

Vergaderjaar 2019–2020

**23 235**

## **Thuiszorg en wijkverpleging**

**Nr. 185**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 11 oktober 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 september 2019 overleg gevoerd met de heer De Jonge, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2018 inzake afschaffen minutenregistratie wijkverpleging (Kamerstuk 29 515, nr. 434);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 februari 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Kerstens, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 30 januari 2019, over het bericht dat zorgverzekeraars 190 miljoen euro onbenut laten voor de wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 959);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 februari 2019 inzake antwoorden op vragen over rapportages inzake contractering wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 962);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2018 inzake rapportages inzake contractering wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 943);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 maart 2019 inzake NZa-rapport «Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden» (Kamerstuk 32 620, nr. 223);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 maart 2019 inzake voortgangsrapportage bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 964);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 mei 2019 inzake bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging (Kamerstukken 23 235 en 29 689, nr. 181);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2019 inzake monitor zorginkoop wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 984);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake beantwoording op vragen commissie over de monitor zorginkoop wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 1017);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake het bericht: Jos de Blok: «VWS-plannen wijkverpleging werken averechts» – Zorgvisie.nl van 17 mei 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 996);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 juni 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Kerstens, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 juni 2019, over het bericht «NZa-cijfers duiden op onvoldoende OVA-compensatie» (Kamerstuk 29 689, nr. 997);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juli 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Brenk, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 5 maart 2019, over de marktwerking in de zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 428);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 september 2019 inzake stand van zaken wijkverpleging (Kamerstuk 23 235, nr. 183);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 september 2019 inzake contractering in de wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 1022);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 september 2019 inzake verdiepend onderzoek naar redenen van niet contracteren in de wijkverpleging (Kamerstuk 23 235, nr. 184).

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Van Otterloo**  
**Griffier: Krijger**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bergkamp, Ellemeet, Hermans, Hijink, Kerstens, Van Kooten-Arissen, Van Otterloo, Sazias en Slootweg,

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

Aanvang 14.36 uur.

**De voorzitter:**

Met enige vertraging open ik deze vergadering, want de Minister trof een blokkade buiten de zaal. Die was slechts van de media en niet van andere partijen. Ik open dit algemeen overleg van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake de wijkverpleging. Ik heet iedereen op de publieke tribune en thuis van harte welkom. Elke fractie heeft vier minuten spreektijd. Daar proberen we toch stringent de hand aan te houden, want anders denk ik dat we hier na drie uur nog steeds zitten te discussiëren. In reactie op wat buiten de microfoon wordt gezegd: ja, na drie uur 's nachts! Er hebben mij inlichtingen bereikt over deze commissie dat het nog weleens lang wil duren.

**Minister De Jonge:**

Dat komt altijd door mij. Dat hebben we hier zo afgesproken. Uiteindelijk ben ik overal de schuld van.

**De voorzitter:**

Nee, ik heb nog niemand de schuld gegeven.

**Minister De Jonge:**

Ik zag een paar mensen wijzen.

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Van Kooten-Arissen namens de gelijknamige fractie.

**Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):**

Voorzitter, dank u wel. Omdat ik als laatste binnenkwam, hebben we afgesproken dat mevrouw Ellemeet begint. Ik sluit af.

**De voorzitter:**

Dan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dank u wel, voorzitter. We hebben wijkverpleegkundigen keihard nodig. Dat is wat iedereen tegen mij zei die ik ook weer de afgelopen weken sprak over de wijkverpleging. Daar hebben zij natuurlijk gelijk in: we hebben ze keihard nodig. Dat is om twee redenen. Aan de ene kant hebben we de vergrijzing. Steeds meer mensen worden oud, wonen langer thuis en moeten verzorgd worden door de wijkverpleegkundigen. Aan de andere kant zien we allemaal problemen als het gaat om personeel. Er is net een rapport verschenen van Ernst & Young waaruit blijkt dat het ziekteverzuim in de ouderenzorg heel hoog ligt en het verloop zelfs extreem hoog. We staan voor een enorm grote opgave. Ik neem aan dat de Minister die urgentie ook voelt. Hij heeft zich al een aantal malen uitgelaten over de wijkverpleging. Hij gebruikte grote woorden, die ook behoorlijk ideologisch waren. Ik zou het toch ietsje pragmatischer willen aanvliegen. Ik denk dat de Minister een aantal rake dingen zegt en heeft gezegd, maar ik mis wel een deel van de probleem-

analyse. Eerlijk gezegd denk ik dat we alleen tot een goede oplossing kunnen komen als onze probleemanalyse ook klopt. Wil je die probleemanalyse goed kunnen maken, dan zul je in gesprek moeten gaan met die wijkverpleegkundigen zelf. Daar wil ik mee beginnen, want ik heb dat natuurlijk ook gedaan de afgelopen tijd.

Wat zegt nu de wijkverpleging zelf over hoe zij hun werk willen invullen? Ze zeggen een aantal dingen. Ze zeggen van zichzelf – ik denk dat ze daar gelijk in hebben – dat zij de spil in de wijk kunnen zijn omdat zij de contacten hebben met de huisarts en de ziekenhuizen, maar zeker ook met de wijkteams, zodat ze ook veel contacten hebben met het sociaal domein. Ze kunnen goed in gesprek gaan met de mantelzorgers. Dat is natuurlijk ook een hele belangrijke groep als het gaat om zorg thuis. Zij zeggen: wij kunnen die rol vervullen, we hebben die kennis in huis, samen met de specialist ouderengeneeskunde natuurlijk, en we kunnen ook verergering en daarmee onnodige kosten voorkomen. Ze geven tegelijkertijd aan dat ze daar wel een passend tarief voor nodig hebben en dat ze hun werk alleen kunnen doen als daar ook voldoende bekostiging voor is. Dan komen ze al snel in de knel. Het blijkt uit allerlei cijfers dat de tariefstijgingen de afgelopen jaren lager liggen dan de prijsindexatiecijfers van de Zorgautoriteit. Dus die tarieven knellen vaak. De ova wordt niet optimaal gebruikt, waardoor ze die preventieve rol maar zeer beperkt kunnen invullen. Veel wijkverpleegkundigen raken daardoor gefrustreerd, beginnen voor zichzelf, willen niet onder dat contract werken. De rest van het verhaal kent de Minister ook.

Ik heb daarover een aantal vragen aan de Minister. Is hij bereid om met de wijkverpleegkundigen en de zorgverzekeraars hierover met z'n drieën het gesprek te voeren? Dat gesprek moet gaan over wat de spil in de wijkfunctie zou moeten zijn, wat zij verstaan onder die brede taakopvatting en wat ervoor nodig is om dat te kunnen doen.

Tevens vraag ik aan de Minister of hij bereid is om de zorgverzekeraars te vragen of zij hun tariefstijgingen ten opzichte van de ova kunnen onderbouwen. Maak maar transparant hoe die ova wordt doorgerekend in de tarieven. Graag een reactie hierop.

Ten slotte heeft de Minister het in zijn brief heel veel over de ongecontracteerde zorg. Ik erken dat het een probleem is, dat het onwenselijk is. Maar het probleem ligt niet alleen bij de ongecontracteerde zorg, maar ook bij de gecontracteerde zorg. Ik denk dat we naar allebei moeten kijken. Ik mis die aandacht in de brief van de Minister. Dus graag ook hier een reactie op. Erkent hij dat er ook een probleem ligt bij de contracten?

Dan nog een ander punt. Willen we de wijkverpleging tot zijn recht laten komen, dan zullen we echt die professionals in positie moeten brengen. Er moet ook met hen gesproken worden over die contracten. Is de Minister dat met GroenLinks eens? Zet die wijkverpleegkundige zelf aan tafel in de gesprekken over de contracten. Ook als het gaat over besluiten die in grote zorgorganisaties worden genomen: beslis nou niet zonder de wijkverpleegkundige er ook bij te betrekken. Is de Minister bereid om ook grote zorgaanbieders daarop aan te spreken?

Voorzitter. Ik rond af en kom bij mijn allerlaatste punt. Dat gaat over de eerstelijnsverblijfcoördinatiepunten. Het kan voor de wijkverpleegkundige enorm schelen in werkdruk als die goed functioneren. Ik heb een prachtig voorbeeld gehoord uit de kop van Noord-Holland, waar ze hulpbedden.nl hebben, een onafhankelijk triagepunt. En alsnog wordt dit mooie voorbeeld niet gefinancierd door de zorgverzekeraars. Dat zou gewoon niet meer zo moeten zijn. We hebben hier al heel vaak gesproken over die coördinatiepunten en met elkaar afgesproken dat die gefinancierd moeten worden. Zorgverzekeraars doen dat soms wel, soms niet. Ik verwacht van de Minister dat hij hier echt daadkrachtig in optreedt en zegt: klaar nu, we gaan het gewoon financieren.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan ... Sorry, mevrouw Bergkamp van D66 heeft eerst nog een vraag.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Mevrouw Ellemeet gaf aan en erkende dat er een probleem is met de ongecontracteerde zorg. Ik denk dat ze daarmee het toezicht op kwaliteit en volume bedoelt. Maar is mevrouw Ellemeet het eens met D66 dat er nu wel een behoefte is aan ongecontracteerde zorg en dat die zorg mensen een stuk keuzevrijheid geeft? Hoe denkt de fractie van GroenLinks over dit vraagstuk?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wat ik vooral heb geprobeerd te doen, is juist de extreme nadruk die de Minister op de problemen rondom de ongecontracteerde zorg legt, wat te relativieren. Ik denk dat we breder moeten kijken naar problemen rond contractering. Keuzevrijheid is ontzettend belangrijk; je wil altijd dat een patiënt kan kiezen. Maar wat je natuurlijk het liefste wil, is dat een contract aantrekkelijk is voor beide partijen. Zo zou het moeten zijn. Je wil dat het en voor de wijkverpleging aantrekkelijk is om het contract te sluiten en dat de verzekeraars ermee uit de voeten kunnen. En dan alsnog wil je dat een patiënt kan kiezen voor zorgaanbieder A of B. Ik denk niet dat keuzevrijheid in absolute zin het enige is waar het om draait. Dat kun je in zekere mate misschien wel beperken. Maar het gaat erom dat beide partijen zich goed voelen bij het contract dat gesloten wordt. En dat is nu niet zo. Dat is een deel van de probleemanalyse, die ik bij de Minister mis. Laten we ook kritisch kijken naar de contracten die nu gesloten worden en naar de onvrede die wijkverpleegkundigen daarbij hebben.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel. Ik deel dat helemaal en mis dat ook in de beschouwing van de Minister. Het lijkt me inderdaad heel goed om te kijken hoe een contract aantrekkelijker gemaakt kan worden. Maar ik wil nog even helderheid over de vraag of GroenLinks het wel van belang vindt dat ongecontracteerde zorg blijft bestaan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het heel belangrijk dat er altijd die mogelijkheid is voor zorgaanbieders die zich helemaal niet kunnen vinden in het contract en die geen andere weg zien dan het op een andere manier te organiseren, dus zonder contract te werken. Maar dat neemt niet weg dat we ook met zijn allen kunnen vaststellen dat niemand gebaat is bij extreme versnippering. Dus laten we de problemen rondom de contractering zo veel mogelijk oplossen, zodat iedereen daar tevreden over is. Dan zal het probleem rond de ongecontracteerde zorg ook een stuk kleiner zijn of misschien wel helemaal oplossen.

**De voorzitter:**

Dan is nu het woord aan mevrouw Hermans, VVD.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Wijkverpleging is van groot belang voor mensen die thuis zorg nodig hebben. Het kan helpen om langer thuis te kunnen blijven wonen of om een ziekenhuisbezoek uit te stellen of het liefste zelfs te voorkomen, en zo een goede kwaliteit van leven te behouden. Heel erg belangrijk dus en we hebben de wijkverpleegkundigen dan ook keihard nodig, zoals mevrouw Ellemeet al zei.

Er moeten ook dingen anders in de wijkverpleging. De Minister heeft daar heel veel richtingen voor geschetst. De ambitie van verandering deelt de VVD-fractie met de Minister, want er gaan helaas dingen niet goed. Het

arbeidsmarktvragestuk dwingt ons ook om kritisch te blijven nadenken. Voor de duidelijkheid: als ik zeg dat er dingen anders moeten, dan zit dat wat de VVD-fractie betreft echt in de manier waarop we dingen organiseren. Want ik wil echt niks afdoen aan het goede en harde werk dat wijkverpleegkundigen 24 uur per dag, 7 dagen per week leveren. Juist voor hen, en natuurlijk in de eerste plaats voor al die mensen die thuiszorg nodig hebben, nu en in de toekomst, moeten we een aantal stappen zetten. Dat betekent dat we strenger moeten worden in wie er een wijkverplegingsorganisatie kan starten. Hoe gaan we ervoor zorgen dat het maken van afspraken tussen de verzekeraar en een aanbieder van wijkverpleging normaal is? Hoe halen we die gekke prikkel dat meer zorg leveren loont uit de financiering? En hoe zorgen we ervoor dat er in de financiering ruimte komt voor het voorkómen van zorg? Het voorbeeld in Noord-Holland waar mevrouw Ellemeet aan refereerde, heb ik zelf ook gezien. Ik heb daar mensen gesproken, en daar zie je ook die hele goede effecten van investeren aan de voorkant. Voorzitter...

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb een vraag over het punt dat mevrouw Hermans maakt over de nieuwe toetreders. Zij zegt dat daar strenger op geselecteerd moet worden. Ik ben wel benieuwd hoe zij dat voor zich ziet. Gaat het dan om een bepaalde omzet die organisaties moeten hebben? Gaat het om kwaliteitseisen? Gaat het om besturen, of om het aantal mensen dat in dienst is? Wat voor eisen heeft zij dan in gedachten? En wat is volgens de VVD dan de maatstaf om te bepalen of een organisatie wel of niet in aanmerking komt of een vergunning moet krijgen om wijkverpleging te kunnen leveren?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voor de VVD zit hierachter dat wij de Wtza graag snel willen behandelen. Dat is volgens mij ook een lang gekoesterde wens van de SP. Dat begrijp ik ook heel erg goed. Daar zit een aantal elementen in, maar wat de VVD-fractie betreft – daar zal ik in de rest van mijn betoog ook op ingaan – begint het allemaal met kwaliteit en met goed en helder voor ogen hebben wat nou kwaliteit van wijkverpleging is. Wat mag je ervan verwachten als iemand bij jou thuis zorg komt leveren? Als we dat scherp hebben aan de voorkant, als we dat weten met elkaar, dan weten we namelijk ook waar de inspectie, de Zorgautoriteit en ook de verzekeraar een organisatie aan kunnen toetsen bij het maken van afspraken en bij het afgeven van een vergunning. Met die nieuwe wet ben je natuurlijk ook verplicht om je te melden. Die kwaliteit gaat natuurlijk verder dan alleen kwaliteit van zorg. Het gaat ook over hoe je je bestuur, je organisatie, hebt ingericht en hoe de betrokkenheid van de mensen die daar werken is georganiseerd. Het gaat voor mij dus wel om kwaliteit in de breedste zin des woords.

De heer **Hijink** (SP):

Ik ben het daar in grote lijnen eigenlijk wel mee eens. Het punt is alleen dat de Wtza zoals die er nu ligt deze vragen feitelijk niet beantwoordt. Die vergunningplicht geldt niet voor de kleinste aanbieders, dus die kunnen we op dat front eigenlijk helemaal niet toetsen. Mijn vraag is dus: moeten we op dat vlak niet meer doen, niet zozeer vandaag, maar misschien wel straks, bij de behandeling van de Wtza? Moeten wij bepaalde kwaliteitseisen, bepaalde eisen als het gaat om het garanderen van de continuïteit van zorg, niet veel scherper in die wet opnemen, juist om te voorkomen dat we een hele batterij aan kleine aanbieders krijgen? Dat is die versnippering, waar mevrouw Ellemeet het ook over had. Daar is volgens mij inderdaad niemand bij gebaat.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik denk dat de heer Hijink gelijk heeft dat de Wtza zoals die nu in de Kamer ligt nog geen antwoord geeft op een aantal problemen die in de afgelopen periode zijn ontstaan in de wijkverpleging. Volgens mij heeft de Minister een nota van wijziging aangekondigd. Mijn vraag zou zijn: wanneer kunnen we die verwachten? Volgens mij moeten we daar heel goed naar gaan kijken. We moeten kijken of al die punten die we in de afgelopen periode gezien hebben, in die nota van wijziging goed geadresseerd worden. Ik zeg daar maar gelijk bij, ook al voer ik waarschijnlijk niet meer het woord over die wet namens de VVD-fractie, dat wij wel bereid zijn om als het nodig is ook op die nota van wijziging nog stappen te zetten met elkaar als Kamer. Daar zijn wij natuurlijk toe bereid.

Voorzitter. In reactie op de heer Hijink zei ik het al: al die stappen waarover ik het net had, beginnen natuurlijk met kwaliteit. Wat is goede wijkverpleging, wat kun je van een wijkverpleegkundige verwachten? Dat staat op papier. Er is een kwaliteitskader, maar dat moet nu in de praktijk zijn plek krijgen, en we moeten ook inzicht gaan krijgen in de kwaliteit die geleverd wordt. De inhoud voor de patiënt moet dus echt boven de organisatorische vorm gaan. Als ik dan naar de stukken kijk die we van de Minister krijgen, zie ik dat in mijn ogen precies dit mis dreigt te gaan. Dat is een analyse die ik gisteren zag in een artikel van Jos de Blok, bestuurder van Buurtzorg, die heel treffend zegt: de vorm lijkt voor de inhoud te gaan. De focus lijkt te veel te liggen op het realiseren van de ambitie van één herkenbaar team in de wijk, in plaats van op de vraag wat dat herkenbare team precies gaat doen in de wijk. Wat mogen we daarvan verwachten? Want het klinkt heel mooi en in woorden wil ik het er heel graag mee eens zijn, maar wat heb je daaraan als je als patiënt niet weet wat je van dat team kunt en mag verwachten?

In diezelfde stukken van de Minister lezen we ook dat de uitvoering van de afspraken over kwaliteit en de invoering van het kwaliteitskader vertraging oplopen. Uit de brief van de Minister blijkt op geen enkele manier wat hij nu gaat doen om op dit punt een been bij te trekken. Ik stel hem die vraag dus bij dezen. En ook wil ik graag weten, hoe het nou gaat met de verdere invoering van bijvoorbeeld COPD In Beeld, of Hartwacht, twee slimme vormen van wijkverpleging, van digitale innovaties, waarbij de plek van de wijkverpleegkundige eigenlijk helemaal niet uitmaakt en de zorg toch hartstikke dichtbij is.

Voorzitter. Ik zei al even iets over het maken van afspraken tussen wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraar. Het is goed dat de inzet is dat het de norm moet zijn om afspraken te maken. Maar mijn fractie vraagt zich af of aanbieders die graag een contract zouden willen maar die er tot op heden niet goed doorkomen bij de verzekeraar, nu beter daartoe in staat zijn, sinds we het hoofdlijnenakkoord hebben gesloten en daarover afspraken hebben gemaakt.

Voorzitter. Ik heb eigenlijk nog iets over palliatieve zorg, maar gelet op de tijd ga ik dat in tweede termijn doen. Dus ter afronding nog een paar opmerkingen. Ik zei het al: steeds meer mensen hebben wijkverpleging nodig. Het aantal wijkverpleegkundigen is beperkt. Maar we zien ook misstanden – de heer Hijink refereerde daar al aan – door sommige aanbieders van wijkverpleging, en er zijn dingen die gewoon niet goed uitpakken in de praktijk van vandaag de dag. Daar moet we wat aan doen. Daar vindt de Minister de VVD ook aan zijn zijde. Maar ik wil wel – dat herhaal ik nog maar eens – de dingen in de juiste volgorde doen. Want het moet niet gaan om het realiseren van een politieke ambitie, het gaat erom – ook dat herhaal ik nog maar eens – dat we zorgen voor goede en liefdevolle zorg, nu en in de toekomst. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dan is nu het woord aan de heer Slootweg, CDA.

De heer **Slootweg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Tijdens het reces mocht ik een ochtend meelopen met Johanna, wijkverpleegkundige uit Ede. Het was een intensieve morgen voor mij, waarbij ik zag wat je allemaal moet doen als wijkverpleegkundige. Dat ging van zwachtelen en injecteren tot speciale wondverzorging. Behalve een kei in haar werk is Johanna ook iemand die echt, zeg maar, inzicht en overzicht heeft in de organiseerbaarheid van de wijkverpleging. Als we van de ene naar de andere cliënt gingen, kwamen in onze gesprekken een aantal onderwerpen aan bod. Het eerste ging over de administratieve lasten. Ook in mijn maidenspeech heb ik daarvoor aandacht gevraagd, omdat daar heel veel frustratie zit. Johanna heeft veel waardering voor de inzet van de Minister en dit kabinet voor het afschaffen van de minutenregistratie. De methode «zorgplan = planning = registratie, tenzij» is een methode ontwikkeld met wijkverpleegkundigen en accountants. Daaruit spreekt het principe van vertrouwen in de professional. Maar ze had daarbij wel een vraag. Dit is nog wel een soort systeem dat past binnen de huidige systematiek. Eigenlijk is de vraag of je nog progressie kunt maken in het verminderen van administratieve lasten als je binnen dit kader blijft werken, zoals we dat nu doen.

Dan ga ik over naar een ander punt dat toen ter sprake kwam, namelijk de MeanderGroep. Die wordt op een andere manier gefinancierd. Daarvoor is een vast bedrag per cliënt afgesproken, in plaats van de gebruikelijke vergoeding op basis van de geleverde zorg. Ik meen dat dit gelijk is met het derde model uit de brief van 14 mei. Tezelfdertijd krijgen wijkverpleegkundigen daardoor ruimte om in overleg met de cliënt het zorgpakket vast te stellen en daarbij meer aandacht te besteden aan zelfredzaamheid en het gebruik van technische hulpmiddelen. De resultaten zijn er. Er is een klantwaardering van 8,2, de administratieve lasten zijn flink gedaald, doordat er geen aparte prijs voor verrichtingen hoeft te worden bijgehouden, het ziekteverzuim is gedaald en daardoor is de MeanderGroep in 2017 en 2018 gekozen tot aantrekkelijkste werkgever van Limburg. De MeanderGroep werkt tegenwoordig ook samen met de gemeente Heerlen, over de schotten heen, doordat ook de Wmo betrokken wordt. De wijkverpleegkundige indiceert daardoor naast zorg ook voor huishoudelijke hulp. Maar er blijkt daar een praktisch probleem te zijn als de huishoudelijke hulp ook lichte zorgtaken wil uitvoeren. Dan zijn er diverse bezwaren. Het gaat dan om de bevoegdheid en de verdeling van financiële middelen. Klopt het dat de wetgeving verhindert dat de persoon die huishoudelijke hulp uitvoert ook lichte zorgtaken mag uitvoeren? Zitten daar wettelijke bezwaren, om met Elsschot te spreken, in de weg? Ziet de Minister ook niet dat er veel personele winst kan worden geboekt wanneer de huishoudelijke hulp ook enkele zorgtaken zou mogen uitvoeren?

Voorzitter. Johanna werkt bij een gecontracteerde zorgverlener, die alle specialistische wijkverpleegkundige zorg aanbiedt. Ze herkent de zaken waar de Minister in het dossier over ongecontracteerde zorg de nadruk op legt, namelijk dat je je in Nederland soms wel erg makkelijk zorgaanbieder kunt noemen, en dat er ongecontracteerde zorgaanbieders zijn die wel heel ruim indiceren of aan cherrypicking doen. Maar ze geeft ook aan dat de huidige afspraken het voor veel gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook niet aantrekkelijk maken om cliënten te bezoeken die bijvoorbeeld veraf wonen of waarvoor veel intensieve zorg nodig is. Bovendien wordt veel ongecontracteerde zorg aangeboden door kleine zorgaanbieders. De Minister maakt in zijn brief aan de Kamer duidelijk dat hij vaart wil maken met het wetsvoorstel om de ongecontracteerde zorg, die in 2018 fors gestegen is, aan te pakken. Maar hoe weegt hij de resultaten uit Q1-2019, waarin toch sprake lijkt te zijn van een daling? Hoe kijkt hij aan tegen het feit dat een belangrijke reden die zorgverzekeraars aangeven waarom er geen contract wordt aangegaan, is dat ze niet voldoen aan de eis van een minimumomzet? Daarnaast noemen



zorgaanbieders administratieve lasten als reden om geen contract aan te gaan. Hoe weegt de Minister dit alles?

Ten slotte. Johanna ervaart een enorme werkdruk. Gelukkig is Ede een gemeente waarin er veel vrijwilligers zijn die palliatieve zorg kunnen en willen verlenen. Vrijwilligers met een schat aan ervaring in het verlenen van zorg in de kwetsbare laatste levensfase. Johanna weet deze vrijwilligers te vinden, maar geeft ook aan dat ze voldoende verhalen hoort waar dat niet het geval is. Ik beweer niet dat dit het Ei van Columbus is waardoor de schaarste aan personeel kan worden opgevangen, maar ik vind het wel belangrijk om de kracht van de samenleving te gebruiken. Heeft de Minister ideeën hoe deze vrijwilligers beter in het vizier kunnen komen van wijkverpleegkundigen en de mantelzorgers? Dank u wel, voorzitter.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kan me heel goed vinden in de analyse van de heer Slootweg. Hij geeft aan dat wijkverpleegkundigen soms ook gebukt gaan onder de contracten die wel gesloten worden met de zorgverzekeraars, dus dat daar ook een deel van het probleem ligt, wat we moeten oplossen. Is de heer Slootweg het dan ook met GroenLinks eens dat we dingen in de juiste volgorde moeten doen, dus dat het oplossen van het probleem rond de contractering kan leiden tot veel minder ongecontracteerde zorg? In plaats van aan de achterkant beginnen, wat de Minister nu lijkt te doen door de ongecontracteerde zorg onmogelijk te maken, moeten we misschien aan de voorkant beginnen.

De heer **Slootweg** (CDA):

De juiste volgorde, zeker. Dat is ook de reden waarom wij in een eerder AO hebben bepleit, ervoor te zorgen dat de zorgverzekeraars ook juist met wijkverpleegkundigen die een heel speciale groep goed kunnen bedienen een contract afsluiten. Dat vinden wij heel belangrijk. Dus begin als zorgverzekeraar om dat diverse aanbod gewoon te doen. Ik weet niet of ik het helemaal eens ben met de analyse dat de Minister alleen maar aan de achterkant begint. Want volgens mij zijn er ook afspraken over gemaakt. Daarom vond ik die resultaten van het eerste kwartaal van 2019 eigenlijk best bemoedigend. Daarom vroeg ik ook waarom er toch zo'n vaart wordt gemaakt met dit wetsvoorstel. Wij erkennen dus echt dat er een probleem is met de grote hoeveelheid ongecontracteerde zorg, wat je in eerste instantie inderdaad moet oplossen door een ruim aanbod te geven in de gecontracteerde zorg. Ik denk dat dit eigenlijk al best vruchten begint af te werpen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat is goed om te horen. Een deel van de problemen rond de contractering betreft de hoogte van het tarief. Wat kan je voor dat tarief nu allemaal doen? Nu blijkt ook uit onderzoek dat de ruimte die de overheid geeft om loonstijging door te rekenen in de tarieven, niet volledig wordt overgenomen door alle zorgverzekeraars. Is de heer Slootweg het dan ook met GroenLinks eens dat dit transparant gemaakt moet worden? We willen gewoon weten wat de zorgverzekeraars nu eigenlijk doorrekenen. Niet voor niets stelt het kabinet geld beschikbaar voor de lonen, dus dan willen we dat ook terugzien in de tarieven.

De heer **Slootweg** (CDA):

Het transparant maken van geld dat beschikbaar wordt gesteld, behoort tot onze taken als Kamerleden. Dat willen wij gewoon zien. Ik kan alleen niet helemaal precies overzien – dat is geen haakje naar een «maar» – wat dit allemaal betekent voor de afspraken die er zijn over concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Ik weet dat gewoon niet precies. Maar mocht

dat een blokkade zijn, dan denk ik dat we aan die kant moeten nadenken waarom dat een blokkade zou moeten zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bergkamp, D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De wijkverpleging is volop in ontwikkeling en wordt steeds meer de spil in de wijk. Wat de ongecontracteerde zorg betreft, vind ik het belangrijk om mijn zorg uit te spreken dat we in deze hele discussie de patiënt uit het oog lijken te verliezen. Die is niet bezig met de vraag of zijn zorg nu gecontracteerd of ongecontracteerd is; die wil gewoon tijdige en kwalitatieve zorg. Die patiënt raakt soms onbedoeld verstrikt in de bureaucratie. Hij moet zelf zaken voorschieten en hij moet dingen regelen. Op het moment dat je ziek bent of als mantelzorger al heel veel taken hebt, is dat gewoon geen goede en fijne situatie. Ik krijg daarop graag een reactie.

Voorzitter. Dan over de cijfers en de rapporten. Terwijl de NZa in de monitor wijkverpleging spreekt over een voortvarende aanpak van de verzekeraars, die ertoe leidt dat er in 2019 voor het eerst in jaren een daling in de kosten van ongecontracteerde zorg te verwachten is, lijkt het alsof de Minister aan de hand van het laatste Vektisrapport over 2018 moord en brand schreeuwt, ook laatst weer in een interview. We moeten oppassen dat we geen twee kampen gaan krijgen: als je gecontracteerd werkt, ben je goed; werk je ongecontracteerd, dan val je erbuiten en doe je geen goede zorg. Ik snap de motivatie van de Minister om het kaf van het koren te scheiden, maar ik denk dat we daarvoor ook slimme dingen moeten doen. Door de focus iedere keer te leggen op gecontracteerde zorg, krijg je straks dat mensen denken: nou, dan ben ik een onderaannemer. Na het interruptiedebat met GroenLinks vind ik het ook belangrijk om vast te stellen dat er echt wel winst te behalen is bij het verbeteren van de contractonderhandeling. Ik sluit me ook aan bij de opmerking over de juiste volgorde.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik heb een vraag aan mevrouw Bergkamp over de ongecontracteerde zorg. Ik deel het punt dat er nog veel winst te halen is in het vergemakkelijken voor aanbieders om een contract te sluiten. U zei ook terecht dat de patiënt moet kunnen rekenen op een kwalitatief goede wijkverpleging. Nu las ik in het stuk dat de Minister helaas gisteren pas laat naar de Kamer stuurde dat een van de redenen van aanbieders om geen contract te sluiten met een verzekeraar – dat is overigens voor de verzekeraar ook een reden – is dat de aanbieders niet kunnen en willen voldoen aan de kwaliteitseisen. Dat staat dan toch direct op gespannen voet met «de patiënt moet wel kunnen rekenen op goede en kwalitatief hoogwaardige wijkverpleging»? Hoe ziet mevrouw Bergkamp dat element in de hele discussie over wel of niet een contract afsluiten?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat is een terechte vraag. Ik sluit me aan bij de opmerking dat het irritant was om die informatie zo laat te ontvangen. Zoals ik het rapport begreep, heeft het soms ook te maken met de interpretatie en de invalshoek hoe er wordt gekeken wat kwalitatieve zorg is. Zo zag ik ook een hele discussie in het rapport ontstaan over wat nou innovatie is. Om beide partijen dichter bij elkaar te brengen, denk ik dat het belangrijk is dat je weet waar je aan moet voldoen en dat je hetzelfde begrip hebt van hoe je daaraan moet en kan voldoen. Natuurlijk moet een zorgaanbieder uiteindelijk voldoen aan de kwalitatieve eisen, maar ik vind het zonde als er een soort discussie ontstaat als «ik vind mezelf innovatief, alleen de zorgverzekeraar vindt dat niet». Dit staat nog los van het feit dat soms een omzetplafond de reden is

om niet mee te doen of dat er juist wordt gevraagd om een minimum aan omzet en dat dat de reden is om niet mee te doen. Ik denk dus dat die twee werelden beter bij elkaar kunnen worden gebracht, waardoor – als ik mevrouw Ellemeet citeer – het ongecontracteerde ook minder wordt en je toch nog de ruimte hebt voor een stuk keuzevrijheid.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Innovatie en de omzetplafonds werden als aparte redenen genoemd. Ik ben het daar helemaal mee eens. Wat is dan innovatie? Wat is dan kwaliteit? We moeten dat duidelijk hebben. Ik heb daar zo'n beetje mijn hele bijdrage aan besteed. Als je als aanbieder ervoor kiest niet te voldoen aan die kwaliteitseisen en vervolgens wel het dubbele aantal uren in rekening brengt – volgens mij zelfs het driedubbele – dan moeten we daar heel serieus naar kijken. Het voorstel van de Minister om daar iets aan te kunnen doen, zie ik eigenlijk als laatste stap, maar ik vind het wel belangrijk dat we er in ieder geval over nadenken en ervoor openstaan. Dat neemt niet weg dat al die andere dingen aan de orde moeten zijn. Tot slot zegt mevrouw Bergkamp eigenlijk steeds dat de keuzevrijheid «m zit in gecontracteerd en ongecontracteerd. Maar de keuzevrijheid en de keuzemogelijkheden worden toch georganiseerd door het maken van afspraken met verschillende aanbieders?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Het klinkt misschien raar, maar ik ben het met u eens. Ik denk dat het geen kwestie is van «of». Ik denk enerzijds dat er echt nog winst te behalen is door de twee partijen dichterbij elkaar te brengen en door duidelijk te zijn wat je van elkaar kunt verwachten, bijvoorbeeld over innovatie en andere eisen. Maar als een zorgaanbieder daar niet aan voldoet, is het logisch dat die partij niet gecontracteerd wordt. De keuzevrijheid zit «m in het gecontracteerde. Er zit ook een stukje keuzevrijheid in het ongecontracteerde. Volgens mij zijn we het daarover eens, maar het gaat ook over de aanvliegeroutes. Iedereen kan nu zomaar zorgaanbieder worden. Daarom kijken we ook zo uit naar die wet, die een soort mythe begint te worden, een soort imaginary friend. Ik denk dat het heel belangrijk is om van tevoren de eisen te stellen waaraan de zorgaanbieders moeten voldoen. Dan ga je het aan die kant repareren, ook met het doel om uiteindelijk kwalitatief goede zorg te realiseren. Volgens mij is dat ons gemeenschappelijke doel.

We krijgen ook signalen van zorgaanbieders dat zij soms van zorgverzekeraars horen dat er al voldoende zorg is ingekocht, hoewel cliënten aangeven dat er onvoldoende zorg beschikbaar is. Ergens in dat contracteerproces gaat het dus niet altijd goed. Ik krijg daarop graag een reactie van de Minister. Ook begrepen wij dat verpleegkundigen van de niet-gecontracteerde groep, om het zo te zeggen, bij het afgeven van de indicatie het volledige zorgplan naar de zorgverzekeraar moeten sturen. Hoe verhoudt zich dat met het medisch beroepsgeheim en de privacy? Voorzitter. Dan het eerstelijnsverblijf: een kortdurend verblijf in een zorginstelling als iemand tijdelijk niet thuis kan wonen, omdat de mantelzorger omvalt of omdat iemand na een ziekenhuisopname moet herstellen. Klopt het dat het elv zowel kan vallen onder het kwaliteitskader van de wijkverpleging als onder het kwaliteitskader van de verpleeghuiszorg? Klopt het dat er plannen zijn om een apart kwaliteitskader voor het elv te ontwikkelen, waarin eigenlijk minder zorg wordt geleverd? Mij bereiken steeds meer signalen dat de kwaliteit van het elv steeds minder wordt, omdat het lastig is door de krapte op de arbeidsmarkt maar ook omdat het wordt gezien als iets om juist op te bezuinigen. Kijkend naar de cliënten om wie het gaat – het gaat vaak over zware zorg – lijkt me dat absoluut niet de bedoeling. Ik maak mij daar zorgen over.

Voorzitter. De Minister heeft in een interview aangegeven het liefst één wijkteam van verpleegkundigen in de wijk te hebben. We weten dat de

pilot in Utrecht van Zilveren Kruis niet goed is gegaan en niet goed is afgelopen. Ik hoor graag de reflectie van de Minister daarop. Ik zie ook dat er wel goede ervaringen zijn bij Zilveren Kruis om met minder aanbieders te werken. Dat is wel degelijk mogelijk. Mijn vraag aan de Minister is: welke dingen die hij wil, zijn nu niet mogelijk als gevolg van de marktwerking? Wij zijn een pragmatische partij. We kunnen hier ideologisch en filosofisch de hele middag mee vullen, maar ik ben gewoon heel benieuwd wat de Minister wil wat nu niet kan als gevolg van de marktwerking.

Voorzitter. Dan het Medische Kindzorgsysteem. In het verleden hadden we een apart AO over de intensieve kindzorg. Dat hebben we helaas niet meer. Ik vraag de Minister om een aparte brief te schrijven over kinderen, over de intensieve kindzorg en het Medische Kindzorgsysteem. Kinderen zijn natuurlijk geen kleine volwassenen. Er zijn zorgen over de rol van de wijkverpleegkundige en over hoe het staat met de integrale bekostiging, die ook belangrijk is. Tot slot is er een hele mooie pilot over palliatieve zorg voor kinderen met integrale bekostiging. Het zou heel mooi zijn als de Minister een aparte brief stuurt over de intensieve kindzorg. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Hijink van de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank u wel, voorzitter. Deze Minister klapt er de laatste tijd stevig in. Om de paar maanden lezen wij in de krant dat het maar eens afgelopen moet zijn met de marktwerking in de zorg. De concurrentie, zo zegt hij, is belangrijker geworden dan de samenwerking. Met die conclusie is de SP het natuurlijk van harte eens en, zoals ik daarnet hoorde, D66 ook, pragmatisch als ze zijn. Maar minder concurrentie wordt natuurlijk lastig zolang je flinke winsten mag maken in de zorg, zolang het loont om voor jezelf te beginnen om meer te kunnen verdienen en zolang bv-constructies toegestaan zijn om via de achterdeur geld uit de zorg te halen. Als de Minister af wil van de marktwerking, dan lijkt mij dat dus de beste plek om te beginnen. Schrap de winsten, schrap de constructies en zorg dat alleen aanbieders worden toegelaten die aan alle kwaliteitseisen voldoen. Mijn vraag aan de Minister is of hij het daarmee eens is.

Wat de Minister precies wil met de wijkverpleging is mijn partij nog niet helemaal duidelijk. Hij ziet dat auto's van verschillende aanbieders om dezelfde flat staan. Op basis daarvan is zijn conclusie dat er niet wordt samengewerkt en dat er te veel geld over de balk gaat. Dat zou natuurlijk kunnen, maar kan de Minister dat misschien verder onderbouwen? Speelt het gebrek aan samenwerking op enkele plaatsen of speelt dit overal? Zijn er ook voorbeelden van wijken waar de samenwerking tussen aanbieders wel goed geregeld is? En hoe komt dat dan? De Minister wil één herkenbaar team in de wijk, maar wel van verschillende organisaties. Ik krijg dan toch het gevoel dat we straks nog steeds meerdere auto's om die flat hebben, nog steeds van verschillende organisaties, maar dan allemaal van dezelfde kleur. De vraag is natuurlijk welk probleem de Minister dan heeft opgelost. Gooit hij een camouflagenet over de concurrentie of wil hij er echt vanaf?

Voorzitter. De SP vraagt zich af waarom de Minister aan de kant van de organisatie en de bureaucratie is begonnen en niet aan de kant van de kwaliteit, de professional en de cliënt. Als de Minister vindt dat nieuwe aanbieders te snel en te makkelijk in de wijkverpleging aan de slag kunnen, waarom komt hij dan niet met plannen voor strengere toelating? Als het om verbetering van kwaliteit gaat, waarom heeft het kwaliteitskader dan geen grotere rol in de plannen van de Minister? De Minister stelt ook dat de concurrentie blijft, maar dat er apart geld komt – als ik het goed begrepen heb – als er wordt samengewerkt. Dat klinkt heel bureau-

cratisch, want wie gaat dat dan regelen? Wie zorgt dat de tientallen zorgverleners per buurt van verschillende organisaties permanent met elkaar in overleg zijn? En hoe ziet de Minister het voor zich dat meerdere aanbieders een gezamenlijk budget gaan beheren per doelgroep binnen de wijkverpleging? Als ik het verkeerd begrepen heb, hoor ik het graag, maar dit is hoe de plannen op mij overkomen. De kritiek uit de sector is namelijk juist dat versnippering in doelgroepen en specialisaties het werken nu juist moeilijker maakt. Mijn vraag aan de Minister is of hij daarop kan reageren.

Voorzitter. Zou het niet veel logischer zijn om eerst naar de inhoud van de zorg te kijken, om eerst eens met de wijkverpleegkundigen zelf te gaan praten om te horen wat zij het liefste willen? Is dat ook niet de les die wij hebben kunnen leren van het debacle van Minister Bruins met de Wet BIG II? Hij heeft toch niet voor niks een tik op zijn neus gehad; daar zou deze Minister zich wat van moeten aantrekken. Ik denk dat wijkverpleegkundigen maar wat graag de samenwerking zoeken, maar dan moet er onderling vertrouwen zijn zodat je weet dat mensen het werk niet doen om er rijk van te worden, maar om zo goed mogelijk voor mensen te zorgen. Dan moet de Minister ook een bondgenoot zijn die helpt de bureaucratie te verminderen en niet nieuwe bureaucratie optuigt. Mijn vraag aan de Minister is dus of het niet veel logischer zou zijn om de samenwerking van onderop te organiseren in plaats van bovenaf, met stevige eisen aan de kwaliteit en de continuïteit van zorg. Wil de Minister hierover met de wijkverpleegkundigen in gesprek gaan? Of komt hij, net als collega Bruins, met een van bovenaf opgelegd idee, zonder dat hier draagvlak voor is onder wijkverpleegkundigen?

Dank u.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS. O, sorry, er is een interruptie.

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik wil de heer Hijink bedanken voor de heel heldere uiteenzetting van waar hij naartoe wil. Ik heb daar nog wel een vraag bij. Hoe belangrijk vindt u het dat er toch nog een mogelijkheid tot keuzevrijheid is? U heeft het niet gezegd, maar het zou ook kunnen overkomen als: ik wil echt één hele duidelijke organisatie in een wijk, geen andere kleuren, en daar moet je het dan maar mee doen als je in dat postcodegebied woont.

**De heer Hijink (SP):**

Ik denk dat dat voor de korte termijn zeker niet haalbaar is. Ik sluit niet uit dat je daar op de heel lange termijn best naartoe zou kunnen werken. Mijn punt is dat keuzevrijheid geldt voor de relatie cliënt-zorgverlener. Als cliënt wil jij, bijvoorbeeld omdat je een christelijke achtergrond of een andere achtergrond hebt, ervoor kunnen kiezen dat er iemand van deze achtergrond bij je langskomt. Of dat nou organisatie A, B of C is of dat die mensen binnen dezelfde organisatie samenwerken, maakt volgens mij niet zo heel veel uit. Volgens mij zit keuzevrijheid niet in de aanwezigheid van twintig verschillende aanbieders en instellingen binnen een buurt, maar in een gevarieerd aanbod van zorgverleners binnen een of meerdere organisaties. Dat moeten er niet te veel zijn, omdat je dan de samenwerking echt gaat blokkeren.

**De heer Slootweg (CDA):**

Dat begrijp ik. Het is heel helder waar u naartoe wilt. Toch even één vraag, want u heeft het nu heel erg gericht op de cliëntkenmerken: wat is de achtergrond en wat moet er dan binnen zo'n organisatie zijn? Wil de SP dan bij wijze van spreken ook dat je je eigenlijk alleen maar zorgaanbieder mag noemen als je ook echt alle specialisaties aanbiedt? Want er zijn

natuurlijk nog een aantal gespecialiseerde vormen van wijkverpleging. Voldoe je anders niet aan de kwaliteitseisen, bijvoorbeeld wanneer je je heel erg richt op een specialisme als palliatieve zorg?

De heer **Hijink** (SP):

Nee, dat denk ik niet. Als je dat nu zou voorstellen, denk ik dat je een hele groep goed werkende aanbieders gaat uitsluiten. Dat zou ik nu dus zeker niet voorstellen. Wel denk ik dat je een probleem hebt als jij als eenpitter niet kan aantonen dat je in teamverband, in samenwerking met anderen, continuïteit en kwaliteit van zorg kan leveren. Als je dat wel kunt aantonen – ik vind dat dat vooraf goed getoetst moet worden – dan zou het wel kunnen. Ik maak echt een onderscheid tussen de korte en de lange termijn. Voor de hele lange termijn zou je verder kunnen gaan; voor de korte termijn denk ik dat je deze kant op moet denken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Toch nog even over het aantal organisaties in een wijk. We hebben de pilot van Zilveren Kruis in Utrecht gezien. Daar was één zorgorganisatie en dat is geflopt. Vervolgens is men gaan kijken hoe er wel met minder zorgverleners kan worden gewerkt. Dat deel ik helemaal: je hoeft geen honderden zorgaanbieders te hebben. Het is ook belangrijk dat er samenwerking is in de wijk, bijvoorbeeld met de huisarts, maar daarbinnen moet je wel gewoon wat vrijheid hebben om te kiezen. Die vrijheid hoeft niet onbeperkt te zijn. Die kun je beperken, maar ik vind het hele verhaal van één zorgaanbieder in een wijk ... Ik weet niet of de SP dat bedoelt, maar anders moet de SP mij maar corrigeren. Dat zou mijn vraag zijn, maar ik zie al aan de heer Hijink dat het anders bedoeld is.

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Ik vind dit dan een beetje flauw, want volgens mij heb ik net tegen de heer Slootweg gezegd dat ik dat nu dus niet voorstel. Maar als je goed gaat selecteren wie wel en wie niet een instelling mag beginnen, waarbij je een goed werkend kwaliteitskader hebt waaraan alle instellingen zich houden en er in een buurt op een goede manier wordt samengewerkt tussen meerdere organisaties, kan ik mij voorstellen dat op de langere termijn de vraag ontstaat: waarom zijn wij eigenlijk nog vier verschillende organisaties? Dat is niet iets wat ik nu voorstel, maar ik sluit ook niet uit dat het op de lange termijn een heel goed werkend model zou kunnen zijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan is het dus een model op de lange termijn en niet op de korte termijn. Maar zegt de SP dan dat ze eigenlijk toe wil groeien naar hele grote organisaties? Dat zou ook nieuws zijn, denk ik. Ik dacht de SP altijd zoiets had van: kleinschalig en in de buurt. Ik probeer dus echt even scherp te krijgen wat de visie van de SP is.

De heer **Hijink** (SP):

Dat is precies wat wij altijd hebben gezegd. Wij willen op de lange termijn toe naar een nationaal zorgfonds. Ik wil hier best ons hele partijprogramma toelichten hoor, dat geeft helemaal niks. Binnen een nationaal zorgfonds heb je geen contracten meer met tig verschillende verzekeraars. Dan heb je die hele bureaucratie toestand niet meer. Dan zou je toe kunnen naar een organisatie op buurtniveau, dus geen gigantische organisaties. Op termijn zou je er dan naartoe kunnen om per buurt te gaan kijken hoeveel organisaties wenselijk zijn om te hebben. Op korte termijn zullen dat er meer zijn, op de lange termijn kunnen dat er misschien minder zijn.

De **voorzitter**:

Dan is nu het woord aan mevrouw Sazias, 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil eerst eventjes mijn blijdschap te kennen geven dat het nu zover is dat de motie van 50PLUS en de Partij van de Arbeid over het schrappen van de vijfminutenregistratie, die met algemene stemmen is aangenomen, wordt uitgevoerd. Daar zijn we erg gelukkig mee. Daar wilde ik even mee beginnen.

Een andere aangenomen motie van mijn fractie, samen met D66, bevatte het verzoek om te onderzoeken of het mogelijk is om het advies van de wijkverpleegkundigen te laten meewegen voor relevante onderdelen van de Wmo. De Minister heeft in het VAO gezegd dat hij ermee aan de slag zou gaan. Dat past natuurlijk ook precies in de toekomstvisie die hij schetst, waar de wijkverpleegkundige de spil in de wijk is. Wij zijn heel benieuwd naar de stand van zaken, want ik kon er niet veel over terugvinden.

We krijgen signalen uit de praktijk dat de zorgverzekeraars indicaties van wijkverpleegkundigen nog steeds inhoudelijk bijstellen, terwijl in het hoofdlijnenakkoord anders is afgesproken. Er is veel overleg tussen betrokken partijen, maar een structurele oplossing blijft uit. Kan de Minister aangeven welke maatregelen hij daarop gaat nemen?

Bij de casemanager dementie gaan er een aantal dingen nog niet goed. Er zijn nog te veel mensen die op een wachtlijst staan en langer moeten wachten dan zes weken. Dat terwijl de casemanager dementie enorm gewaardeerd wordt. Heeft de Minister de laatste stand van zaken wat betreft de wachtlijsten? Het lijkt in theorie vrij gemakkelijk op te lossen omdat er maar een paar casemanagers extra nodig zijn, maar waarom is het dan in de praktijk zo moeilijk? Waar ligt dat aan? 50PLUS krijgt ook signalen uit de praktijk dat nog onvoldoende mensen de weg weten te vinden naar een casemanager dementie. Ook hier hebben we het al vaak over gehad. In de laatste brief hierover, uit 2018, geeft de Minister aan dat wordt ingezet op een goede informatievoorziening. Kan hij iets zeggen over de laatste stand van zaken?

Voorzitter. In de brieven die op de agenda staan voor dit AO schrijft de Minister dat er sprake is van een doorgeslagen marktwerking; dit is al eerder aangehaald. Wij kunnen niet anders dan het met de Minister eens zijn. We hebben allemaal kunnen lezen over de enorme winsten die zorgbedrijven kunnen maken. Er worden nu maatregelen opgetuigd om dat tegen te gaan. Maar we zien ook dat door de schotten de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociale domein maar niet van de grond komt. Wat gaat de Minister daaraan doen? Die schotten maken gewoon heel veel heel moeilijk, met bureaucratie en omwegen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Sazias zegt dat de Minister zegt dat hij af wil van de marktwerking. Daar is zij het helemaal mee eens. Maar begrijpt mevrouw Sazias wat de Minister bedoelt als hij zegt dat hij helemaal van de marktwerking af wil? Als ik zijn brieven lees, vind ik dat hij eerder naast de zorgverzekeraars gaat zitten en hun analyse deelt. In die analyse ligt heel erg de nadruk erop dat de ongecontracteerde zorg een groot probleem is dat moet worden opgelost. «We moeten af van de marktwerking» is heel mooi in verkiezingstijd, maar ik vind het ook prettig om het wat concreter te maken. Voor mij houdt dit ook in dat we goed luisteren naar wat de zorgverlener nodig heeft en wat de patiënt wil, zoals mevrouw Bergkamp terecht al zei. Is dat ook hoe mevrouw Sazias de Minister heeft begrepen?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Luisteren naar de patiënt en de patiënt als uitgangspunt nemen, dat is natuurlijk het belangrijkste uitgangspunt. Dat is punt één. Ik heb niet gehoord dat de Minister de hele marktwerking wil afschaffen, maar wel

dat hij een aantal keren heeft gezegd dat hij vindt dat de marktwerking is doorgeschooten. Dat ben ik helemaal met hem eens, want ik weet ook niet of het goed zou zijn om de hele marktwerking in de zorg af te schaffen. Er zijn plekken waar innovatie het juist best goed doet door de marktwerking. Het gaat bijvoorbeeld over het aanbestedingscircus, waar ik de Minister ook over heb gehoord toen hij nog wethouder was. Ik weet niet of u de uitzending van De Monitor heeft gezien van afgelopen zondag, die ging over de ICT in de ziekenhuizen. Dan schrik je je rot over wat voor gevolgen dat allemaal heeft. Ik heb de Minister niet horen zeggen dat hij de marktwerking helemaal wil afschaffen – ik denk dat dat ook moeilijk is – maar de marktwerking is doorgeschooten. Daarin zou ik hem graag willen ondersteunen: ik zou graag willen dat de marktwerking in de zorg ten minste aan banden wordt gelegd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben heel benieuwd of de Minister zich goed kan vinden in het verhaal van pleitbezorgster mevrouw Sazias, maar dat horen we straks. Als we het hebben over marktwerking en het gebruiken van zulke grote, mooie termen, denk ik toch ook zeker aan de rol van de zorgverzekeraars en hoe zij zich opstellen ten opzichte van die wijkverpleging. Daar zien we denk ik de kern van het probleem in de wijkverpleging. De geboden tarieven in de gecontracteerde zorg zijn ontoereikend, met alle ellende tot gevolg. Dat is volgens mij de kern van het probleem. Daar moeten we het gesprek over voeren. Kunnen die wijkverpleegkundigen hun taken goed uitoefenen tegen dat tarief? We willen heel graag dat ze die spilfunctie in de wijk kunnen hebben, dat ze in gesprek kunnen gaan met mantelzorgers, dat ze contact kunnen leggen met het wijkteam als er eigenlijk meer sprake is van eenzaamheid dan van een medische vraag. Dat gaat volgens mij nu mis in de wijkverpleging. Aan die marktwerking moeten we inderdaad wat doen. Dat heb ik bij de Minister nog wat minder gehoord, maar goed, misschien gaat hij ons zo meteen verrassen. Ik ben benieuwd of mevrouw Sazias het met mij eens is dat we dan ook echt eerlijke tarieven moeten bieden voor de zorg die de wijkverpleegkundigen leveren.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik kan mevrouw Ellemeet geruststellen: ik ben het helemaal met haar eens. Juist als het om de zorgverzekeraars gaat, wil 50PLUS weer gewoon één fonds. 50PLUS wil de markt van de verzekeraars uit de zorg hebben. Dat vindt 50PLUS, maar dat heb ik jammer genoeg nog niet van de Minister gehoord. Ik kan me heel goed vinden in uw pleidooi.

De heer **Sloutweg** (CDA):

Mevrouw Sazias geeft heel duidelijk aan dat zij naar een Nationaal ZorgFonds wil, zoals de heer Hijink ook heeft aangegeven. Hij vertelde ook: voor mij betekent dat op de langere termijn dat er één aanbieder is van wijkverpleging. Begrijp ik goed dat 50PLUS eigenlijk niet wil dat er meer keuzemogelijkheden zijn?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Nee. Ik heb juist gezegd dat een deel van de marktwerking het goed doet. Dat zit wat ons betreft juist ook in de aanbieders. Daar zit vaak de innovatie. Nee, wij zouden die keuzevrijheid absoluut niet willen beperken. Er zijn veel overeenkomsten met het ZorgFonds, maar het is het niet helemaal. Wij blijven toch voor de keuzevrijheid staan en zijn niet voor één staatsaanbieder.

De heer **Sloutweg** (CDA):

Misschien komt mevrouw Sazias er nog wel op terug, want zij is volgens mij nog niet helemaal klaar, maar wat vindt zij van de stijging van de ongecontracteerde zorg daarin? Is dat voor haar dan wel een dilemma of



is dat iets waarbij moet worden gekeken hoe we dat terug kunnen brengen?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik moet u zeggen dat dit nog wel een beetje een dilemma voor ons is. In ongecontracteerde zorg zit soms ook zorg die door gecontracteerde zorg moeilijker te leveren is. Ik moet u eerlijk zeggen dat we daar nog niet helemaal uit zijn. We zitten daarbovenop, maar dat is voor ons nog een dilemma.

Tot slot nog even iets over ondervoeding bij thuiswonende ouderen, want daar heeft 50PLUS vaak aandacht voor gevraagd. Er zijn in de afgelopen jaren een aantal instrumenten voor dit probleem ontwikkeld, zoals behandelprotocollen, screeningsinstrumenten en opleidingsmodules. De Minister schrijft zelf in een brief dat beroepsgroepen dit zouden kunnen opnemen in hun richtlijnen, curricula en behandelprotocollen en dat hij de beroepsbeoefenaars hierover zou informeren. Mijn vraag is of dit in de praktijk ook gebeurt. Hoe is de ontwikkeling hieromtrent? Heeft de Minister daar zicht op? Zo niet, is hij bereid die te onderzoeken en indien nodig te stimuleren?

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dan is het woord aan de heer Kerstens, Partij van de Arbeid.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Vorige week stuurde de Minister ons het meest recente rapport van Vektis over de ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Dat zou zijn opvatting ondersteunen dat die zorg moet worden teruggedrongen. Want kort samengevat: zorg waarvoor geen contract is afgesloten met de verzekeraar is duur, veel te duur. Gisteravond – ik moet zeggen dat dit rijkelijk laat was – kwam daar het verdiepende onderzoek van de NZa achteraan. Ik heb niet zozeer vragen over wat er in die onderzoeken staat, als wel over wat er niet in staat. De discussie over gecontracteerd/ongecontracteerd doet mij toch steeds denken aan een discussie in het genre kip-of-ei.

Wat is volgens de Minister de verklaring van de opkomst van het fenomeen ongecontracteerde zorg? Heeft hij er zicht op of het bij ongecontracteerde zorg vooral of in grote mate ook gaat om al dan niet samenwerkende zzp'ers? Als hij dat zicht niet heeft, vindt hij het dan wel van belang om dat zicht te krijgen? Zou hij die vraag willen meenemen in de al eerder door hem toegezegde studie naar het fenomeen zzp'ers in de zorg? Zou de Minister eens dieper willen ingaan op de soorten zorg die beide vormen verstrekken? Is hij bereid daar nader onderzoek naar te doen? Zijn er cijfers over tevredenheid bij cliënt en zorgverlener over gecontracteerde versus ongecontracteerde zorg? En, niet onbelangrijk: wat gebeurt er als de ongecontracteerde zorg, die groeit en waar blijkbaar behoefte aan is, de markt uit gedrukt wordt? Komt de zekerheid van goede zorg dichtbij als je die nodig hebt, dan nog meer onder druk te staan? Nog meer, omdat we nu al horen over wachtlijsten en dergelijke. En nog meer, omdat ziektekostenverzekeraars vorig jaar bijvoorbeeld bijna 200 miljoen op de wijkverpleging overhielden. Niet omdat er geen vraag naar was, maar omdat er niet kon worden geleverd. Leidt dat uit de markt drukken van ongecontracteerde zorg tot nóg meer mensen die de sector verlaten, terwijl we ze juist zo hard nodig hebben?

Begrijp me niet verkeerd: ik ben op zich gecharmeerd van het toekomstbeeld dat de Minister rondom de wijkverpleging heeft geschetst, als ik dat tenminste mag samenvatten als «minder markt en meer samenwerking».

Maar dit zijn wat mij betreft vragen die óók gesteld moeten worden. Voorzitter. Ik had het net over de zorgverzekeraars. Zij zijn partner van de Minister als het gaat om het terugdringen van ongecontracteerde zorg.

Hoe staat het met hun bijdrage aan het terugdringen van het personeels-tekort in de zorg? Het is ook hun zorgplicht die daarbij in het gedrang komt en inmiddels ook in het gedrang is. Hoe staat het in het kader van het mogelijk maken van goed werkgeverschap met het nakomen van de door de verzekeraars zelf gemaakte afspraak dat ze door werkgevers met vakbonden overeengekomen loonkostenstijgingen doorvertalen in hun tarieven? Ik keek op van de brief van de Minister daarover, waarin staat dat partijen eigenlijk zelf niet weten of ze zich nou wel of niet aan hun eigen afspraak hebben gehouden. Ik vraag de Minister hoe het staat met de ook in het hoofdlijnenakkoord gemaakte afspraak over het creëren van nieuwe vormen van contractering. Ik hoor dat al die zaken niet echt van de grond komen. Wil de Minister ook zorgverzekeraars aan hun afspraken houden en dan liefst niet te vrijblijvend?

Als je wil uitkomen bij de stip op de horizon die de Minister heeft geschetst, moet je zorgen dat je onderweg niet struikelt, vooral niet omdat dat in een geval als dit cliënten en medewerkers het hardste pijn doet.

Hoe gaat de Minister dat voorkomen? Hoe zorgt hij dat de beweging die hij voor zich ziet naar wat ik maar even de «wijkverpleging nieuwe stijl» noem, beheerst wordt ingezet? De winkel moet immers tijdens de verbouwing gewoon openblijven. Hoe gaat hij ellende bij cliënten en medewerkers in de vorm van verlies van zorg of werk voorkomen? Ik zie daar graag een helder en duidelijk plan voor.

Voorzitter. Dan kort nog een aantal andere punten. Als mensen, bijvoorbeeld omdat zij chronisch ziek zijn, langdurig of blijvend zorg of ondersteuning nodig hebben, moeten zij die ook krijgen en die niet telkens opnieuw hoeven aanvragen met alle gedoe van dien. Deze discussie voeren we vaker met elkaar. Deze week is er een motie aangenomen die ik daarover indiene, waarin wordt verzocht om vaart te maken met de uitwerking van het uitgangspunt. Dit was in een debat over de Wmo. Ik denk dat het goed is om hier over en weer nog eens te bevestigen dat het uitgangspunt van langjarig indiceren ook geldt bij bijvoorbeeld wijkverpleging en jeugdhulp. Ik vraag daarbij ook nog even aandacht voor een knelpunt bij het afgeven van pgb-indicaties voor kinderen. Ik hoor dat dat te maken heeft met het aantal kinderverpleegkundigen dat dit kan, maar ook met de terughoudendheid die met name gecontracteerde zorgaanbieders in dezen zouden hebben.

Voorzitter. Wat betreft casemanagement dementie kan ik kort zijn: ik sluit mij op dat punt aan bij het pleidooi dat mevrouw Sazias daar net over deed. Ik denk dat het in een grote behoefte voorziet en ik denk dat het de verantwoordelijkheid van ons allemaal is om het ook waar te maken.

Voorzitter. Tot slot. Een tijdje terug was ik te gast bij De Wijkzuster in West-Brabant. Daar wordt volgens mij al behoorlijk samengewerkt in de richting van hoe de Minister op een aantal punten denkt. Volgens mij kent de Minister De Wijkzuster ook. Als de Minister stap voor stap toe wil naar het beeld dat hij voor zich ziet – ik denk dat ik de contouren van dat beeld al zie, en ik help hem graag bij de verdere invulling daarvan – kan hij zich dan voorstellen dat zulke organisaties een rol kunnen spelen als proeftuin, als pilot of wat dan ook?

Voorzitter. Dat was het.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van mevrouw Hermans.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Een interruptie die zich richt op het begin van het betoog van de heer Kerstens. Hij deed toen een paar algemene uitspraken. «Minder markt, meer samenwerking»: dat klinkt heel mooi. Mevrouw Bergkamp fluisterde al: iets meer liefde willen we allemaal. Dat vind ik ook; liefdevolle zorg is heel belangrijk. Maar wat bedoelt de heer Kerstens er nou precies mee?

In het verlengde daarvan een tweede vraag. Ik hoorde hem een paar keer zeggen: het uit de markt drukken van ongecontracteerde zorg. Maar is de heer Kerstens het niet met mij eens dat ongecontracteerd en gecontracteerd allebei betaald wordt uit hetzelfde potje, van hetzelfde geld? Wat bedoelt hij dan precies met «uit de markt drukken»?

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik ga proberen om ze een voor een te beantwoorden, want het waren twee verschillende vragen. Als ik het heb over «minder marktwerking», haal ik die term niet alleen uit de opmerking van de Minister, die het heeft over «doorgeschoten marktwerking». Ik versta hem daarin ook in de zin dat hij eigenlijk paal en perk aan wil stellen aan het punt dat nu – ik overdrijf een beetje – Jan en alleman maar kan beginnen met zorgaanbieder zijn. Dit geldt breder in de zorg dan alleen bij de wijkverpleging. Volgens mij komen we in toenemende mate de uitwassen en misstanden daarvan tegen. Er groeit ook een besef dat we er echt iets aan moeten doen. Dat is voor mij een belangrijk element. Een aantal collega's hebben dit ook gezegd op vergelijkbare vragen als het gaat om minder marktwerking. Als ik het heb over «meer samenwerking» doel ik erop dat er nog meer efficiency te behalen is als partijen elkaar opzoeken om te kijken op welke plek de beste zorg kan worden verleend.

Dit zijn wat ik eerder de contouren noemde van het vergezicht dat de Minister heeft geschetst. Als ik hem daarin goed heb begrepen, spreken die contouren de Partij van de Arbeid aan.

Dan uw tweede vraag, over wat ik het «uit de markt drukken» van de ongecontracteerde zorg noemde. Vergeef me die term, maar daarmee doel ik toch op de operatie die gaande is, in mijn beleving althans, om ongecontracteerde zorg te ontmoedigen. Ik vraag de Minister vooral of hij heeft nagedacht over waar die ongecontracteerde vorm van zorg vandaan komt. Ziet hij misschien een behoefte? Die is er niet zomaar. Heeft hij zich rekenschap gegeven van wat er zou gebeuren als allerlei organisaties er de brui aan geven omdat er zo op gedrukt wordt, en mensen de sector gaan verlaten en cliënten wellicht nog lastiger aanspraak kunnen maken op goede zorg dichtbij wanneer ze die nodig hebben?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Toch even op dat tweede punt. In alle bijdragen is wel iets gezegd over het punt dat een ongecontracteerde aanbieder niet per definitie fout of verkeerd is. Soms lukt het niet om een contract met een zorgverzekeraar te sluiten. Juist om die reden hebben de Minister en alle betrokken partijen afgesproken dat zorgverzekeraars meer hun best moeten doen om contracten af te sluiten met welwillende ongecontracteerde aanbieders. Maar in het rapport dat we gisteren kregen, lezen we dat de reden dat er niet tot contracten wordt gekomen, soms is dat aanbieders niet kunnen en willen voldoen aan kwaliteitseisen. Dan komt er dus geen contract, maar kan die aanbieder wel zorg gaan aanbieden, vaak tegen helaas slechte kwaliteit. Daar is de patiënt dan de dupe van, maar de verzekeraar moet wel betalen, zelfs extra betalen, zoals we zien in de cijfers van Vektis, omdat er meer uren gedeclareerd worden. Daar gaat toch iets mis, als het uiteindelijk door de zorgverzekeraar allemaal uit hetzelfde potje betaald moet worden van waaruit ook de gecontracteerde aanbieder betaald wordt, waarvan we wél weten dat die kwaliteit kan en wil leveren?

De heer **Kerstens** (PvdA):

Ik hoor er niet echt direct een vraag in, maar ik wil er wel op reageren. Ik heb vragen gesteld bij de beide onderzoeken die we, zoals u zelf ook zei, rijkelijk laat hebben gekregen. Mijn vragen gingen vooral over de zaken die er niet in staan, de vragen die wel gesteld moeten worden volgens mij, maar die niet beantwoord zijn. Waar komt de groei van de ongecon-

troleerde zorg vandaan? Is het zo dat cliënten tegen wil en dank ongecontracteerde zorg krijgen aangeboden, of is het een bewuste keuze van cliënten? Of is het een gevolg, een van de collega's wees er al op, van het niet aanbieden van die specifieke zorg door gecontracteerde aanbieders? Dus als ik de term «uit de markt drukken van ongecontracteerde zorg» gebruikte, heb ik daar geen andere kwalificatie aan gegeven dan dat ik zie dat die beweging stevig wordt ingezet – dat steekt de Minister ook niet onder stoelen of banken – maar dat ik me wel zorgen maak over wat voor gevolgen dat dan heeft. Ik vind dat we eerst met elkaar die gevolgen goed in beeld moeten hebben, willen we die stappen zetten.

Uiteraard ben ik het helemaal eens met mevrouw Hermans en alle andere collega's die gezegd hebben dat uiteindelijk het belang van de cliënt doorslaggevend is. Die cliënt is zeker ook gebaat bij zorg van goede kwaliteit. Dat is altijd een maatstaf wat mij betreft.

**De voorzitter:**

Dan is het woord aan mevrouw Van Kooten-Arissen van de gelijknamige fractie.

**Mevrouw Van Kooten-Arissen (vKA):**

Voorzitter, dank u wel. Voor het jaar 2022 wordt het personeelstekort in de zorg door het Ministerie van VWS geschat op zo'n 80.000 personen. Al eerder dit jaar bleek uit een item van Nieuwsuur dat deze tekorten niet zozeer het gevolg zijn van geldtekort, maar van vroeger wanbeleid; het doorvoeren van bezuinigingen terwijl iedereen zag aankomen dat de zorgvraag juist zou groeien.

Wijkverplegers moeten als gevolg van tekorten veel te veel doen in veel te weinig tijd. Hierdoor worden hulpbehoevenden steeds meer onderdeel van een systeem waarin ze verworden tot een product, alle pogingen van al die bijzonder waardevolle verzorgers ten spijt.

Dit zou geen verrassing moeten zijn. Er zijn immers twee achterliggende doelen voor de uitkleding van de verzorgingsstaat. Een: het openen van nieuwe markten; zie het geweldige onderzoeksdossier van Follow the Money over de zorgcowboys. Twee: het van alle aspecten in het leven een financiële transactie maken, zodat op papier het bruto nationaal product groeit.

Voor de praktische effecten van dit beleid voor de Nederlandse burger neem ik u graag mee naar de thuissituatie van mevrouw Visser. Mevrouw Visser lijdt aan een ernstige broosheid van de botten en sinds een beroerte een paar jaar geleden ook aan afasie en een verlamming aan één helft van haar lichaam. Momenteel wordt mevrouw Visser verzorgd door haar dochter, die het geluk heeft tegenover haar moeder te wonen. De overige hulp aan huis wordt geboden op basis van een indicatie. De hulp die een mantelzorger kan geven, wordt afgetrokken van de bruto zorgvraag. Dan blijft er een netto zorgvraag over. Er wordt een inschatting gemaakt van het aantal minuten dat nodig is voor alle aparte handelingen die moeten worden geleverd aan mevrouw Visser: pillen aanreiken, douchen, aankleden en ga zo maar door. De reistijd wordt in het geval van mevrouw Visser niet meegerekend in de planning, waardoor het wijkverplegend personeel eigenlijk nooit op tijd kan aangeven wanneer zij langskomen voor hulp. Hierdoor mist de patiënt de tijdige communicatie, die juist zeer belangrijk is voor iemand met afasie. Mevrouw Visser heeft daarnaast constant te maken met verschillende en nieuwe verzorgers. Het gevolg is dat wijkverplegers eerst moeten worden ingewerkt door haar dochter, want tijd voor mevrouw Visser en haar verzorgers om elkaar nader te leren kennen, is er niet. Althans, daar geeft de zorgverzekeraar geen indicatie voor.

Is de Minister het met mij eens dat het herstel van patiënten gebaat is bij het opbouwen van banden tussen patiënt en hulpverlener? Deelt de

Minister mijn mening dat tijdsnormen in de zorg een negatieve impact hebben op de kwaliteit van zorg?

De gevolgen van het gebrek aan extra tijd zijn desastreus. Door het uitblijven van het belangrijke sociale gedeelte van de hulp gaan mensen zichzelf volgens de hulpverleners meer en meer als patiënt zien. Er is geen holistische aanpak en herstelgericht werk ontbreekt. Door de tijdsdruk worden mensen ook steeds meer behandeld als patiënt. Het klinkt misschien gek, maar toen mevrouw Visser na haar beroerte weer in haar eigen huis kwam wonen, waren er veel simpele handelingen die ze deels zelf kon doen. Denk hierbij aan aankleden of zichzelf wassen. Echter, doordat de begeleiding hiervan de hulpverleners meer tijd kost, kiezen zij ervoor de handelingen zelf uit te voeren, waardoor meer en meer het initiatief van mevrouw Visser tot onafhankelijkheid wordt ontmoedigd. Op welke manier is dit te rijmen met het herstel van de patiënt, zo vraag ik de Minister.

Voorzitter. De dochter van mevrouw Visser kan nu al zeven jaar niet op vakantie. Ze is hierin als mantelzorgster geen uitzondering. Alle opvangcentra zijn op basis van een Wlz-indicatie en particuliere opvang is onbetaalbaar. Mantelzorgverlof in een verpleeghuis is een mogelijkheid, maar de zorg is daar niet toereikend in het geval van mevrouw Visser. Ik ga ervan uit dat de Minister alle mantelzorgers vakantie gunt; wil hij daarom onderzoek doen naar de mogelijkheid voor mantelzorgers van Wmo-gevallen om gebruik te maken van niet-particuliere zorg?

Voorzitter. Concluderend: de wijkverpleging loopt tot op de dag van vandaag aan tegen de realiteit die is ontstaan door het crisisbeleid van het afgelopen decennium. Er is te weinig personeel en te weinig tijd, en de pogingen om de zorg efficiënt te maken, zorgen voor prikkels die het herstel van de patiënten in de weg staan. Linksom of rechtsom, de enige echte eis van de samenleving is dat we altijd voor onze geliefden kunnen blijven zorgen. Die eis kent geen tijdsbeperking en zeker geen economische beperkingen. Waarom kiezen we er dan voor om alle zorg te vertalen naar euro's en minuten?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee komt er een einde aan de eerste termijn van de kant van de Kamer. De Minister is zo onder de indruk van alle vragen dat hij een kwartier nodig heeft. Ik hoor hem nu zeggen dat het ongeveer een kwartier betreft, maar dat hij op de exacte hoeveelheid niet wil worden afgerekend. We zullen hem onze wachttijd niet in rekening brengen ...

De vergadering wordt van 15.45 uur tot 16.04 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik hervat dit algemeen overleg. Het verwachtingspatroon van sommige leden betreffende de voorbereidingstijd van de Minister is dusdanig dat zij nog buiten staan en niet hier zitten. Ik stel voor om toch te beginnen. Ik moet overigens bij voorbaat de heer Kerstens verontschuldigen. Hij moet om 16.30 uur naar een andere Kamerverplichting. Denkt u dus niet dat hij kwaad wegloopt, het heeft te maken met een andere verplichting.

**Minister De Jonge:**

Jammer, want ik hoorde net heel ondersteunde teksten uit zijn mond.

Maar goed, ik weet dat de heer Kerstens iedere avond de debatten terugkijkt onder het genot van cola en chips, dus het komt vast goed.

Voorzitter. Dank. Goed om weer in uw midden te zijn; wat heerlijk dat het reces voorbij is, dan kunnen we elkaar weer inspireren tot mooie nieuwe stappen. Volgens mij heeft de Kamer zojuist in eerste termijn een ontzettend inhoudelijke en grondige beschouwing gegeven over de wijkverpleging. Ik was het eens met heel veel zinnen die werden uitge-

sproken, ook als die kwamen van partijen waarmee ik het niet altijd met alle zinnen eens was. Dat was een heel exotische ervaring, zeg maar. Laten we kijken hoelang we dat vast kunnen houden na het reces. Dank dus voor uw reflecties.

Ik wil daar uiteraard een aantal dingen van mijn kant aan toevoegen. Ik zal zo aangeven op welke manier ik mijn beantwoording wil ordenen, want u heeft best veel gevraagd en alle thema's hangen met elkaar samen. Ik zal proberen het enigszins geordend te doen. Ik begin met te onderstrepen wat eenieder in eigen woorden heeft gezegd, namelijk het ongekende belang van de wijkverpleging, hoe mooi dat werk is, met hoeveel toewijding en enthousiasme het wordt gedaan. Iedereen die op werkbezoek gaat in de wijk – en te horen aan uw inbreng en aan de achtergrond van uw vragen heeft u dat allemaal gedaan ter voorbereiding – komt terug op dezelfde manier. Aan de ene kant met het idee «wat is het ongelooflijk mooi werk, wat gebeurt hier veel wat van betekenis is voor mensen en de manier waarop zij hun leven thuis kunnen inrichten» en aan de andere kant met het idee «wat is er ook veel aan de hand en wat hebben we veel te doen met elkaar om het niet alleen in het nu beter te maken en beter te laten gaan, met minder administratieve lasten en minder ingewikkeldheid voor professionals, maar zeker ook om in de toekomst de wijkverpleegkundige zorg op een goede manier toegankelijk te houden, om de kwaliteit goed te houden en om het betaalbaar te houden.»

Door een aantal van u is terecht gememoreerd dat de vraag naar zorg de komende tijd enorm gaat toenemen. De vraag naar zorg voor de mensen thuis gaat enorm toenemen. Het is geen automatisme dat we allemaal maar kunnen bijbenen met elkaar. Daarover zijn ook de uitspraken gegaan die ik in meerdere interviews heb gedaan. Daarover gaan ook de brieven die ik aan uw Kamer heb geschreven. Ik denk dat we een deel van de observaties delen. Ik denk dat we deels een andere analyse maken, maar laten we kijken of we elkaar daar kunnen scherpen. Ik hoop in ieder geval te komen tot een gedragen richting waarin het zich zou moeten ontwikkelen.

Ik denk dat het daarom goed is als ik de beantwoording als volgt inricht. Eerst verken ik de toekomstvisie betreffende samenwerking in de wijk en wat dat betekent verder met u. Dat is één. Vervolgens komen we, dat is twee, te spreken over de nieuwe toetreders. Wat doen we eraan om het aantal toetreders in de hand te houden en te zorgen dat de kwaliteit daarvan goed is? Over het derde punt heeft u de meeste vragen gesteld. Dat betreft het bevorderen van het contracteren. Het vierde punt is dan de bekostiging en het vijfde de kwaliteit. Eigenlijk zou je kunnen zeggen dat dit allemaal kanten zijn van dezelfde medaille. Dat kan natuurlijk niet, want een medaille kan nooit vijf kanten hebben, maar u begrijpt wat ik bedoel. Tot slot zou ik graag een blokje varia doen, al was het maar om die traditie in ere te houden, maar ook omdat u nog een aantal vragen heeft gesteld die zich niet zo makkelijk laten rubriceren. Voorzitter. Dit is niet het eerste overleg dat we hebben over de wijkverpleging. We hebben meerdere malen een overleg over de wijkverpleging gehad. De laatste keer dat we dat deden, ik meen dat het dit voorjaar was, ging het heel erg over de bekostiging. Minder over de contractering, maar meer over de bekostigingskant. In ieder geval ging het over de observatie die we denk ik allemaal doen als we op werkbezoek zijn, namelijk: wat is het veld ongelooflijk versnipperd. Ik denk dat het mevrouw Ellemeest was die zei: de wijkverpleegkundige is echt een spil in de wijk en hoort dat ook te zijn. Mevrouw Hermans onderstreepte dat. U hebt het allemaal in uw eigen woorden op die manier ook gezegd. Dat is zo. De wijkverpleegkundige wordt niet voor niets wijkverpleegkundige genoemd. Het is niet een verpleegkundige die ambulans is of een verpleegkundige die een fiets of een auto heeft. Nee, het is de wijkverpleegkundige.

Maar wat zien we in de praktijk? Ik moet er wel bij zeggen dat het verschilt afhankelijk van in welke regio je zit. In de praktijk zien we veel te veel gebeuren dat er een enorme versnippering is, waardoor de wijkverpleegkundige 's ochtends de eerste cliënt heeft in de ene wijk en gelijk daarna een cliënt in een andere wijk en daarna in een andere wijk et cetera. Kortom, is die wijkverpleegkundige nog daadwerkelijk onderdeel van de wijk, onderdeel van de community in de wijk en onderdeel van de groep zorgverleners die in zijn totaliteit zorgdraagt voor de zorg die in de wijk wordt gegeven? Dat is in afnemende mate het geval. Ik ben er maar gewoon straight in zoals ik het zie. Het is echt in afnemende mate het geval en dat is zonde, want dat doet geen recht aan wat een wijkverpleegkundige eigenlijk zou moeten zijn en ook kan zijn. Als die wijkverpleegkundige op die manier zijn werk kan doen, namelijk in de wijk als onderdeel van de wijk, dan merk je dat betrokkene daar zelf veel meer voldoening uit haalt. Dat leidt tot veel meer mogelijkheden die zo'n wijkverpleegkundige kan inzetten. Dat is de observatie die ik doe. Het tweede punt is dit. Het heeft voor een deel dus te maken met de versnippering van aanbieders. Er zijn heel veel nieuwe aanbieders, heel veel nieuwe toetreders. Ik zal zo wat meer inzoomen op de getallen. Maar het heeft natuurlijk ook te maken met de manier waarop we ons bekostigingsstelsel inrichten. Het gaat om een individuele prestatie die moet worden geleverd. Vervolgens kan die individueel worden afgerekend, daarnaast met een volumeprikkel erin. Ons hele bekostigingsstelsel faciliteert dat eigenlijk, laat ik het zo zeggen. Dat heeft mij inderdaad tot de observatie gebracht die je ideologisch kunt inkleuren of die je pragmatisch kunt inkleuren. Overigens geloof ik dat politiek altijd beide elementen in zich moet hebben. Politiek zonder ideologie is niet goed, maar zonder pragmatisme kom je ook nergens. Dus als je naar die beide kanten kijkt, denk ik: het gaat erom dat je iets van competitie hebt in zo'n stelsel, in de zin van dat je niet helemaal leunt op één aanbieder, maar dat meerdere aanbieders beter willen worden dan ze gisteren waren en beter willen worden dan de buurman. Dat is niet zo erg, dat is juist wel iets moois, denk ik. Zeker als dat is in combinatie met een keuzemogelijkheid die cliënten hebben, is het eigenlijk best iets moois. Dat zijn gezonde vormen van competitie en gezonde vormen van keuzevrijheid. Ik denk dat daar hele mooie dingen in zitten. Maar als je nu even kijkt naar hoe dat op dit moment uitpakt, zie je wel degelijk in alle opzichten dat van gezonde competitie niet zozeer sprake is, maar wel van flinke concurrentie. Dat is één. Die concurrentie uit zich soms in cherrypicking, omdat we dat mogelijk hebben gemaakt. Daarbij blijven de ingewikkelde cliënten voor de anderen over en heeft de één daar minder last van. Dat is een uitingsvorm van die ongezonde competitie. Dat vind ik echt een doorgeslagen vorm van competitie, waarbij concurrentie gewoon de samenwerking in de weg staat. Inderdaad, keuzevrijheid is iets heel moois, maar keuzevrijheid gaat over de individuele relatie die je hebt met degene die bij jou zorg komt verlenen. Daar moet je een relatie mee hebben. Ik ben het zeer eens met wat de heer Hijink daarover zei. Dat is iets anders dan de menukaart aan onduidelijke logo'tjes, als je ze überhaupt al kunt vinden, die nu het gevolg is van een echt doorgeslagen vorm waarbij de keuzevrijheid niet meer zozeer centraal staat, maar waarbij eigenlijk met name die keuzevrijheid is verworden tot een declaratierecht – zou je bijna kunnen zeggen – voor individuele aanbieders. Maar zo is het niet bedoeld. De keuzevrijheid hoort de patiënt ten goede te komen. Dat was ook de terechte vraag van mevrouw Bergkamp. Bij al die bespiegelingen en bij al dat nadenken over de toekomst van de wijkverpleging moet je telkens die ene vraag centraal stellen en op het netvlies hebben, namelijk: wat betekent dit nou voor patiënten? Niet voor de individuele patiënt, maar voor de patiëntengroep in zijn geheel. Niet alleen nu, maar ook straks. Wij zijn van het algemeen belang en wij

hebben ook dat belang mee te wegen met elkaar. Langs die weg en in gesprek met heel veel wijkverpleegkundigen kom ik tot mijn opvatting: ik zie het gewoon beter gaan. De heer Hijink zegt dat ook. Ik zie het gewoon beter gaan in die delen van Nederland waar je een overzichtelijker aantal aanbieders hebt. Vaak buiten de Randstad overigens, zeg ik erbij. Ik zie het beter gaan in die gebieden waar aanbieders intensief met elkaar samenwerken en in gezamenlijkheid zich verantwoordelijk voelen voor de hele patiëntenpopulatie in een wijk of een gebied.

Ik denk dus echt dat we die kant op moeten. Is dat de trial and error van Zilveren Kruis van een aantal jaren geleden, te weten van het ene moment op het andere moment naar één aanbieder toe? Be careful what you wish for, want dat heeft voor een hele hoop gedoe gezorgd. Maar ik vind het wel moedig dat ze die poging hebben gewaagd. Als je kijkt naar de tweede poging die Zilveren Kruis in diezelfde stad, Utrecht, heeft gedaan, zie je dat die heel veel beter uitpakt. Waar zijn ze uitgekomen? Bij een aantal aanbieders in een wijk, die als een team met elkaar samenwerken. Zo heb ik het ook opgeschreven. Ik geloof in beperking van het aantal aanbieders. Ik geloof in aanbieders die bereid zijn om samen te werken. En ik geloof in het samenwerken als een team in de wijk. Waarom? Nou, dan hoeft de huisarts niet de hele vrijdagmiddag aan de telefoon te hangen als hij voor het weekend wijkverpleging moet zien te regelen. Dan weet de transferverpleegkundige op basis van de wijk waar iemand woont waar hij moet wezen om wijkverpleegkunde te regelen bij de transfer terug naar huis. Dat zijn nu trajecten waarbij je huisartsen en transferverpleegkundigen met de handen in het haar ziet, als je je oor te luisteren legt in een stad als Den Haag, een stad als Rotterdam of een stad als Amsterdam. Ik geloof wel in de combinatie van ideologie en pragmatisme, maar ik wil echt stappen zetten die kant op. Doen we dat rücksichtslos? Nee, want dan gaan we mensen kwijtraken. Dan gaan we mensen frustreren. Dat moeten we niet doen. We moeten dat stap voor stap doen. Ik schets ook graag hoe we dat stap voor stap gaan doen. Maar dat is wel de richting: meer samenwerking in de wijk en de wijk echt als uitgangspunt nemen. Dat heeft volgens mij nog een ander voordeel. De wijk als uitgangspunt nemen, is ook iets wat gemeenten doen. Wat zou het van enorme waarde zijn als de wijkteams rondom jeugd en Wmo weten dat er in dezelfde wijk ook een wijkteam is van wijkverpleegkundigen en – dan ga ik nog even door – ook een wijkteam van de ambulante ggz. Allemaal in die wijk, waarbij je elkaars 06-nummer kent, elkaar weet te vinden en weet wie er voor je klaar kan staan als je extra hulp nodig hebt. Ik geloof daar ontzettend in. Ik geloof dat die visie, of die richting, op enorm draagvlak kan rekenen in het veld. Dat is wat ik opmaak uit de gesprekken met heel veel wijkverpleegkundigen. Dat is niet per se wat ik eruit opmaak als ik de brieven lees die aan u zijn gestuurd ter voorbereiding van dit algemeen overleg. Daarom vind ik het ook nodig om het belang van het hele veld onder ogen te zien en te denken: jongens, zullen we nou een beetje met gezond verstand kijken hoe we de zorg nog een beetje organiseerbaar houden naar de toekomst toe? Dat is volgens mij echt met deze richting.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Daar ben ik het ook gewoon mee eens. Als ik kijk naar de slag die Zilveren Kruis heeft gemaakt, van één naar een beperkt aantal, dan denk ik: dat is goed, dat is positief. Maar dat kan nu ook al. Wat ik me nu afvraag, is: als we dit zo wenselijk vinden, wat is er dan voor nodig of wat zijn de beperkingen om dit met elkaar te realiseren? Ik wil de Minister vragen om daarbij ook te kijken naar de gemeenten. We hebben het altijd wel over «die markt» en over «competitie», maar laten we niet vergeten dat de gemeenten blijkbaar ook geen prikkel hebben om samen te werken. Dus daar moeten we ook naar kijken. Dan kan ik net zo goed zeggen: minder publiek en meer markt. Ik wil eigenlijk vrij blijven van die discussie, maar



wat kun je nou doen qua prikkels om ervoor te zorgen dat wijkteams, die overigens niet meer in elke gemeente bestaan, of loketten of mensen die daar werken, ook de samenwerking vinden met de wijkverpleegkundige? Dan ben ik het eens met een beperkt aantal aanbieders in plaats van een onbeperkt aantal.

Minister **De Jonge**:

We zouden inderdaad – u zei het volgens mij zelf – voor die ideologische discussie een avondvullend programma moeten inruimen, omdat het gewoon ook mooi is om te doen. Laat ik heel kort antwoorden. Ik heb niet gezegd «de zorg is nu een markt en daar moeten we morgen mee stoppen.» Ik heb gezegd: marktwerking is juist een heel diffuus begrip. De zorg is geen markt, zeker geen vrije markt, want het gaat altijd over publieke waarden die je moet willen borgen vanuit de zichtveld van de patiënt/cliënt. Een beetje kunnen kiezen wie er voor je zorgt, is een hartstikke goed idee. Het is ook in het belang van een patiënt als een aanbieder probeert beter te worden dan hij gisteren was. Er moeten prikkels in het stelsel zitten die dat op het oog hebben. Dat is helemaal niet zo verkeerd. Op sommige plekken is het doorgeschoten. Een voorbeeld daarvan vind ik de ongecontracteerde zorg. Daar is keuzevrijheid vertaald naar een individueel declaratierecht voor individuele aanbieders. Dat is nooit zo bedoeld geweest, maar het is wel zo geworden. Een voorbeeld vind ik ook die Europese aanbestedingen. Het belang van mededinging is niet groter, zeker niet als het over zorg gaat, dan het belang van samenwerking in een wijk, terwijl dat wel de implicatie is van de Europese richtlijn. Ja, daar ben ik mee aan de slag, maar het is ongelofelijk taai. Daar ben ik echt niet morgen vanaf, maar we moeten dat wel doen. We moeten dat durven uitspreken, ook als we weten dat we nog niet morgen een resultaat hebben. We moeten wel die kant op. Kortom, ik probeer er zo genuanceerd mogelijk over te zijn. De zorg is geen markt, de zorg is geen vrije markt. Het marktdenken heeft wel degelijk een aantal prikkels geïnitieerd die op een aantal punten zijn doorgeslagen. Daarom denk ik dat je opnieuw publieke waarborgen moet neerzetten. Dat vergt altijd bijstelling in de tijd op basis van wat je ziet gebeuren in de praktijk. Daar komt de pragmatiek weer om de hoek kijken. Zo moeten we ernaar willen kijken: wat is het effect daarvan, wat is de uitwerking daarvan?

Als u wijst op de samenwerking met de gemeenten, ben ik het volmaakt met u eens, maar als je wijkgericht denkt en werkt, als je als gemeente je stelsel rond de Wmo en de jeugd wijkgericht inricht, is het verrekke moeilijk om echt intensieve samenwerking in die wijk tot stand te brengen op basis van aanbieders wijkverpleging die kriskras door de hele stad en buiten de stad aan het werk zijn. Hoe krijg je ooit een wijkgerichte community van zorgverleners op het moment dat één deel van de zorg noch aan de inkoopkant noch aan de aanbiederskant een wijkgerichte oriëntatie heeft? Dat is heel moeilijk te doen. Om die reden zeg ik: jongens, als een team samenwerken in de wijk – als een team, niet per se met één aanbieder – levert enorme winst op, juist voor patiënten, juist op het snijvlak van Wmo en Zvw, waar nu heel veel tussen wal en schip raakt. Dat weten we gewoon. We kunnen proberen om het allemaal via regels op te lossen, maar ik geloof veel meer in gezond verstand en elkaars 06-nummer hebben in zo'n wijk. Ik geloof echt dat professionals veel praktischer zijn dan wij met z'n allen bij elkaar. Volgens mij moet dat de route zijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Nog één vraag daarover. De Minister spreekt van «als één team werken». Ik ben al blij dat hij het niet heeft over één organisatie in de wijk. De ervaringen in Utrecht geven al aan dat dat niet kan. Maar hoe kunnen we ervoor zorgen dat een gemeente wijkgerichter gaat werken? Hoe kunnen

we ervoor zorgen dat een gemeente de visie heeft dat mensen langer thuis moeten kunnen blijven wonen en daar ook een soort zorg in hebben? Dat vind ik op dit moment heel erg ontbreken. Het is niet alleen de wijkverpleegkundige die een heel belangrijke rol speelt. De gemeente heeft natuurlijk ook een rol en verantwoordelijkheid voordat iemand naar de Wlz gaat. Dat zie ik onvoldoende vaak terug in de aanpak van gemeenten. Hoe kun je zorgen voor een echte wijkgerichte aanpak?

**Minister De Jonge:**

Ik denk dat we deze discussie het komende jaar nog wel een aantal keren zullen voeren. Als het gaat over wijkgericht werken, denk ik dat gemeenten daar echt heel veel verder in zijn dan alle anderen. Ik ben het met u eens dat over de domeinen heen te weinig verantwoordelijkheid wordt gevoeld. Misschien klinkt dat verwijtender dan ik het bedoel te zeggen. We hebben het zo ingericht dat we eigenlijk drie stelsels naast elkaar hebben: een gemeentelijk gefinancierd stelsel, een zorgkantoorgefinancierd stelsel en een Zorgverzekeringswetgefinancierd stelsel, die allemaal van andere sturingsprincipes uitgaan. «De wijk eerst» is niet het sturingsprincipe in de Wlz en evenmin in de Zvw. Het is meer het sturingsprincipe dat gemeenten kiezen voor de inkoop van zorg. Dat gaat vanzelf mis als we niet met elkaar afspraken maken over meer wijkgericht werken, meer over de domeinen heen elkaar als financiers van de zorg en als regisseurs van dat stelsel opzoeken. Wat ik het mooie vind – dat moet ik er wel bij zeggen – is dat Zorgverzekeraars Nederland en de VNG elkaar hebben gevonden op een samenwerkingsagenda met name rondom ouderen, preventie en ggz. Ik denk dat daar de grootste winst te boeken is. Ze hebben met elkaar een regio-indeling gemaakt, voor hoe ze tot die samenwerking willen komen. Ze hebben gezegd welke zorgverzekeraar er in welke regio met welke gemeente als eerste samen optrekt, dus wie de aanspreekpunten zijn. Ze hebben gezegd dat het een landelijk dekkend netwerk moet zijn, dus men is wel heel erg juist in die richting bezig. Er gebeurt dus wel veel moois. De analyse die u maakt, wordt eigenlijk door zorgverzekeraars en door gemeenten precies op dezelfde manier gemaakt.

**De heer Hijink (SP):**

Een consequentie van de aanpak, van de voorstellen van deze Minister, is natuurlijk wel dat de positie, de rol van de verzekeraar nog veel groter wordt, dat die machtiger wordt. Die gaat straks bepalen welke organisaties in die buurt de zorg gaan verlenen en hoe zij dan als team moeten gaan samenwerken. Daar zit natuurlijk de grote zorg van heel veel wijkverpleegkundigen, want die hebben de afgelopen jaren dondersgoed gemerkt wat het betekent: veel druk op de tarieven, budgetplafonds en een hoge bureaucratielast. Wat gaat de Minister richting die verzekeraars nou doen? Hij geeft ze een sterkere positie, want zij gaan bepalen wie de zorg gaat verlenen en dus ook wie dat niet gaat doen, wie eruit worden gedonderd. Ik denk dat daar heel veel risico's aan zitten. Ik denk dat dat ook de grootste zorg is die heel veel wijkverpleegkundigen hebben over deze voorstellen: waar blijven wij als die verzekeraar straks oppermachtig wordt?

**Minister De Jonge:**

Ik ga eerst iets zeggen over die zorg. Het veld is heel breed, met heel erg veel aanbieders. Ik kom zo bij nieuwe toetreders en bij ongecontracteerde zorg, en de aantallen. Het veld is heel breed en er zijn dus ook best heel veel verschillende belangen. Als ik een zorg hoor, kijk ik altijd eerst heel goed naar de afzender ervan. Want die zorg is weleens niet helemaal zonder enig eigen belang. Als ik een brief stuur over bijvoorbeeld winst in de zorg, waarin we ook een aantal voorstellen doen om de mogelijkheden daartoe te beperken, krijg ik een aantal bezorgde reacties. Dan lees ik even wie de afzender is en dan denk ik: ik snap best dat deze afzender enigszins

bezorgd is. Dat snap ik. Laten we zeggen dat we het zonder zorgen van mensen niet gaan redden. Je zult een aantal keuzes moeten maken, die niet altijd in het belang zijn van degenen die juist van de huidige «free for all»-situatie nogal profiteren. Ik zeg het maar even zo hard als ik denk dat het is.

Twee is dat ik heel goed snap wat u zegt. Het zal altijd moeten gaan over voldoende counterveiling power. Een deel van die counterveiling power zit natuurlijk in de zorgplicht. Als je daar als verzekeraar onhandig en lomp mee omgaat, kun je zeker in een tijd met een enorm toenemende arbeidsmarktkrapte weleens in de situatie terechtkomen dat je gewoon je zorgplicht niet meer kan waarmaken en dan krijg je op je bast van de NZa. Ik denk dus dat er wel degelijk counterveiling power nodig is en dat die in het stelsel zit. Ik denk dat we bij onze manier van verder nadenken over het wijkgericht inrichten altijd deze vraag, die u terecht stelt, goed in het oog moeten houden. Hoe zorgen we voor voldoende counterveiling power en hoe voorkomen we – dat is meer de zorg die mevrouw Bergkamp ook heeft geuit, maar die u eigenlijk zelf heeft beantwoord op een manier zoals ik dat zelf ook zou doen – dat een al te rücksichtslose stap die kant op juist tot verlies van partijen of verlies van verpleegkundigen leidt in plaats van tot het zich weer thuis gaan voelen van verpleegkundigen?

Dat moeten we behoedzaam en met beleid doen. Daarom zetten we ook de stappen die we zetten waar het gaat over die samenwerking – ik kom zo nog te spreken over de ongecontracteerden en over de bekostiging – heel erg behoedzaam. In de huidige inkoopronde voor 1 januari aanstaande worden stappen gezet waarbij landelijk dekkende afspraken worden gemaakt over de onplanbare nachtzorg. Men gaat het concurreren in de nacht er gewoon uit halen en maakt met één aanbieder in een regio de afspraak dat die er voor de nacht is. Of met een consortium van aanbieders, dat kan ook. In ieder geval is er dan één gezamenlijke aanpak van de nacht, en is er geen concurrentie in de nacht. Dat geldt ook voor de coördinatie van de elv-plekken. Dat is de eerste stap en dat is een behoedzame stap. Die hebben ze uitgewerkt. Alle hoofdlijnenpartijen hebben dat gedaan, dus daar zit de counterveiling power al in. Daar zijn de verzekeraars bij betrokken, maar ook V&VN, ActiZ, Zorgthuis.nl en de VNG. Excuus aan iedereen die ik nu vergeten ben.

De uitwerking van die afspraak is dus in gezamenlijkheid door alle hoofdlijnenpartijen gemaakt. Die gaat per 1 januari aanstaande in en die zit in nu al in de inkoop. Dat is de onplanbare zorg. Als het gaat over het naar één team in de wijk toewerken, worden de afspraken nu ook in gezamenlijkheid uitgewerkt. Bij de uitwerking van die afspraken is de vraag hoe we dat behoedzaam zonder ongelukken en zonder onbedoelde bureaucratie doen. Dat is nou precies de manier waarop we daarmee aan de slag gaan, dus juist in gezamenlijkheid en juist in gesprek met die wijkverpleegkundigen en met de patiënten, om wie het moet gaan. Want daar doen we het voor.

De heer **Hijink** (SP):

Ik denk dat dit heel veel wijkverpleegkundigen nou niet bepaald gerust zal stellen. Dat heeft natuurlijk alles te maken met wat er de afgelopen jaren is gebeurd. Het is al verschillende keren gezegd, ook door anderen: de lonen die onder druk staan, die niet hoog genoeg zijn, en de druk die vanuit de verzekeraars wordt gelegd om maar te verantwoorden, te verantwoorden, te verantwoorden. Als ik dan hoor dat de Minister zegt dat die verzekeraar dat moet gaan organiseren binnen die buurt, weet ik wat er gaat gebeuren. Dan hebben namelijk de grote partijen die lagere tarieven kunnen accepteren dan andere partijen een voordeel. Er zijn ook nog kleintjes. We zijn tegen versnippering – daar zijn we het over eens – maar ik wil niet dat het kind met het badwater wordt weggegooid. En dat risico lopen we wel als we halsoverkop toe gaan naar vier, twee of drie

grote aanbieders per wijk zonder dat die kleine aanbieders, die heel goede zorg leveren, op een goede manier een plek krijgen binnen de teams die de Minister graag wil. Mijn vraag is hoe je dat gaat regelen.

**Minister De Jonge:**

In gezamenlijkheid dus. Uw samenvatting was dat de zorgverzekeraars het dus gaan regelen. Ik denk dat het zo niet zit. Hoe we daar gaan komen, is sowieso een gezamenlijk traject van alle hoofdlijnenpartijen. Zoals men nu een gezamenlijk plan van aanpak voor die eerste stap heeft gemaakt, gaat men ook een gezamenlijk plan van aanpak voor die tweede stap maken. De eerste stap, per 1 januari, is die van de onplanbare nachtzorg. Dat hebben ze in gezamenlijkheid gedaan, in grote eensgezindheid.

Daarbij zijn ook gewoon moeilijke en taai keuzes gemaakt, dus dat kan. Deze stap is natuurlijk spannender. Dat zie ik ook, maar ook die stap gaat men in gezamenlijkheid zetten. Dus men gaat daar, aan de voorkant, bedenken hoe men het eigenlijk gaat doen en hoe de implementatie ervan eruit moet zien. Dat is geen dictaat vanuit het departement, geen dictaat vanuit de zorgverzekeraars. Dat doen we in gezamenlijkheid.

In die wijken kan een zorgverzekeraar het niet in zijn eentje en kun je als zorgverzekeraar niet met een, twee of drie grote aanbieders zeggen: wij fiksen dat wel even en de rest kijkt maar wat hij doet. Dat kan niemand zich veroorloven, want we hebben iedereen in de wijkverpleging ongelooflijk hard nodig. Je zult dat dus altijd op een inclusieve manier moeten doen, om überhaupt aan je zorgplicht te kunnen voldoen. Kortom, ik maak me daar eerlijk gezegd niet zo'n zorgen over. Maar als uw zorg ook maar enigszins bewaarheid dreigt te worden, ben ik natuurlijk de eerste die tegen de mensen die daarmee bezig zijn zegt: pas nou op wat je aan het doen bent. Dit komt ook nog terug. Dit is niet morgen opeens gefikst. Dat is niet zo.

Dan de zorgen van de wijkverpleegkundigen. Ik spreek hier heel veel over, juist met wijkverpleegkundigen. Op alle werkbezoeken heb ik het hierover. Sterker nog: dat ik tot deze conclusie ben gekomen, is nou juist op basis van al die gesprekken met wijkverpleegkundigen. Ik hoor juist niet zo heel veel zorgen. Ik hoor juist: ja, dit moet de richting zijn. Niet van iedereen, dat klopt, maar van het gros wel.

**De voorzitter:**

Dan mevrouw Bergkamp. Ik wijs wel op de klok. We hebben nog maar één uur. De Minister is nog steeds met zijn eerste mapje bezig, dus het dreigt helemaal uit de hand te lopen als we ons niet beperken bij de interrupties.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik hoor wat u zegt en ik ga daar heel serieus mee om, voorzitter. Daarom zal ik ook maar één gedeelte doen van mijn interruptie. Ik heb namelijk geen antwoord gekregen op mijn vraag. Wat ik aan de Minister wil vragen, is wat we nu volgens het systeem van marktwerking niet kunnen doen wat de Minister wil. Of zegt hij dat eigenlijk alles al kan? Als de Minister zegt dat het doorgeschoten is, wat gaat hij daar dan aan doen?

**Minister De Jonge:**

Ik ga niet hetzelfde introetje doen dat ik net heb gedaan. Het gaat inderdaad over prikkels die in de basis best logisch zijn en best weleens ten goede zouden kunnen komen van patiënten, maar waarvan we zien dat ze zijn doorgeschoten. Ik noemde de aanbestedingen. U kent onze hele aanpak op aanbesteden: datgene wat we binnen de richtlijn kunnen doen, doen we al in de ondersteuning en voor datgene wat we niet binnen de richtlijn kunnen doen, gaan we naar Brussel. En twee. In de brief over marktwerking in de zorg heb ik het aantal nieuwe toetreders genoemd als iets wat doorgeschoten is. Mededinging is best belangrijk, maar niet belangrijker dan een toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen. Dus

wat we inderdaad gaan doen, is de publieke waarborg versterken op nieuwe toetreders. Dat is overigens mijn volgende blokje. Dat is een stap die we zetten.

Dan de bekostiging. Daar waar er nu een volumeprikkel in zit die heel erg aanjaagt dat je goed kiest welke cliënten je bedient en aan cherrypicking doet om vervolgens meer uren zorg te leveren dan strikt genomen noodzakelijk zou zijn, gaan we de bekostigingsprikkel eruit halen, de volumeprikkel eruit halen. Bekostiging is ook weer een ander blokje. Dat is ook een weg om te gaan.

Daarnaast gaan we die samenwerking in de wijk bevorderen. Daarvan vraagt u terecht of dat nu niet kan. Nou, ik denk dat daar nu heel veel juist wel kan. Tegelijkertijd denk ik dat heel veel regio's in Nederland dat niet laten zien. Dan is de vraag hoe dat komt. Dat komt dus door de inkoop, die niet wijkgericht is. Dat komt door heel veel nieuwe toetreders, die ook heel makkelijk opnieuw kunnen toetreden. Dat komt door de toename van ongecontracteerde zorg. Dat heeft dus een aantal achtergronden. Ik denk dat in dit geval een belangrijke wijkgerichte oriëntatie nodig is in de inkoop. Dat gaan we dus met die stappen doen. Er is dus niet een wettelijke mal waarmee we gaan afdwingen van «gij zult wijkgericht werken» of zo. Nee, dat is in gezamenlijkheid de afspraak maken om via de lijn van de inkoop het werk wijkgericht te doen. Dan kun je stappen maken die nu slechts in een aantal regio's worden gezet, terwijl dat in veel meer regio's zou kunnen.

**Mevrouw Ellemeet** (GroenLinks):

De Minister somde net een aantal oorzaken op van waarom er in de praktijk op veel plekken nog geen samenwerking is. Hij zegt dat het door de inkoop komt, die niet wijkgericht is, en dat het door de ongecontracteerde zorg komt. Dat vind ik geen oorzaken. Dat is precies wat ik heb proberen te betogen. Die ongecontracteerde zorg is ook een gevolg van iets anders. Dat mis ik de hele tijd in het betoog van de Minister. Ik ben het best met hem eens dat dat een probleem is en dat we die versnippering niet moeten willen, maar ik vind dat we wel een spade dieper moeten gaan. Als we dit probleem echt willen oplossen – ik geloof best dat de Minister dat echt wil – moeten we ook heel kritisch kijken naar die gecontracteerde zorg. De Minister zegt: «We gaan het samen doen. Het zijn niet alleen de verzekeraars, maar ook de wijkverpleegkundigen en ik kijk ook mee.» Een onderdeel van dat samen doen is ook contracten sluiten en afspraken maken over tarieven. Die tarieven worden op dit moment vastgesteld. Eerder is gezegd dat de Zorgautoriteit gaat monitoren op die tarieven, maar wat gaan we nou doen als die tarieven opnieuw niet kostendekkend blijken te zijn? Gaan we dan ingrijpen? Wat kan de Zorgautoriteit nog meer dan alleen monitoren?

**Minister De Jonge:**

Volgens mij is dit een aardige aanmoediging om naar het blokje van de ongecontracteerde zorg te gaan. Dat had ik eigenlijk net iets later willen doen, maar ik denk dat we het even naar voren moeten halen. Het zit een beetje in de interrupties die zijn geplaatst en zeker in die van u. Dan kan ik het wat evenwichtiger verwoorden, ook ten aanzien van die ongecontracteerde zorg. Want inderdaad, daar valt meer over te zeggen dan alleen dat de versnippering in de wijk komt door de ongecontracteerde zorg. Daar moet je veel meer over willen zeggen.

Maar eerst de tarieven. We hebben daar een afspraak over gemaakt in het hoofdlijnenakkoord, namelijk dat de ova moet worden doorgegeven. Dat is één. Twee is dat de NZa maximumtarieven kostendekkend vaststelt. Die tarieven worden elk jaar geïndexeerd. Het laatste kostprijsonderzoek is in 2017 geweest. Dat is helemaal niet zo heel lang geleden. In een contract kunnen zorgverzekeraars en aanbieders met elkaar een prijs overeenkomen die kan afwijken van het maximumtarief van de NZa. Maar, let op,

het gaat daar over een contractuele afspraak tussen twee partijen, namelijk een zorgverzekeraar en een aanbieder. Als ik individuele signalen krijg van «het tarief is te laag om te doen wat ik moet doen», is het voor een overheid helemaal niet zo makkelijk om daarop in te grijpen. Dan ga ik scheidsrechter zijn in een contractuele afspraak tussen twee partijen. En voordat je een goede scheidsrechter kunt zijn, moet je ook snappen waarom dat tarief kennelijk door die zorgaanbieder als te laag wordt gezien en kennelijk door die verzekeraar als voldoende wordt gezien. Dan moet je vrij diep de organisatie en de afspraak in. Dat kan het departement niet doen, want dan komen we echt op een verkeerde stoel te zitten. Niettemin hebben we natuurlijk wel de NZa die hier gewoon een rol heeft, namelijk door die maximumtarieven vast te stellen op basis van kostprijsonderzoek. Dat is de eerste. Het tweede is dat er door partijen is afgesproken dat er ook een geschillencommissie is voor als je het bij een individuele contractafspraken oneens blijft over tarifiering en de mate waarin die terecht is.

Dan het transparant maken. Daar heeft u ook een aantal vragen over gesteld. Transparant in de uitgangspunten sowieso: dus de maximumtarieven en het doorgeven van de ova. Daar zijn we uiteraard transparant in, maar transparantie over individuele tarieven kan natuurlijk niet. Je kan niet bedrijfsgevoelige informatie openbaren. Die individuele tarieven zijn trouwens ook best moeilijk te duiden, want je moet echt snappen welke afspraken er dan voor zijn gemaakt en wat je dan dus terugvraagt voor die individuele tarieven. Ik zou daar niet zo mee willen omgaan. Ik zou het departement niet in de rol willen zetten van het openbaar maken van de tarieven.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik was iets specifiek, want ik vroeg om de verzekeraars te vragen ... Ook prima als de Zorgautoriteit dit als onderdeel ziet van zijn monitorrol, want de Zorgautoriteit monitort. Je kunt hier natuurlijk heel mooi afspraken op hoofdlijnen maken, en over uitgangspunten, en daar kunnen wij allemaal onze handtekening onder zetten, hartstikke mooi, maar het punt is: wat gebeurt er in de praktijk? Wij krijgen veel signalen dat in de praktijk in de afgelopen jaren die ova niet volledig wordt doorgerekend in de tarieven. Mijn vraag was dus specifiek. Laat zorgverzekeraars onderbouwen hoe die tariefstijging in relatie tot de ova is doorgerekend. Dan gaat het niet over het hele tarief, maar over dat element. Ik denk dat wij dat echt moeten weten. Wij kunnen hier allemaal mooie woorden gebruiken, maar uiteindelijk gaat het natuurlijk over de vraag of er voldoende geld is om dat werk te kunnen doen.

Minister **De Jonge**:

Dat is het precies en eigenlijk doen wij het ook precies zoals u zegt. Op hoofdlijnen zijn de afspraken landelijk gemaakt, maar individueel moet je natuurlijk transparantie hebben over de vraag hoe je dat als zorgverzekeraar voor mij als aanbieder hebt vertaald. Dus hoe doe je de indexatie, de ova-afspraken, micro in de tarieven? Die transparantie moet er inderdaad zijn voor de individuele aanbieder, want die moet kunnen begrijpen wat er wordt gedaan met het tarief waarvoor hij wordt geacht te werken. Andersom moet die transparantie er ook zijn, namelijk als een aanbieder tegen een zorgverzekeraar zegt: sorry, maar voor dat geld kan ik het niet. Dan moet die transparantie er ook zijn in de richting van de aanbieder. Kortom, daar moet dat gesprek plaatsvinden. Als ik u zo mag begrijpen, ben ik het zeer met u eens. Daar sturen wij ook op aan. De NZa stuurt daar ook op aan. De Geschillencommissie stuurt daar ook op aan op het moment dat zo'n geval aan haar wordt voorgelegd. Daar ben ik het zeer mee eens, maar ik dacht even dat u bedoelt dat wij landelijk tarieven gaan publiceren. Ik zie niet voor me hoe wij dat zouden moeten doen,

maar hier ben ik het zeer mee eens. Dus die transparantie op microniveau is exact de afspraak die is gemaakt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

In de praktijk gebeurt dit nog onvoldoende. Ik krijg van alle kanten te horen dat die transparantie er nog niet is. Ik krijg ook te horen dat de Zorgautoriteit mag monitoren, maar dat zij niet mag ingrijpen bij individuele contractonderhandelingen. Dus op een gegeven ogenblik zitten wij natuurlijk in een moeilijke positie. Dan is er natuurlijk wel een Geschillencommissie, maar de basis van alles is dat er voldoende geld staat tegenover de inhoudelijke, kwalitatieve afspraken. Uiteindelijk is het de kernvraag van dit debat of die tarieven toereikend zijn, want dan ga je echt veel ongecontracteerde zorg voorkomen. Daar ben ik van overtuigd.

Minister **De Jonge**:

Was het maar zo. I wish it was true, maar dan gaan we het stapje maken naar de ongecontracteerde zorg. Kan de NZa ingrijpen in individuele contractonderhandelingen? Nee, het is natuurlijk onverstandig om dat te doen, want de NZa heeft namelijk een ander aangrijpingspunt. De NZa houdt toezicht op de zorgverzekeraar om vast te stellen dat hij voldoet aan zijn zorgplicht. Als je als zorgverzekeraar tarieven aanbiedt onder de kostprijs en je bent niet bereid om verder te gaan, dan kun je je zorgplicht niet waarmaken, zeker niet in een markt waarin de personeelskrapte iedereen op het voorhoofd staat. Zo kun je als zorgverzekeraar je zorgplicht niet waarmaken. Kortom, ik ga niet ingrijpen in individuele contractonderhandelingen. Ik vind ook niet dat de NZa die rol moet spelen als zorgautoriteit. De Geschillencommissie die men gezamenlijk heeft ingericht, moet dat soort uitspraken overigens wel doen, maar dat moet echt in dat gesprek plaatsvinden. Daar waar je in het verleden misschien nog kon zeggen dat een zorgverzekeraar het zich kon veroorloven om met een aantal partijen de contractuele disputen over tarieven eenzijdig te beslechten, is die tijd echt voorbij, want je hebt je als zorgverzekeraar echt rekenschap te geven van de eis dat je voldoet aan je zorgplicht. Ik hoor met u best heel vaak dit soort signalen, overigens in alle sectoren. Laten wij nu niet net doen alsof dit een exclusief ding is voor de wijkverpleging. Door partijen is in het hoofdlijnenakkoord afgesproken dat als er sprake is van dit type individuele signalen, men ook man en paard noemt en dat men die ook aanhangig maakt bij Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars Nederland gaat daar ook mee aan de slag. Ik heb zelf een aantal van dat soort signalen in mijn mailbox gehad. Die zijn op dezelfde manier behandeld. Ik heb gezegd dat ik niet in individuele contractonderhandelingen ga opereren. Tegelijkertijd ga ik natuurlijk serieus om met zo'n signaal van belangrijke aanbieders. Ik heb het, zoals wij hadden afgesproken, neergelegd bij Zorgverzekeraars Nederland. Dat leidt tot een gesprek tussen aanbieder en zorgverzekeraar waarbij inderdaad meer transparantie wordt betracht, waarbij men meer de achterkant laat zien in zo'n zorginstelling. Dat leidt dan tot een oplossing. Ik denk echt dat wij het zo moeten doen. Als wij gaan interveniëren in tarieven of als wij gaan standaardiseren in tarieven, zie ik niet hoe dat ons kan helpen. Ja, van de regen in de drup. Nou ga ik over op de ongecontracteerde zorg.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik weet niet of dit een punt van de orde is, maar ik ben nu eventjes kwijt waar de Minister ...

Minister **De Jonge**:

De orde.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ja, de orde. Het herkenbare lijstje.

**Minister De Jonge:**

Ik ga even terug. Ik begon met mijn toekomstvisie op de wijkverpleging en dan met name het samenwerken in de wijk. Dat is één. Ik meende daarna nieuwe toetreders en bekostiging, en daarna het bevorderen van gecontracteerde zorg te doen, maar ik denk nu dat het toch handiger is om even die ongecontracteerde zorg naar voren te halen. Dan doe ik daarna de nieuwe toetreders en daarna de bekostiging.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

Dan heb ik nog een interruptie over het toekomstperspectief. Dan is het denk ik het handigste om dat nu te doen voordat wij naar een volgend blokje gaan.

Ik heb de inleiding van de Minister gehoord en het antwoord op de verschillende interrupties, en toch blijf ik ongerust over mijn punt in de eerste termijn. Het gaat de hele tijd over een vorm van organiseren, een vorm van samenwerken waarmee ik het in hoofdlijnen helemaal niet oneens ben. Volgens mij kun je het er ook bijna niet mee oneens zijn, maar het begint allemaal bij de inhoud. Wat willen wij nou dat dat herkenbare team in de wijk bij mensen thuis voor type zorg, voor type wijkverpleging levert? Wat mogen zij verwachten en hoe krijgen wij daar inzicht in? Dat hele traject loopt nu vertraging op. Het is onduidelijk wat een wijkverpleegkundige mag en kan en hoeveel ruimte er is om preventief te handelen, laat ik het maar even zo noemen, om te voorkomen dat er op een later moment veel meer zorg nodig is. Mijn vraag aan de Minister is of wij de dingen nu niet in de verkeerde volgorde doen. Het zit eigenlijk al in het rijtje van de Minister in de verkeerde volgorde. Nog wel voor de varia, maar hij behandelt het pas helemaal op het einde. Ik realiseer me dat ik nu ook de boel overhoop gooi. Ik maak er nu een grap van, maar ik meen het echt serieus. Ik vind echt dat de Minister hier in de verkeerde volgorde te werk gaat.

**Minister De Jonge:**

Ik denk het niet, want het is namelijk allemaal afgesproken in hetzelfde hoofdlijnenakkoord. Als wij de situatieschets delen met elkaar zoals wij eigenlijk net hebben gedaan ... Ik geloof niet dat wij het daar op hoofdlijnen heel erg over oneens zijn. We gebruiken misschien wat andere woorden en accenten, maar volgens mij zien wij allemaal die versnippering en zien wij allemaal risico's van een gebrekkige toegankelijkheid in de toekomst, als we dit hier niet anders gaan doen. Tegelijkertijd zijn natuurlijk de kwaliteit van het werk en het normeren van de kwaliteit van het werk enorm belangrijk. Het kwaliteitskader dat tot stand is gebracht, maakt juist onderdeel uit van het hoofdlijnenakkoord. Dat hoofdlijnenakkoord gaat niet alleen over gecontracteerd en ongecontracteerd, integendeel. Daar staan hartstikke veel inhoudelijke kwaliteitsafspraken in. Ja, dit loopt vertraging op, maar om een goede reden, namelijk het betrekken van professionals. U en ik ook benadrukken daar altijd het belang van.

De vertraging die nu is opgelopen, gaat over het meetinstrument dat is afgesproken in het kwaliteitskader en dat nog verder moet worden uitgewerkt, de PREM-meting. Het duurde wat langer om daar echt een door professionals gedragen voorstel voor te maken. Daarom is tijdelijk de NPS gebruikt. U kent die afkortingen wel. Kortom, ja er is iets vertraging, maar er is juist vertraging doordat met professionals wordt gekomen tot een uitwerking van kwaliteitsindicatoren waarin men ook met elkaar gelooft.

Ik geloof overigens dat kwaliteitssturing en het verhaal dat ik zojuist noem, alles met elkaar te maken hebben. Kijk naar nieuwe toetreders. Wat is een van de grootste bezwaren van nieuwe toetreders? Dat je niet weet



wat voor vlees je in de kuip hebt. Eigenlijk weet je wel dat je in heel veel gevallen matig vlees in de kuip hebt. Een deel van het probleem bij ongecontracteerde zorg is de onmogelijkheid om te sturen op kwaliteit, daar waar wij dat wel van zorgverzekeraars verlangen. Dat kan gewoon niet. Kortom, die onderwerpen hebben nu eenmaal alles met elkaar te maken. Je kunt geen enkel onderwerp geïsoleerd zien.

Daarom ben ik begonnen met het schetsen van mijn toekomstbeeld van de wijkverpleging. Inderdaad had ik in de blokjesindeling kwaliteit niet als eerste staan, omdat ik heb gekeken waarover de meeste vragen waren gesteld. Maar u heeft helemaal gelijk, kwaliteit is helemaal onderdeel van het hoofdlijnenakkoord, of het nu gaat over bekostiging, ongecontracteerde zorg of nieuwe toetreders. Eigenlijk vormen de hele tijd kwaliteit, het vermeende gebrek eraan en de bezorgdheid over de vraag of het ons wel lukt om de kwaliteit in de toekomst te handhaven, telkens de achtergrond van de keuzes die wij daarin te maken hebben.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

In de beantwoording komt de Minister steeds aan met de versnippering en de gecontracteerde zorg. En ja, die punten zie ik. Aan de ene kant is er de Wtza. Aan de andere kant is er de agenda van de Minister om problemen met ongecontracteerde zorg aan te pakken, of om contracten en afspraken met verzekeraars te bevorderen. Daarbovenop is de Minister met een toekomstperspectief gekomen, want hij vindt dat er nog extra dingen nodig zijn, boven op de afspraken in het hoofdlijnenakkoord. Daar kan ik me ook nog in vinden. Dat is helemaal gefocust op dat ene, herkenbare team in de wijk, waarmee zorgverzekeraars al bij de inkoop van volgend jaar rekening moeten houden. Maar kijk naar het rapport dat gisteren verstuurd werd over waartegen aanbieders en verzekeraars aanlopen; mevrouw Bergkamp noemde het al. Op het gebied van innovatie is er al heel veel interpretatieverschil: wat is dat precies? Daar komt nog bij dat er integraal of voor een herkenbaar team in de wijk moeten worden ingekocht. Wat is dat dan precies? Wat valt daaronder? Wat mag iemand daarvan verwachten? Ik ga mezelf herhalen, maar ik heb echt het gevoel dat we onszelf blindstaren op een organisatievorm en dat we al die andere vragen, waarmee het allemaal begint en waar mensen thuis op moeten kunnen vertrouwen, pas achteraan gaan beantwoorden.

**Minister De Jonge:**

Volgens mij schetst mevrouw Hermans een tegenstelling die er niet is. In het Kwaliteitskader Wijkverpleging wordt «wijkverpleging» omschreven als «een team van wijkverpleegkundigen en verzorgenden». Dat team is er in de werkelijkheid in heel veel gevallen niet. Kortom, het werken aan één team in de wijk is het dichterbij brengen van het kwaliteitskader, dat de professionals zelf als kwaliteit hebben omschreven. Dus het is geen tegenstelling. Het zijn allerlei manieren om aan hetzelfde te werken. De Wtza en alles wat daarop moet volgen, heeft alles te maken met het überhaupt kunnen leveren van kwaliteit. Er is nu eigenlijk geen kwaliteitssturing op nieuwe toetreders, maar de basis om afspraken over innovatie te maken, is nou juist een contract. Dat erkennen alle partijen van het hoofdlijnenakkoord. Kortom, we moeten niet doen alsof kwaliteit en de implementatie van het kwaliteitskader een geïsoleerd thema is, en dat de condities waaronder men wordt geacht kwaliteit te leveren losstaande sporen zijn. Die dingen zijn allemaal dienstbaar aan het überhaupt kunnen leveren van kwaliteit. Over het ene element uit het kwaliteitskader dat vertraging heeft opgeleverd, kan ik zeggen: dat vind ik jammer. Eerst dacht ik: nu heb ik een slecht gesprek met mevrouw Hermans, die daar ook de vorige keer over gesproken heeft. Maar nu ik de achtergrond ervan ken, begrijp ik het ook wel. Het gaat over de goede indicatoren kiezen. Dat kan je alleen doen als er draagvlak voor is bij de professionals. Anders had u terecht gezegd: hoe kunnen er zomaar eventjes indicatoren

doorheen worden geramd? Waar dat geprobeerd wordt, gaat het eigenlijk altijd mis. Dat het bedenken van de goede indicatoren iets meer tijd kost, vind ik dus eerlijk gezegd ook weer niet zo heel erg. Ik zie dat het kwaliteitskader op een geweldig groot draagvlak kan rekenen. Men is het echt niet over alle thema's eens, maar het kwaliteitskader heeft wel een heel groot draagvlak. Dat vind ik dus eerlijk gezegd juist een goed teken. Het duwt allemaal dezelfde kant op, wil ik maar zeggen. Ik focus niet op een organisatie dingetje dat daar los van staat. Het duwt allemaal dezelfde kant op.

Laat ik bij het begin beginnen, bij het regeerakkoord. Daarin is afgesproken dat meer onderscheid maken tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg van belang is omdat de groei van de ongecontracteerde zorg ongewenst is en dat, als het nodig is, de wet- en regelgeving moet worden aangepast. Die afspraak is dus gemaakt in het regeerakkoord. Dat is overigens gebeurd in een situatie waarin we nog niet zeker wisten of die ongecontracteerde zorg wel een probleem zou worden. Over ongecontracteerde zorg bestonden in de vorige kabinetsperiode wel zorgen, maar die waren nog geen werkelijkheid geworden. Nu is die zorg werkelijkheid geworden, in een tempo waarvan ik echt schrik. Het klopt dus dat u van mij daarover bezorgde mededelingen heeft gezien. Dat moet ik even goed uitleggen in de volgorde der dingen. Sowieso is de volgorde der dingen van belang omdat mevrouw Ellemeet vroeg of we de dingen hier wel in de goede volgorde doen. Het antwoord daarop is volgens mij ja. Het begint bij de afspraak in het regeerakkoord, die vervolgens is geland in het hoofdlijnenakkoord van mei/juni vorig jaar. In dat hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat groei ongewenst is, dat er maatregelen worden getroffen om de ongewenste groei tegen te gaan en dat een wetgevingstraject niet moet worden uitgesloten als dit onvoldoende lukt. Het staat daar mooier beschreven, maar dit is even de parafrazering daarvan. Dat was toen, in mei. Dat was op basis van de voorlopige cijfers over 2017. Inmiddels hebben we de definitieve cijfers. Die blijken over 2017 hoger te zijn dan gedacht. Inmiddels hebben we ook de cijfers over 2018, en die zijn weer hoger dan die van 2017. Ik heb van de zorgverzekeraars ook het eerste hoopvolle bericht over Q1 gehoord, maar die ene zwaluw maakt voor mij nog geen zomer omdat Q1 nog helemaal niet is uitgedeclareerd, om het in technische termen te zeggen. Sommige declaraties lopen namelijk door en komen later binnen. We weten echt pas in Q4 van dit jaar hoe het staat met Q1. Ik kan mij heel erg goed voorstellen dat u die observatie ten aanzien van de feitelijke werkelijkheid zoals die zich heeft ontwikkeld, wilt gebruiken bij de behandeling van het wetsvoorstel. Dat begrijp ik. Wij gaan dit wetsvoorstel afronden. Dat komt in het najaar. Ik snap heel goed dat u de laatste observaties over Q1 2019 wilt betrekken bij de behandeling van het wetsvoorstel. De definitieve cijfers komen ook in Q4. Ik zal kijken of dat een beetje bij mekaar komt. U gaat over uw eigen planning, dus u zult het waarschijnlijk bij elkaar plannen.

Toen wij ons zorgen maakten over de groei van ongecontracteerde zorg en daarover afspraken maakten in het hoofdlijnenakkoord, hebben we niet gezegd: we maken ons zorgen, dus er moet een wet komen. Nee, we hebben het volgende gezegd. Zo heeft u ook al eerder, volgens mij zelfs al twee keer, het debat met mij gevoerd over ongecontracteerde zorg. Een belangrijke driver voor ongecontracteerde zorg is, zo blijkt uit de NZa-inkoopmonitor, onvrede over hoe men in staat is om contracten te krijgen bij zorgverzekeraars. De eerste huiswerkopdracht is niet om een wet te gaan typen en ligt ook niet op het bordje van de Minister. Deze ligt op het bordje van de zorgverzekeraars en houdt in dat ze ervoor moeten zorgen dat ze hun contracteerproces verbeteren. Daar ligt het eerste huiswerk. Ik heb u ooit een brief van 29 kantjes gestuurd, zo weet ik nog, met alles wat u altijd al had willen weten over de ongecontracteerde zorg. In die brief hebben we heel uitvoerig en minutieus uiteengezet wat we

allemaal extra verwachten van zorgverzekeraars en wat ze beter moeten doen. Die afspraak is gemaakt in juni 2018 en betreft een inkoopproces dat toen begon te spelen voor 2019. Het zou wel heel raar zijn als die bestuurlijke afspraken onmiddellijk op dat eerstvolgende contracteerproces al helemaal goed zouden zijn gegaan. Als ik nu de inkoopmonitor van de NZa van dit voorjaar over het afgelopen contracteerproces bekijk, zie ik toch dat er al forse verbeteringen in zitten. We zien gewoon dat de aanbieders minder administratieve lasten ervaren en dat het voor een pitter, een kleintje of wat dan ook bent. We zien daar al een verbetering van het contracteerproces. U zult zeggen dat dit nog niet goed genoeg is. Dat vind ik ook. De zorgverzekeraars vinden dat trouwens zelf ook. Iedereen ziet daar nog ruimte voor verbetering. Maar het gaat in het contracteerproces wel beter.

Kortom, de cijfers zijn zo. Het gaat in het contracteerproces beter. Niettemin neemt de ongecontracteerde zorg toe. Dat is de werkelijkheid. Die werkelijkheid vind ik nog somberder omdat ik zie dat het percentage inmiddels 9% is. Bijna 10% van onze zorg is ongecontracteerd! Per cliënt in de ongecontracteerde zorg wordt 2,7 keer zoveel zorg geleverd als in de gecontracteerde zorg, zonder dat daar enige verklaring voor is op basis van cliëntkenmerken. We kunnen dan zeggen «ja, ingewikkeld, maar misschien moeten we toch maar even kijken of het contracteerproces misschien nog een beetje verbetert, want dan neemt het aantal ongecontracteerde partijen af», maar ik denk niet dat dit het geval is. Ik denk dat we ons grote zorgen moeten maken, niet alleen over het versnipperende effect daarvan, maar ook omdat het gewoon oneerlijk wordt, zeker gezien een steeds krappere wordende arbeidsmarkt en een enorm toenemende zorgvraag, zeker thuis. Straks is er voor een aantal cliënten helemaal geen zorg meer, terwijl een aantal cliënten dat kiest voor ongecontracteerde zorg, 2,7 keer meer krijgt dan normaal moet worden geacht op grond van de cliëntkenmerken. Dat kunnen we ons gewoon echt niet veroorloven. Ik ga geen wet indienen die zegt dat er een einde komt aan de ongecontracteerde zorg. Dat ga ik niet doen. Dan zou ik dát wel geschreven hebben. Dat ga ik dus niet doen. Het enige wat ik doe, is zeggen dat de checks-and-balances in evenwicht moeten zijn. Het contracteerproces moet inderdaad heel veel beter. Verzekeraars moeten doen wat binnen hun eigen instrumentenkist – denk aan een sessieverbod, machtiging of wat dan ook – wel degelijk in hun mogelijkheden ligt om het volume van de ongecontracteerde zorg te beperken. En ja, we hebben ook nog de ongecontracteerde aanbieders die heel bewust voor ongecontracteerde zorg kiezen omdat men geen zin heeft in een volumeplafond, waardoor je volop ziet dat men het lagere tarief corrigeert via het volume. Dat kan natuurlijk niet de situatie zijn. Er moet dus worden afgesproken wat het tarief moet zijn dat, even aansluitend bij het hinderpaalcriterium, ten aanzien van de keuzevrijheid nog net geen hinderpaal is – fair enough – maar waarbij het in ieder geval niet meer lucratief is om je op die manier aan contractuele afspraken te willen onttrekken. Het kan natuurlijk niet waar zijn dat je geen contractafspraken en plafondafspraken wilt maken, maar via het volume per cliënt eigenlijk de contractuele eisen corrigeert. Jongens, als we dat gaan doen, is er straks geen avond-, nacht- en weekenddienst meer. Echt niet, dan krijgen we het gewoon niet meer georganiseerd. Dan worden de moeilijkste cliënten echt niet meer geholpen.

Wat we moeten doen, is denken vanuit het algemeen belang. Daarom moeten we hier een correctie op aanbrenge. Dat gebeurt zeker niet alleen met de wet die wij gaan maken, want dat is maar één onderdeelje en maar één instrumentje. We gaan het er uitvoerig over hebben of u dat een goed instrument vindt. En dan wilt u waarschijnlijk ook nog weer die laatste Q1-cijfers goed geverifieerd hebben. Dat snap ik allemaal. Daar gaan we het dus goed over hebben. De opvatting van deze Minister over de ongecontracteerde zorg is geen particuliere opvatting, want die staat in

het regeerakkoord en in het hoofdlijnenakkoord. De groei van de ongecontracteerde zorg is ongewenst en moet worden teruggedrongen, en we zien dat het niet goed lukt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Echt, dit verhaal van de Minister, met zo veel nadruk op het feit dat de contracten beter moeten en dat het daarmee begint, vind ik echt heel prettig om te horen. Eerlijk gezegd heb ik dat wat gemist in de media-uitingen. Ik hoop dat de Minister dat snapt. Daarin werd namelijk heel erg de nadruk gelegd op de ongecontracteerde zorg. Ik denk dat dit het verhaal een stuk meer in balans brengt. Ik kom de Minister een beetje tegemoet, want ik snap wat hij zegt. Voor een deel krijg ik signalen over de zzp'isering van de wijkverpleegkundige. Mensen gaan weg bij vaste aanbieders. Dat moet je natuurlijk goed onderzoeken. Waarom gaan ze weg? En dan heb je ook nog nieuwe aanbieders waarvan je je af kunt vragen waarom ze eigenlijk in de zorg zitten. Doen ze dat omdat ze echt voor mensen willen zorgen of hebben ze een andere reden? De toestroom zal dus deels te maken hebben met andere motivatie dan het voor mensen willen zorgen. Maar we moeten ook de signalen serieus nemen van mensen die vertrekken bij aanbieders die onder contract werken. Wat hoor je daar? Dat grote aanbieders, die bijvoorbeeld ook verpleeghuiszorg bieden, financieel net wat flexibeler zijn om ook een aantal mooie projecten in de wijkverpleging te doen.

Mevrouw Hermans en ik waren samen bij Omring. Daar hebben we zo'n mooi voorbeeld gehoord over een dementieteam in de wijkverpleging. Dat team keek echt heel breed, niet alleen naar de medische kant, maar ook naar wat de mensen nodig hadden. Wij vroegen hoe het kan dat we dit niet meer zien. Het antwoord was dat ze dit konden doen omdat ze daar een speciale afspraak over gemaakt hebben met de zorgverzekeraar. Het was dus een speciaal project. Maar je wilt eigenlijk dat dit de norm is. Je wilt dat het de norm is dat je naar de patiënt kunt kijken en een breed aanbod kunt organiseren, en dat het niet alleen over de medische kant gaat. Mijn punt is dus dat we er nog lang niet zijn met die contractafspraken. Wat ik aan de Minister wil vragen is hoe hij dit actief wil gaan bevorderen. Hoe gaat hij ervoor zorgen dat de goede voorbeelden die wij uit het land horen de norm worden in plaats van de mooie uitzonderingen? Daarmee kunnen we ook voorkomen dat mensen die nu in vaste dienst zijn onder contract, zich omdat zij hun werk niet kunnen doen zoals zij dat willen doen, gedwongen voelen om via ongecontracteerde zorg te gaan werken.

Minister **De Jonge**:

Het voorbeeld dat u noemde, spreekt mij heel erg aan. Ik vind het ook een grappig voorbeeld. Mij wordt namelijk vaak verteld dat door de rechtmatigheidseisen in de Wlz er juist heel beperkte mogelijkheden zijn om ook de wijk in te stappen. Daarvan zeggen wij dan altijd weer: volgens ons kan er meer dan u nu doet. Dat blijkt maar weer uit dit voorbeeld. Het is dus een terecht voorbeeld. Ik vind dat heel mooi, en ik snap ook wat u zegt over die zzp-vlucht. Dat baart alle partijen in de zorg op dit moment zorgen. Als die zzp-vlucht als achtergrond een verdienmodel heeft dat een intermediair bureau bedenkt in tijden van grote krapte, dan is dat onhoudbaar. Je ziet hetzelfde in het onderwijs; je ziet het eigenlijk in alle zorgsectoren. Zo wordt die zzp-vlucht bijna gestimuleerd, en vervolgens worden diezelfde mensen tegen een hoger uurtarief weer in de aanbieding gedaan bij diezelfde instelling. Dat kan niet. Tegelijk kan die stap naar het zzp-schap ook gedreven worden door andere motieven: ik voel onvoldoende ruimte om mijn werk te doen, ik voel dat ik word beknot in de professionele vrijheid die ik gewoon nodig heb, ik vind dat ik door mijn werkgever onvoldoende wordt gesteund. Als die vlucht ontstaat doordat mensen in hun werk onvoldoende ruimte ervaren, dan is dat

natuurlijk een slechte zaak. Beide verhalen worden overigens verteld. Ik denk dat beide verhalen ook gewoon waar zijn. Dus moet het antwoord ook gedifferentieerd zijn en kan je niet één antwoord bedenken voor het probleem van de zzp-vlucht, die je overal in de zorg ziet.

Dus hebben we afgesproken dat partijen apart gaan onderzoeken wat de motieven zijn om de stap naar het zzp-schap te maken. Dat onderzoek gaat dus breder dan de ongecontracteerde zorg, want ook zzp'ers kunnen gecontracteerde zorg leveren. Dat gebeurt gelukkig ook meer dan vorig jaar. Wat zijn de motieven om voor jezelf te beginnen als aanbieder?

Afgesproken is dat partijen een onderzoek doen – volgens mij zijn wij participant in dat onderzoek – om die motieven te achterhalen. Dat moeten we namelijk gewoon weten. Ik voorspel dat het zit zoals u zegt, namelijk dat het allemaal een beetje waar is. Het kan daarbij zeker gaan om mensen in de zorg die zich te veel beknot voelen, maar ook om mensen die vluchten naar een verdienmodel waarvan ze denken: hé, dat is wel heel makkelijk; het zou wel heel dom zijn als ik hier geen gebruik van maak.

**De voorzitter:**

Met het oog op de tijd: we hebben nog 25 minuten. Als ik goed geteld heb, is de Minister bezig met het derde van de zes mapjes.

**Minister De Jonge:**

Dat heeft u vrij goed geregistreerd.

**De voorzitter:**

Maar gelet op de tijd zie ik dat het een probleem wordt. Ik zou de Minister dus willen aanmoedigen om het snel te doen. De collega's vraag ik hun interrupties te beperken.

**Minister De Jonge:**

Ja. Het is zo'n mooi onderwerp, voorzitter.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

Mogen wij een voorstel doen? Ons voorstel is om de eerste termijn nu af te ronden en de tweede termijn op een later moment te doen. Het zijn best wel veel onderwerpen en ik zou het zonde vinden als we dat allemaal moeten afraffelen.

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik had net ook gevraagd of ik nog een vraag mocht stellen, maar ik begrijp dat de Minister graag doorgaat met de antwoorden. Misschien beantwoordt hij dan nog een deel van mijn vragen die ik in eerste termijn heb gesteld maar waarop ik nog geen antwoord heb gekregen. Ik vind het lastig om dit overleg min of meer vol op de handrem te voeren.

**De voorzitter:**

Dat begrijp ik. Dat zal in de procedurevergadering van uw commissie verder worden vastgesteld. Ik heb het gevoel dat u dan ook wat meer tijd heeft gehad om de stukken die gisteravond zijn binnengekomen, beter tot u te nemen. In de procedurevergadering kunnen we dan besluiten om een tweede termijn in te plannen. Maar laat de Minister niet denken dat hij hiermee de vrije hand heeft. We houden wel de hand aan de tijd.

**Minister De Jonge:**

Nee, voorzitter. Ik voel uw priemende ogen in mijn rug, dus ik zal opschieten. Overigens, ik zat even te smoezen over een mogelijke combinatie van de tweede termijn van dit debat en het debat over het actieprogramma Langer Thuis. Beide onderwerpen hebben op z'n minst heel veel inhoudelijke raakvlakken. Dat maakt het ook mogelijk om gelijk

moties in te dienen. Dat debat is op 25 september; op de verjaardag van mijn broer.

Dan de vragen. Ik ga me echt even concentreren op de vragen zoals die zijn gesteld. Ik laat alle beschouwingen even achterwege, wat wel jammer is, want dat vind ik zo prettig om te doen.

Mevrouw Ellemeet heeft gevraagd of er ook wijkverpleegkundigen bij die contractonderhandelingen worden betrokken. De wijkverpleging kent meer dan 3.000 aanbieders. Het is dus niet doenlijk voor al die zorgverzekeraars om ze allemaal afzonderlijk te spreken en om ook nog met hun wijkverpleegkundigen contact te hebben. Tegelijkertijd zijn die vernieuwende projecten, die je in alle contractuele afspraken ziet staan, vaak door professionals zelf geïnitieerd. Juist in de stappen naar voren daarbij wordt heel intensief met wijkverpleegkundigen gesproken. Los daarvan is het natuurlijk altijd ook een keuze van wijkverpleegkundige organisaties zelf hoe je, bij grote, belangrijke beslissingen in eigen huis, de mensen betreft om wie het gaat. Laat je ze dan saai contractonderhandelingsstukken lezen of betrek je dan juist de initiatieven vanuit de wijk bij het maken van goede ideeën? Meestal zal het dat laatste zijn. Maar het is natuurlijk volmaakt logisch en hartstikke goed om medewerkers te betrekken bij de stappen die je zet.

De heer Kerstens heeft een serie vragen gesteld over de stijging van de hoeveelheid niet-gecontracteerde zorg. Ik denk dat die vragen in het dispuut dat ik zojuist had met mevrouw Ellemeet, eigenlijk behoorlijk zijn beantwoord.

Hoe staat het met het nakomen van de afspraken van zorgverzekeraars over nieuwe vormen van contracteren? De NZa monitort dat contracteerproces. Zoals gezegd: gelet op de laatste monitor vind ik het juist opvallend dat dit door professionals en door aanbieders als positiever wordt beleefd dan daarvoor. Daarmee zijn we zeker niet klaar met het verlanglijstje dat we in die lange brief van 29 pagina's hadden beschreven. Daarmee zijn we ook zeker niet alle afspraken uit het hoofdlijnenakkoord nagekomen, maar ik denk wel dat we op de goede weg zijn. Misschien moet ik daar straks in het kader van de bekostiging intensiever op ingaan, maar je ziet dat van de mogelijkheden binnen dit experimenteerartikel met betrekking tot nieuwe vormen van contracteren gebruik wordt gemaakt. Tegelijkertijd zie je ook dat het uiteindelijk het beste is om voor een nieuw bekostigingssysteem te kiezen, omdat dat nog meer mogelijkheden en nog meer ruimte biedt. Ik denk dat we daarvoor zullen moeten kiezen.

Leidt het uit de markt drukken van niet-gecontracteerde zorg tot nog meer wachtlijsten? Dat vind ik in zo heel veel opzichten het verkeerde frame om deze discussie in te voeren. Ongecontracteerde zorg bestaat, omdat in de Zorgverzekeringswet een artikel is opgenomen waarin staat dat bij een zorgpolis in natura uiteindelijk de keuzevrijheid van een cliënt belangrijk is. Het hebben van een naturapolis mag geen hinderpaal zijn om uiteindelijk toch voor die zorgverlener te kiezen die het beste bij je past. Het is nu verworpen tot een ventiel op normale contractering. Het is bijna verworpen tot een individueel declaratierecht voor individuele aanbieders. Dat die terechte bepaling in de Zvw in de praktijk oneigenlijk wordt toegepast, is de reden om dit aan te pakken. Maar dat moet je niet willen zien als «het uit de markt drukken van ongecontracteerde zorg». Dat is echt een heel verkeerd frame.

Wordt niet te weinig aandacht besteed aan het onderliggende probleem? Dat hebben we net behandeld.

Mevrouw Hermans heeft gevraagd of het voor kleine zorgaanbieders nu makkelijker is om aan een contract te komen. Het lijkt in ieder geval zo te zijn, maar of het al voldoende is, weet ik eerlijk gezegd niet. Ik denk dat er echt nog wel extra ruimte te bieden is. Ik denk ook dat het per zorgverzekeraar nog wel een beetje verschilt. Maar zelfs tot op zvp-niveau zijn

zorgverzekeraars bezig om contractering te vergemakkelijken. Dat betekent dus een standalone-zorgmedewerker als aanbieder. De heer Slootweg vraagt in hoeverre de administratieve last een reden is om geen contract aan te gaan. Dat heb ik net ook een beetje met mevrouw Ellemeet besproken. Ja, dat speelt een rol, maar het gaat ook beter. En het klopt dat we er nog niet zijn. Dus het is allemaal een beetje waar en we moeten daar echt goed de vinger aan de pols houden. Als het gaat over de organiseerbaarheid van de zorg of over het tegengaan van de fragmentatie van de zorg kan ik me op zich een eis van een minimumomzet indenken. Ik weet dat daar tegelijkertijd kritiek op is. Ik weet ook dat zorgverzekeraars echt wel openstaan voor individuele contracten met zzp'ers. Dat heeft gewoon te maken met hun zorgplicht, die ze anders maar moeilijk kunnen waarmaken. Daarbij laten ze natuurlijk ook de omzeteis los.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik kan me voorstellen dat dit ook andersom kan werken, juist op het moment dat je die minimumeis neerzet. Een zorgaanbieder die in aanmerking wil komen voor een contract kan daardoor bij wijze van spreken meer gaan declareren om aan die omzetnormen te komen. Dat is één. Ten tweede kan het ook andersom zijn; volgens mij beantwoordde de Minister dat niet helemaal in het antwoord aan de heer Kerstens. Het kan ook zijn dat omdat er zo veel ongecontracteerde zorg is en omdat er meer geïndiceerd wordt, de wachtlijsten langer worden omdat er minder mensen geholpen zouden kunnen worden op het moment dat er correct wordt geïndiceerd. Volgens mij hangen deze dingen wel allemaal een beetje met elkaar samen. Daarom zou ik het zo jammer vinden dat, op het moment dat zo'n eis wordt gesteld, dit uitlokt om ruimer te indiceren in plaats van dat er veel mensen geholpen kunnen worden. Is dat iets wat de Minister ziet of is dat niet uit de cijfers en analyses te halen?

Minister **De Jonge**:

Zo diep in de motieven kan ik dat niet zien. We hadden natuurlijk gehoopt dat de laatste inkoopmonitor, die gisteravond werd gestuurd, daar duidelijkheid over zou geven. Dat dit rapport gisteravond werd gestuurd, had er overigens mee te maken dat de NZa het gisteren vaststelde. Toen dacht ik «ik kan het nog even niet sturen omdat u zich altijd ergert aan late verzending van stukken», maar dan heb ik u een stuk onthouden dat u mogelijk erbij had willen betrekken. Daarom deed ik dat toch maar. Daar staat ook in: zo diep de analyse in waren zorgaanbieders daar niet enthousiast over. Ze wilden niet dat de onderzoekers de casuïstiek die men aandroeg met zorgverzekeraars door zou spreken. Zodoende zit daar geen hoor en wederhoor in. Ik moet het daar gewoon doen met een inventarisatie van wat mensen noemen. Of het klopt en waar is, kan ik niet zien op basis van dat onderzoek. Dat is wel een beetje problematisch. Ik denk dat de maximering van het volume daar de belangrijkste driver van is, omdat men denkt: als ik ongecontracteerde zorg bied, moet ik een veer laten op het gebied van de prijs; dan krijg ik waarschijnlijk een iets lagere vergoeding daarvoor, maar die compenseer ik wel in volume. En ja, dat heeft een arbeidsmarkteffect. Daar komt ook mijn grootste zorg vandaan als het gaat over de toename van de ongecontracteerde zorg. Als we meer mensen hebben die denken dat het zo ook wel kan, gaat het ons niet meer lukken om de totale capaciteit op de arbeidsmarkt eerlijk te verdelen om aan voor iedereen toegankelijke wijkzorg te kunnen voldoen. Kortom, ongecontracteerde zorg is meer dan ongewenst en is echt niet hanteerbaar in een arbeidsmarkt die steeds krappere wordt terwijl tegelijk de zorgvraag enorm toeneemt. Rechts van mij wordt nog even de terechte opmerking gemaakt dat de omzetgrens doorgaans heel erg laag is; vaak is die rond de ton. Daar kan je niet van zeggen dat er een enorm opdrijvend effect van uitgaat. Dat kan het niet zijn.

De heer **Slootweg** (CDA):

Als laatste vraag. De Minister bouwde het verhaal heel erg op het argument dat we de Q1-cijfers toch heel moeilijk met elkaar kunnen vergelijken. Ik weet niet of ik het onmogelijke vraag, zeker omdat we op 25 september deze discussie voor een deel verder voeren, maar is het mogelijk om een overzicht te maken van de Q1's van de verschillende jaren? Nu wordt het beeld geschapen dat de ongecontracteerde zorgaanbieders veel later komen met hun declaraties. Maar het kan natuurlijk ook zijn dat juist een grote organisatie zegt: het komt allemaal wel in orde. Het helpt mij wel als ik daar een vergelijkbaar overzicht van heb.

Minister **De Jonge**:

Dat is een zeer terechte vraag. Ik zeg dat om de volgende reden. Toen we de afspraken voor het hoofdlijnenakkoord maakten, hadden we het onderzoek van Arteria. Daarin bleek de ongecontracteerde zorg in de eerste helft van 2017 6,2% te zijn. Uit de definitieve cijfers van Vektis blijkt het echter 7,4% geweest te zijn, ook toen al. Toen ik tegen u zei «het is heel erg, want het is 6%», had ik eigenlijk moeten zeggen: het is nog een beetje erger, want het is 7,4%. We weten dat als je een heel jaar afrondt, de declaraties hoger zijn dan je denkt in de loop van het jaar. Volgens mij is uw vraag dus buitengewoon terecht. U zegt volgens mij dat we appels met appels moeten vergelijken en dat we dus de Q1's met elkaar moeten vergelijken. Dat kan. In december is Q1 zo goed als uitgedeclareerd, maar ik begrijp dat de heer Slootweg het had over september.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik wil het hier niet te lang over hebben, maar het zou wel handig zijn als we de Q1's over de verschillende jaren hebben. Zo kunnen we appels met appels vergelijken.

Minister **De Jonge**:

Ik kan die appels, voor zover die appels ons nu ter hand kunnen worden gesteld, in één brief zetten, wetend dat de appel die we er nog bij willen hebben, de Q1-appel van 2019 is. Die komt pas in december. Daarvan meende ik te hebben begrepen dat mevrouw Bergkamp zei: dat wil ik dan wel echt weten als we die wet gaan behandelen. Dat snap ik ook. Ik snap dat dat in de planning een beetje bij elkaar moet blijven. Mevrouw Bergkamp heeft gevraagd of het zo is dat de verpleegkundigen het hele zorgplan aan de verzekeraars moeten sturen. Dat gaat over de machtiging. Verzekeraars kunnen van die mogelijkheid gebruikmaken. Die vloeit voort uit de rechtmatigheidstoets die verzekeraars moeten kunnen doen. Als er een bepaalde indicatiestelling is, wordt er op basis van die indicatiestelling bijvoorbeeld gemiddeld genomen een zorgplan ingediend voor een uur zorg per dag. Als er dan een andere aanbieder is die dezelfde indicatie heeft, maar die vrolijk een zorgplan indient met tien uur zorg per dag, dan moet je daar wel even een rechtmatigheidsonderzoek naar kunnen doen. Dat is de bevoegdheid van zorgverzekeraars. Die hebben de plicht om vast te stellen of de verleende zorg rechtmatig is. Dat doen ze door middel van het machtigingsbeleid. Daarbij moet de verzekerde vooraf toestemming vragen om de zorg vergoed te krijgen. Dat is dat woord «machtiging». Bij zorgverzekeraars werken medisch adviseurs, die datzelfde medisch beroepsgeheim hebben. Zo wordt voorkomen dat inbreuk wordt gemaakt op dat medisch beroepsgeheim. Even heel precies: personen die binnen de zorgverzekeraar werken met medische gegevens, vallen onder de zogeheten functionele eenheid, onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseurs. Zorgverzekeraars hebben hierover op landelijk niveau afspraken gemaakt, die ook meerdere malen getoetst zijn. Deze zijn volmaakt in lijn met alle vereisten vanuit de beroepsgroep ten aanzien van het medisch beroepsgeheim.



Hoe kan het dat zorgverzekeraars zeggen voldoende te hebben ingekocht, terwijl er toch steeds niet-gecontracteerde zorgaanbieders nodig zijn om het geheel te leveren? Dat is een hele interessante vraag. Ik hoor namelijk weleens terug: je zult voor palliatieve zorg of voor de wijk waar Johanna over begon in de richting van de heer Slootweg, wel ongecontracteerde zorg nodig hebben. Dat is een raar verhaal, want zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als ik dat verhaal hoor, heb ik ook altijd wel even de neiging om dat gecheckt te willen hebben. Ik ben het met mevrouw Bergkamp eens dat dit merkwaardig is. Dat kan eigenlijk niet kloppen. De patiënt hoort in deze discussie voorop te staan. Dat is helemaal waar. Daar ben ik het ontzettend mee eens. Het gaat dan niet alleen om de individuele patiënt, maar om de groep patiënten en de groep verzekerden. Het gaat om de groep verzekerden omwille van het belang van de betaalbaarheid van de zorg als geheel en om de groep patiënten als geheel omdat je die zorg niet voor een enkele patiënt goed geregeld wilt hebben, maar voor alle patiënten.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dat klinkt heel mooi, maar het gaat mij om die machtiging. Heel veel patiënten kennen dat onderscheid tussen gecontracteerd en ongecontracteerd niet en krijgen geen voorlichting en informatie daarover en worden vaak al doende daarmee geconfronteerd. Dat vind ik eerlijk gezegd niet de patiënt centraal stellen.

Minister **De Jonge**:

Daar kun je ook anders over denken. Als de ene verzekerde 2,7 keer zoveel zorg krijgt als de andere, dan is dat niet eerlijk. In het belang van de verzekerden zullen we dat echt moeten willen terugdringen. Dus ja, de patiënt moet centraal staan, maar je kunt nooit de individuele patiënt centraal zetten. Je zult altijd moeten kijken naar die andere patiënten, niet alleen naar de patiënten en de verzekerden van nu, maar ook naar de verzekerden en de patiënten van morgen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan gaat het over het totaal, over het aantal uren, maar het gaat mij om hele goede voorlichting en informatie aan de patiënten. Zij weten echt niet het verschil daartussen en weten niet dat zij twee keer zoveel zorg krijgen ten opzichte van iemand anders.

Minister **De Jonge**:

Zij kunnen dat navragen. Dat is gewoon de bemiddeling die alle verzekeraars doen en de voorlichting die alle verzekeraars geven. Er wordt alleen te weinig gebruik van gemaakt. Ik denk dat mensen ook niet gewend zijn om daarvoor hun zorgverzekeraar te bellen. Maar alle verzekeraars kunnen je morgen vertellen wie ze wel en niet hebben gecontracteerd. Als je een naturapolis hebt en je graag wilt weten wie je met bepaalde zorg kan helpen, moet de zorgverzekeraar kunnen zeggen: bij jou in de buurt kun je kiezen uit deze gecontracteerde aanbieders.

We weten dat de cijfers over de tevredenheid onvoldoende zijn. De PREM-meting uit het kwaliteitskader is nog niet gereed. Op basis van de NPS-score, de Net Promotor Score, weten we inmiddels wel meer. Uit kwalitatief onderzoek van Arteria blijkt in ieder geval geen verschil in de tevredenheid te zitten tussen gecontracteerd en niet-gecontracteerd. Alle aanbieders zijn best wel tevreden.

Een aantal sprekers heeft nog gerefereerd aan de Follow the Money-lijst. Daarbij is het volgende interessant, zo zeg ik in de richting van de heer Kerstens. Dit ging over de lijst van 97 aanbieders waarbij is gekeken welke daarvan hoge winsten hebben gepubliceerd in hun jaarverslag, namelijk winsten van meer dan 10% bij een minimale omzet van een ton. Daar kunnen logische verklaringen voor zijn. We zoeken dat ook nader uit. Ik

vond dat zo'n boosmakend verhaal, dus ik wil echt het naadje van de kous weten. De inspectie en de NZa zijn met die hele lijst aan de slag om te kijken wie van hen al in beeld was en wie nog niet, of er logische verklaringen voor zijn te vinden en of er frauduleuze handelingen achter zitten. De correlatie met ongecontracteerde zorg is echt heel frappant. Bij het winstpercentage van 10% tot 20% gaat het voor ongeveer een kwart om ongecontracteerde zorg. Dat loopt dan zo verder op. Bij de winstpercentages boven de 40% is 100% ongecontracteerde zorg. Het is niet voor niks dat we van die groei af moeten, jongens.

Er werd een vraag gesteld over het schrappen van winstuitkeringen. Dat is weer een heel nieuw debat, over winst in de zorg. Ik heb zo ongelooflijk veel zin in dat debat, maar dat moeten we dan wel een keer hebben. Laten we niet proberen om dat vanmiddag te doen, want anders denk ik dat uw voorzitter mij terecht zal gaan corrigeren.

**De voorzitter:**

Officieel heeft u nog vier minuten.

**Minister De Jonge:**

Ik ben een heel eind en heb de meeste vragen wel gehad.

De nieuwe toetreders. Wat regelen we nu precies in de Wtza? De Wtza regelt een meldplicht. Die bestaat op dit moment niet. Die gaat heel erg helpen, maar we hebben ook aangekondigd dat we die zelfs nog niet genoeg vinden. Naarmate de werkelijkheid zich verder ontwikkelt, krijg je ook nieuwe ideeën over wat je aan de toetredingskant zou moeten willen regelen. De tweede maatregel die we hebben aangekondigd in de nota van wijziging is dat ook de onderaannemers onder de meldplicht gaan vallen. Dat vinden we erg nodig. Ook de jeugdhulpaanbieders gaan daaronder vallen. Een aantal fracties, waaronder de GroenLinksfractie, hebben daar sterk voor gepleit. Dat gaan we doen. De nota van wijziging komt dit najaar. Dat zal niet heel erg lang meer duren. Tegelijkertijd is er ook echt voortschrijdend inzicht. Ik meen mezelf nog andere antwoorden te hebben horen uitspreken in reactie op vragen van de SP of we niet überhaupt naar een vergunningstelsel toe zouden moeten, namelijk: nou nou, be careful what you wish for, want dat geeft ook heel veel bureaucratie. Daarvan denken we nu dat we dat inderdaad misschien wel moeten doen. Alleen, dat heb je niet op een achternamiddag even uitgedokterd. Het gaat daar wel over het stellen van de goede vragen, die niet een explosie van bureaucratie tot gevolg hebben en die wel voldoende discriminatoir vermogen hebben om de rotte appels eruit te halen en de fijne, goede nieuwe toetreders binnen te halen. Dat heb je echt niet op een achternamiddag uitgedacht. We hebben gezegd dat we de Wtza zoals die nu voorligt in de Kamer, niet nog verder willen vertragen omdat we een nóg beter idee hebben. We geloven echt in de toegevoegde waarde van de voorliggende Wtza, zeker na de nota van wijziging. Laten we nu gewoon de Wtza behandelen en ondertussen werken aan dat nóg betere idee, terwijl we nu op voorhand de nadelen voorzien en daarmee ook voorkomen. Dat is onze inzet.

**De heer Hijink (SP):**

Ik heb daar toch nog één vraag over. Die wet kan alleen maar beter worden, ook met alle amendementen die wij nu al hebben klaarliggen. Mijn punt is dat de vergunningplicht vooralsnog alleen geldt voor aanbieders met meer dan tien personeelsleden. Als ik kijk naar de wijkverpleging maar ook naar andere sectoren in de zorg, dan denk ik dat de kwaliteitseisen maar ook de eisen aan bestuur en organisatie juist ook moeten gelden voor de groep met minder dan tien aanbieders. Ik zou er dus voor willen pleiten om dat mee te nemen in die nota van wijziging. Anders hebben wij daar volgens mij al een amendement voor liggen; als dat niet zo, dan komt het er nog. Is de Minister het ermee eens dat het dan

ook voor iedereen zou moeten gelden en niet alleen voor de grotere instellingen?

Minister **De Jonge**:

In de brief die we daarover voor de zomer hebben gestuurd, hebben we daarover het volgende opgenomen. De huidige Wtza is een major leap for mankind, want meldplicht. Aan die meldplicht gaan we de AGB-codes van de verzekeraars koppelen. Dat betekent dus: niet gemeld, geen geld. Je kunt gewoon geen zorg declareren als je je niet hebt gemeld. Die wordt dus sluitend en dat gaat enorm helpen. Dat gaat heel erg veel aanbieders helpen om zich beter te informeren over wat dat betekent en waar je allemaal aan voldoen moet. We moeten echt af van het hele beeld dat je makkelijker morgen een zorgaanbieder start dan dat wij met elkaar morgen een café zouden kunnen starten. Dat is één.

Twee. We hebben ook gezien dat er een nota van wijziging nodig is, want onderaanbieders zijn vooralsnog helemaal off the hook. Die moeten we wel eronder gaan brengen. Jeugdhulpaanbieders moeten we ook eronder gaan brengen, want ook die moeten vanaf dag één dat ze zorg gaan leveren in beeld zijn bij de inspectie, opdat het toezicht zijn zegenrijke werk kan doen. Dat is de nota van wijziging met relatief overzichtelijke wijzigingen.

We hebben ook de stap gezet in uw richting, niet alleen omdat het in uw richting was, maar ook omdat het een verstandige gedachte is. Moet je niet überhaupt ontvankelijk willen zijn voor een vergunningstelsel – dat gaat echt verder dan een meldplicht – en moet je niet ook opnieuw nadenken over wat voor soort vergunningseisen je daar dan aan moet verbinden? We hebben gezegd dat we dat niet eventjes in een nota van wijziging gaan doen, omdat dat iets te ingrijpend is; dat vergt eigenlijk een nieuw wetsvoorstel. Maar laten we met de huidige Wtza inclusief de voorliggende nota van wijziging niet wachten tot we dat nieuwe wetsvoorstel hebben, want dat is echt zonde. Dat nieuwe wetsvoorstel is namelijk al een enorme stap voorwaarts. We gaan graag aan de slag met de vergunningplicht. We willen dat ook gewoon doen, omdat we denken dat dat verstandig is. Maar het kost echt even wat meer denkwerk om daarin de goede vergunningsvereisten te stellen die niet een explosie van bureaucratie betekenen en wel voldoende discriminatoir zijn aan de voorkant. Verder denk ik dat we het debat maar moeten vervolgen als we de wetsbehandeling hebben. Daar zien wij, zeker na deze aankondiging van amendementen, nog iets reikhalzender naar uit dan we al deden.

De heer **Hijink** (SP):

Toch is dat een beetje jammer. We zitten nu juist in de maanden voorafgaand aan de wetsbehandeling. Dat is toch het moment waarop we nog de stappen kunnen zetten om het straks in één keer goed te doen in plaats van dat we nu een meldplicht gaan instellen. Je hebt niet zo veel aan die meldplicht. Het is leuk, het is goed en het is beter dan het nu is. Maar de inspectie gaat pas ingrijpen als het al mis is gegaan. Die vergunningplicht is zo belangrijk, omdat je daarin, zoals mevrouw Hermans ook zegt, de eisen aan kwaliteit, het kwaliteitskader centraal kunt stellen. Doe je dat niet, dan kun je alsnog in de wijkverpleging en ook in andere sectoren een zorginstelling beginnen, een aanbieder worden. Je moet je melden, je kunt gaan declareren en pas als het misgaat kan er worden ingegrepen. Daarom moet je dat vooraf doen. Ik zou er toch bij de Minister op willen aandringen om dat niet uit te stellen en niet te wachten tot we eerst die wet behandelen om daarna nog eens een heel nieuw traject te beginnen. Volgens mij zou je dat nu juist in één keer goed moeten willen doen.

Minister **De Jonge**:

Ons pleidooi is: het betere moet niet de vijand worden van het goede. Laten we het betere uitwerken, maar dat kost zo veel tijd dat de Wtza, de

meldplicht, daarmee het zegenrijke werk van het toezicht en daarmee de drempel die we opwerpen voor nieuwe starters allemaal voor ons uit worden geschoven. Het aantal nieuwe toetreders laat op dit moment al een enorm stijgende lijn zien. Ik noem de aantallen met name kleine nieuwe toetreders uit mijn hoofd. Er zijn 500, 600 gecontracteerden en er zijn inmiddels 2.200 ongecontracteerden. Twee jaar geleden was dat 1.300. Het aantal aanbieders, dus niet het aantal cliënten dat je bedient, neemt hand over hand toe. Kortom, het zijn allemaal ieniemienie aanbieders waar nauwelijks op te sturen valt. We moeten gewoon aan het werk. We kunnen niet de tijd nemen om nog even een vergunningplicht uit te denken. Want als we daar te schielijk mee omgaan, denk ik echt dat we daarin fouten begaan. We moeten het wel doen, want ik ben het inhoudelijk met u eens. Maar we moeten het op een verantwoorde manier doen. Laten we nou de stap nemen die we sowieso kunnen en moeten zetten. Daarmee remmen we al het aantal nieuwe aanbieders. Laten we vervolgens de stap nemen waarvan u en wij vinden dat die ook nodig is, maar het kost ons net iets meer tijd om dat goed uit te denken en uit te werken.

Over bekostiging is eigenlijk maar een enkele vraag gesteld, namelijk door de heer Slootweg: komt model 3 uit de voortgangsrapportage van de NZa – ik denk dat hij bedoelt: uit de brief – overeen met de bekostiging van de MeanderGroep? Het antwoord is: nee, niet helemaal. De MeanderGroep heeft op basis van de huidige bekostigingsregels een afspraak gemaakt over bekostiging per maand, maar nog steeds wel een vast bedrag per cliënt voor zorg door één grote aanbieder. Waarom kan men dat doen? Omdat men groot genoeg is en voldoende cliënten heeft. De cliënten met net een beetje meer zorg en minder zorg kun je tegen elkaar wegstrepen. Model 3 is eigenlijk populatiebekostiging, waarbij één bedrag voor het aantal verzekerden in de wijk, voor de hele populatie geldt. Ik meen en wij menen in de brief die we hebben gestuurd dat het echt een aantal tussenstappen vergt voordat je zo'n rigoureuze stap zou kunnen zetten zonder ongelukken te begaan. Daarom kiezen we voor een bekostigingsmodel, althans de hoofdroute zoals die nu wordt uitgewerkt. Dat is de hoofdroute waarbij we zeggen: kijk naar de voorspellende cliëntkenmerken zoals in de zzp-systematiek in de Wlz – die is lang zo gek nog niet – en ga daarop bekostigen. Dat haalt de volume prikkel eruit en dat komt toch voldoende tegemoet aan de verschillen in zorgvraag tussen cliënten, met daarnaast een vast bedrag voor systeemtaken zoals preventie en samenwerking in de wijk. Die moet je eigenlijk uit dat integrale cliënttarief halen.

Dan de vragen onder het kopje varia. Ik doe dat heel rap. Over medische kindzorg, intensieve kindzorg ga ik een brief sturen. Daarmee doe ik recht aan uw vraag, recht aan de brief die is gestuurd en recht aan de agenda van de voorzitter.

Mevrouw Van Kooten vraagt of de tijdsnormen negatieve effecten hebben op de kwaliteit van de zorg. Een indicatie wordt natuurlijk door wijkverpleegkundigen zelf gesteld. Wanneer tijd te dominant wordt – kijk naar de vijfminutenregistratie – leidt dat vooral tot heel veel bureaucratie. Die bureaucratie komt het werkplezier van medewerkers niet ten goede, maar gaat af van de tijd die je voor cliënten hebt. Als je een beetje uitzoomt, ben ik het met u eens. Tijdsnormen vooraf voor wijkverpleegkundigen bestaan niet; je stelt zelf de indicatie.

Mevrouw Sazias van 50PLUS vraagt wat de stand van zaken is van de motie van D66 en 50PLUS over het meewegen van het advies van de wijkverpleegkundige bij relevante onderdelen uit de Wmo. In de motie wordt gevraagd te onderzoeken of het mogelijk is het advies van de wijkverpleegkundige te laten meewegen bij het indiceren. Het is natuurlijk aan gemeenten om te bepalen hoe zij dat indicatieproces inrichten. Ik vertelde u net al over de samenwerkingsagenda die gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar hebben afgesproken. Dit is een van de

onderwerpen die hierin naar voren komen. Je ziet steeds meer van dit soort voorbeelden in de praktijk. Dat is wel een beetje schoorvoetend, een beetje stapje voor stapje, maar ik heb het idee dat men steeds meer aan het uitproberen is. Mijn stelling is: als je als wijkverpleegkundigen als een herkenbaar team in de wijk aanwezig bent en als je als Wmo-mensen als een herkenbaar team in de wijk aanwezig bent, dan leer je elkaar kennen; dan hoef je het niet over de boeg van systemen te doen, maar ken je elkaars 06-nummer. Dat is echt de snelste weg naar winst voor patiënten en cliënten.

De Partij van de Arbeid vraagt of langjarig indiceren ook kan gelden voor de wijkverpleging. Ja, op zichzelf genomen wel. Het is de wijkverpleegkundige zelf die een indicatie stelt. Er geldt geen wettelijke beperking of wat dan ook. Anders dan bij de Wmo hebben heel veel Zvw-indicatiestellingen heel sterk een fluctuerend karakter, bijvoorbeeld omdat een ziekte progressief is. Dan is langjarig indiceren weer wat moeilijker. Maar alles wat daar gewenst zou zijn, is ook mogelijk. Elv-coördinatie. Ik herken de klacht. Het antwoord is: dat komt door techniek, maar niet omdat we het echt oneens zijn. Het heeft te maken met allerlei rechtmatigheidsvereisten. Men is hard op zoek naar ruimte op dat punt. Wij geloven dat die ruimte er is. Wij werken daaraan, samen met ZN, de NZa en ActiZ. Daar gaan we echt uit komen. Het is taai, het is techniek, maar daar gaan we echt uit komen. Collega Bruins is met een structurele oplossing bezig. Dat gaat nog net niet helemaal lukken per 2020, maar we werken wel zo hard mogelijk. In ieder geval zijn die coördinatiepunten er wel, maar het moet makkelijker zijn in de financiering ervan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We zeggen al best heel lang dat we die coördinatiefuncties willen. Vervolgens horen we dat het technisch ingewikkeld is. Je ziet dan dat zorgaanbieders hun nek uitsteken en dit met eigen financiering en eigen financiële risico's gaan opzetten en ontwikkelen. Uit het hele land komen ze daar naartoe. Het verschilt ook weer per verzekeraar, dus zo ingewikkeld kan het ook weer niet zijn, want sommige verzekeraars doen het wel. Andere zeggen dat het heel ingewikkeld is. Ik vind dat eerst de financiering er moet zijn, al wordt het voorgeschoten door het departement, en dat we daarna gaan uitzoeken hoe we de technische problemen kunnen oplossen. Ik vind dat dit niet kan zo.

Minister **De Jonge**:

Voor 2020 komt die oplossing tot stand. Daarover zijn we op dit moment in overleg. Dat zal wel een tijdelijke oplossing zijn, want het kost meer tijd om dit vervolgens in regelgeving te verankeren. Ik moet me dus precies uitdrukken. Aan die oplossing zijn we nu aan het klussen. We moeten het eens worden met de NZa, met ZN en met ActiZ. Iedereen wil het ook, dus het is geen kwestie van onwil. Het is een kwestie van techniek. Het overleg daarover wordt op dit moment volop gevoerd. De oplossing moet gevonden zijn voorafgaand aan 2020. Dat zal in het begin een tijdelijke oplossing zijn, omdat het aanpassen van wet- en regelgeving allemaal net een beetje langer duurt. Ik stel voor dat we de Kamer zo goed mogelijk informeren wanneer de contouren van die oplossing in beeld zijn. Over datgene wat u wilt, namelijk «los het op en doe dat snel» ben ik het namelijk volmaakt met u eens.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Iedereen wil het, maar de een wil het net een beetje meer dan de ander, want sommige zorgverzekeraars doen het dus al. Op sommige plekken wordt het gewoon gefinancierd.

Minister **De Jonge**:

Volgens mij gaan we te ver de techniek in als ik daar antwoord op geef. Het heeft namelijk alles te maken met wie het organiseert en hoe het is gestructureerd. Dat verschilt per regio. Dat maakt ook dat het in de ene regio wat makkelijker lukt dan in de andere regio. Dat is een beetje het punt. We komen hier op korte termijn op terug.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het spijt me enorm, maar ik moet echt weg. Eerder is de suggestie gedaan om hier eens een keer echt lang over door te praten. Nu gaat dat wat mij betreft niet meer. Ik moet echt weg.

Minister **De Jonge**:

Mevrouw Bergkamp vroeg hoe het kwaliteitskader elv zich verhoudt tot het Kwaliteitskader Wlz. Klopt het dat de kwaliteitskaders eigenlijk voor elk bed verschillend zijn? Het klopt dat de wettelijke bases voor tijdelijk verblijf verschillend zijn. In de Wlz zijn er crisisbedden. In de Zvw heb je de elv-bedden. Om het echt ingewikkeld te maken, zijn er nog de respijtbedden vanuit de Wmo. Die worden doorgaans ook nog eens een keer door dezelfde soort aanbieders aangeboden. Dat is eigenlijk ook heel mooi, want daarmee maak je de coördinatie juist makkelijker. Vanuit de coördinatiepunten wordt daartoe een eenduidige toegang gekozen. Aanvankelijk was dat voornamelijk op het elv georganiseerd, maar de andere typen tijdelijk verblijf zijn daar in toenemende mate ook achter georganiseerd. Dat gaat eigenlijk steeds beter. Je ziet ook alweer een vervolgstap, namelijk dat men zegt: kun je dan ook de kwaliteitseisen meer harmoniseren? Dat is heel erg prima, maar het zegt mij eventjes niets dat er een apart kwaliteitskader tijdelijk verblijf zou worden ontwikkeld. Daar ben ik niet mee bekend. Ik weet wel dat een aantal zorgverzekeraars werkt met «white label»-bedden, waarbij men zegt: het maakt eigenlijk niet zoveel uit in welk wettelijk kader je valt; ga nu eerst maar eens in dat tijdelijke bed en dan kijken we daarna onder welk wettelijk kader je eigenlijk had moeten vallen. Dat vind ik precies de weg om te gaan, dat is hartstikke goed. Volgens mij doet Zilveren Kruis dit. De ontwikkeling gaat volgens mij dus de goede kant op bij dat taaie goed bekostigen. Binnenkort komt er een onderzoek uit.

Ten aanzien van de bekostigingssystemen vroeg de heer Slootweg of er niet nog veel meer winst te halen is binnen het huidige bekostigingssysteem ten aanzien van de regeldruk. Jazeker. Je ziet namelijk dat een aantal aanbieders – Meander wordt heel vaak genoemd, maar dat is ook echt een prachtig voorbeeld – veel beter gebruikmaakt van de wettelijke ruimte die er binnen het huidige bekostigingstelsel is dan een aantal andere aanbieders. Tegelijkertijd denk ik wel dat het nieuwe bekostigingsmodel echt nodig is om de volgende stap daadwerkelijk te zetten. Ik geloof er dus wel in. Op het gebied van regeldruk ga ik u binnenkort de voortgangsrapportage van het programma (Ont)Regel de zorg sturen. Ik zal dan uitvoeriger ingaan op de stand van zaken ten aanzien van het afschaffen van de vijfminutenregistratie, bijvoorbeeld bij welk percentage aanbieders dat al is gelukt, bij welk percentage niet en waarom.

De vraag over de schotten met het sociaal domein heb ik net eigenlijk al beantwoord. Je kunt denken vanuit schotten in wetten, maar de belangrijkste schotten zitten echt in het hoofd van mensen. Als je gewoon veel en intensief samenwerkt, blijken die schotten in de praktijk van alledag vaak best heel makkelijk te beklimmen te zijn. Klopt het dat de huidige wetgeving verhindert dat een huishoudelijke hulp lichte verzorgende taken uitvoert? Zonder de hele discussie te willen overdoen over persoonlijke verzorging als onderdeel van het decentraliseren van taken – daar waren wat hartstochtelijke opvattingen over bij deze en gene partij – denk ik dat ook hier geldt dat er in de praktijk eigenlijk heel veel kan. Je kunt bijvoorbeeld afspraken maken zoals de afspraken die we rond de maaltijdondersteuning hebben gemaakt. Ik zei bijna «maaltijdvoor-

ziening», maar daar moet ik geen vergissingen in begaan, want dan zit je weer bij een ander schot. Om een soepele samenwerking over de grenzen heen op te zoeken, moeten financiers van de zorg daar een afspraak over maken die aanbieders in de praktijk moeten implementeren. Daar kan dus eigenlijk heel erg veel meer. Wetgeving verhindert dat niet per se, tenzij het gaat om echte zorgtaken. Dat heeft ook een reden, die u met elkaar heeft vastgesteld in tal van zorgwetten.

Bij het casemanagement dementie is inderdaad sprake van wachtlijsten. Het is ook de enige vorm van wijkverpleging waar we die wachtlijsten daadwerkelijk laten registreren. We weten dat de NZa én onderzoek verricht én handhavend optreedt. Ze bezoekt regio's waar de wachtlijsten voor casemanagement dementie het langst zijn. In december, of in ieder geval in Q4, komt de laatste stand van zaken ten aanzien van de wachtlijstregistratie uw kant op. Dan kunnen we kijken wat de stand van zaken is en wat het handavingsinstrumentarium van de NZa is.

Ik onderstreep natuurlijk het pleidooi voor goede informatievoorziening van mevrouw Sazias. Zij vroeg ook nog naar ondervoeding en de motie die zij daarover heeft ingediend. In juni 2019 heb ik in reactie op Kamervragen van de zojuist binnenlopende heer Kerstens uitvoerig antwoord gegeven, bijvoorbeeld wat de stand van zaken is en wat er allemaal al gedaan is, mede naar aanleiding van de genoemde motie. Wordt het instrumentarium dat al is ontwikkeld, op dit moment goed gebruikt? Het is de beroepsgroep zelf die ermee aan de slag is, er enthousiast over is en er ook collega's bij betreft. Mijn beeld is dat het steeds meer en ook steeds beter wordt gebruikt.

Voorzitter, daarmee heb ik de vragen beantwoord die in het blokje varia waren ondergebracht.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik durf het bijna niet te zeggen, maar één vraag van mij is niet beantwoord. Ik kan die vraag ook opschrijven om hem in tweede termijn weer te stellen.

De **voorzitter**:

Ja, ik wilde juist tot de toezeggingen komen. Dan kunt u zien dat de vraag niet in de toezeggingen zit. Het mag ook schriftelijk nog even. Ik concludeer dat er uiteindelijk toch nog drie toezeggingen zijn gedaan door de Minister. Dat is er gemiddeld een per uur, maar ik wou dat niet als een uitnodiging beschouwen.

- Er komt een overzicht van de vergelijking van de Q1-cijfers over een aantal jaren, voorafgaand aan het debat over Langer Thuis, waarbij de Q1-cijfers van dit jaar overigens nog aan verandering onderhevig zijn.

Minister **De Jonge**:

Dat zou al voor 25 september moeten zijn. Volgens mij moeten we die twee dingen even loskoppelen. Van de Q1-cijfers die voorhanden zijn, maken wij appels met appels, zodat we ze goed kunnen vergelijken. We weten ook dat die ene appel, namelijk Q1 van '19, pas in december kan komen, dus die kunnen we niet in september al meesturen. Over alle voorhanden zijnde cijfers over de ongecontracteerde zorg kunnen wij zo snel mogelijk een brief schrijven.

De **voorzitter**:

Oké.

- Er komt een brief over de kindzorg.
- Er komt een brief over elv.

De commissie moet in een procedurevergadering besluiten op welke wijze er met een tweede termijn wordt omgegaan. Ofwel wordt de suggestie gevolgd om dat bij het plenaire debat over Langer Thuis te doen ofwel wordt er apart nog een tweede termijn geagendeerd. Dat is een zaak van

de procedurevergadering van de commissie. De Minister zal later horen wat de commissie heeft besloten.

Mevrouw Hermans had nog een vraag, of niet?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Nee, die houdt mevrouw Hermans nog even op zak. Nog even heel praktisch: wanneer kunnen wij de nota van wijziging op de Wtza tegemoet zien?

Minister **De Jonge**:

In het najaar, maar we gaan er geen maanden meer over doen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Het vroege najaar?

Minister **De Jonge**:

Het vroege najaar, zou ik willen zeggen, als er nog een enkele boom te vinden is met de blaadjes er nog aan.

De **voorzitter**:

Ik dank de Minister en zijn ambtenaren voor hun bijdrage. Ik dank ook de collega's voor hun bijdragen. Ik dank de mensen op de tribune en de mensen thuis voor hun aandacht.

Sluiting 17.50 uur.