan er al een aantal miljarden naar de gemeenten. Zij hebben daarvoor een wettelijke opdracht en een van die opdrachten betreft respijtzorg. Tegelijkertijd is het aanbod vaak te smal en zeker niet toegankelijk genoeg, omdat onbekend is dat dit een mogelijkheid is. Ik ben geneigd om te denken dat het aanbod moet worden doorontwikkeld in de breedte en beter bekend moet worden gemaakt. Volgens mij moet het daarover gaan bij de middelen in het regeerakkoord, maar ik kom daar graag op terug bij de Kamer.

De heer Van der Staaij deed de oproep om nog wat preciezer te kijken naar de motie van destijds. Volgens mij was de strekking daarvan: zorg dat er geen budgetplafond geldt voor palliatieve zorg. Dat was een vrij heldere boodschap. Nou is het zo dat er wordt ingekocht met budgetplafonds. Palliatieve zorg wordt vaak ook gewoon door de wijkverpleging gegeven. Die organisaties voor wijkverpleging hebben vaak in hun contract wel een budgetplafond staan. Tegelijkertijd geldt dat budgetplafond eigenlijk niet voor de palliatieve zorg zelf, omdat er altijd kan en moet worden bijgecontracteerd en een vorm van doorleverplicht geldt voor aanbieders.

Ik kom hier meer precies op terug, omdat naar ik meen bij de NZa de vraag uitstaat om na te gaan in welke mate die budgetplafonds worden gehanteerd en in welke mate zij belemmerend zijn. In welke mate is het belemmerend dat er een budgetplafond geldt voor een aanbieder van wijkverpleging, als tegelijkertijd contractueel de afspraak is gemaakt dat er op palliatieve zorg nooit een rem hoeft te zitten? Ik moet dat nog nagaan en ik kom daarop terug in die brief waarin ik al die moties die raken aan palliatieve zorg, en de andere vragen die daar vandaag aan toe zijn gevoegd, wil gaan beantwoorden. De boodschap van de motie is helder. De heer Van der Staaij eindigt met een verzuchting om de discussies die we nu al jaren hebben, eindelijk eens af te ronden. Mevrouw Agema pakte dat eigenlijk heel soepel over. Daaraan kun je toch zien dat u al jaren met elkaar samenwerkt. Zij pakte dat heel soepel over in een *cri du cœur* – en dat vond ik wel een heel chique benaming ervan – om de discussies die we al jaren hebben in deze commissie eindelijk eens af te ronden. Voordat

ik aan deze prachtige baan mocht beginnen, was ik gewaarschuwd voor de zorgcommissie en de heftigheid van de debatten. Eerlijk gezegd heb ik daar tot op heden nog niets van gemerkt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zou meneer Nijboer toch willen memoreren.

Minister **De Jonge**:

Ik vind dat u behoorlijk eensluidend bent. Ook vandaag is de boodschap weer behoorlijk helder en eensluidend. Ik zou niets liever doen dan u toezeggen dat we die discussies die u al jaren voert, waar ik overigens niet bij was, zo snel mogelijk gaan beslechten. Tegelijkertijd weet ik ook dat de werkelijkheid dusdanig weerbarstig is dat ik deze geweld aan zou doen als ik u echt zou beloven om alles voor de zomer, als de lente voorbij is, opgelost te hebben. U kunt er van mij op aan dat ik met de toezeggingen en de opdrachten die u mij vandaag weer hebt gegeven, heel hard aan de slag ga. Aan mij zal het niet liggen.

De **voorzitter**:

Mooi. Ik stel voor dat wij even de toezeggingen doorlopen, dan weten we dat en hebben we dat allebei scherp.

- De Kamer ontvangt de stand-van-zakenbrief over de uitvoering van de moties over palliatieve zorg en over de duiding van 24 uurszorg, geestelijke verzorging, toename palliatieve sedatie en budgetplafond.
- In april ontvangt de Kamer de inkoopmonitor wijkverpleging, waar onder andere casemanagement dementie bij zit.
- De Kamer ontvangt het Programma Langer Thuis, waarin wordt ingegaan op het aanbod casemanagement en de sociale dimensie daarbij. Is er enig zicht op wanneer dat ongeveer komt?

Minister **De Jonge**:

In het tweede kwartaal.

De **voorzitter**:

Het tweede kwartaal. Mooi, dan hebben we dat ook.

- De Kamer wordt een ontwerp van een nieuw bekostigingssysteem wijkverpleging toegezonden. Is daar al een datum of termijn voor? De NZa is daarmee bezig, en dat volgt ooit.

Minister **De Jonge**:

Dit jaar.

De **voorzitter**:

Dat is een ruim begrip.

- De Kamer ontvangt eind maart, begin april een brief over de resultaten van onderzoek naar de achtergronden van de zorgvraag bij niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en over de toepassing van beleidsopties ter zake bij het hoofdlijnenakkoord.
 - In april ontvangt de Kamer een brief over de aanpak van de regeldruk.
 - Half maart komt er een brief over de aanpak van de arbeidsmarkt.
 - In de zomer komt er informatie over de wachttijden bij casemanagement dementie.
 - De Kamer wordt nader bericht over de invulling van de respijtzorg.
- Dan hebben we alles.

Minister **De Jonge**:

De respijtzorg zal ik doen bij het Programma Langer Thuis, dus daarover komt geen aparte brief.

De **voorzitter**:

Prima, dan wil ik iedereen heel hartelijk danken die aan het debat heeft deelgenomen en de mensen op de tribune voor hun geduld.

Sluiting 13.07 uur.