

Vergaderjaar 2019–2020

**23 235**

## **Thuiszorg en wijkverpleging**

**Nr. 197**

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

Vastgesteld 7 januari 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 november 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 Staatssecretaris 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 (Kamerstuk 23 235, nr. 181);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake beantwoording vragen commissie over de monitor zorginkoop wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 1017);**
- **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. 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: Lodders**  
**Griffier: Krijger**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bergkamp, Ellemeet, Hermans, Hijink, Kerstens, Lodders, Sazias en Slootweg,

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

Aanvang 12.17 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag allemaal en hartelijk welkom bij het vervolg van het algemeen overleg Wijkverpleging. Aan de orde is de tweede termijn. De eerste termijn heeft plaatsgevonden op 11 september 2019.

Ik heet de Minister van VWS en zijn ondersteuning welkom. Welkom aan de Kamerleden, aan de mensen op de publieke tribune en aan de mensen die dit debat op een andere manier volgen. We hebben er van 12.15 uur tot 13.15 uur voor uitgetrokken en hebben dus een uurtje de tijd voor de tweede termijn. U heeft zo meteen anderhalve minuut spreektijd. Ik sta maximaal één interruptie toe, graag in de vorm van een korte vraag. Omdat 11 september alweer enige tijd achter ons ligt, herhaal ik een drietal toezeggingen die zijn voorgelezen aan het eind van de eerste termijn van dit overleg. Die drie toezeggingen zijn ook voldaan. Ze luiden als volgt:

De Minister stuurt zo spoedig mogelijk een vergelijkend overzicht van de Q1-cijfers over de ongecontracteerde zorg over een aantal jaren, waarbij de cijfers over het eerste kwartaal 2019 nog niet zijn meegenomen.

De Minister stuurt dit jaar, 2019, een brief over de financiering van de regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf naar de Kamer.

De Minister stuurt dit najaar een aparte brief over intensieve kindzorg naar de Kamer.

Daarvan kennis genomen hebbende, zou ik van start willen gaan en geef ik graag als eerste het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS. Gaat uw gang.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Dank u wel, voorzitter. Als laatste binnen, als eerste aan het woord.

Allereerst dank ik de Minister voor zijn beantwoording in de eerste termijn. Het antwoord van de Minister op mijn vraag over ondervoeding vond ik wat onvolledig. Hij zegt dat zijn beeld is dat het instrumentarium dat ontwikkeld is om ondervoeding tegen te gaan, steeds meer wordt opgepakt, maar waar baseert hij dat op? Kan hij daar nog iets meer over zeggen? Wordt dat nog onderzocht?

Voorzitter. Ik heb ook gevraagd naar de informatievoorziening van casemanagement dementie. De Minister onderstreept mijn pleidooi voor een goede informatievoorziening, maar kan hij ook aangeven wat de laatste stand van zaken is?

Tot slot heb ik ook nog een vraag gesteld die volgens mij niet beantwoord is, namelijk over het bijstellen van indicaties van wijkverpleegkundigen door zorgverzekeraars. We krijgen signalen uit de praktijk dat zorgverzekeraars indicaties van wijkverpleegkundigen nog steeds inhoudelijk bijstellen, terwijl in het hoofdlijnenakkoord anders is afgesproken. Er is overleg tussen de betrokken partijen, maar een structurele oplossing blijft uit. Kan de Minister aangeven welke maatregelen hij daarop gaat nemen? Voilà.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Kerstens namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

De heer **Kerstens** (PvdA):

Voorzitter. Omdat ik de vorige keer ook een debat in de plenaire zaal had, kon ik niet de hele eerste termijn van dit overleg bijwonen, maar zoals de Minister toen al aangaf heb ik het later met chips en cola teruggekeken. Het was niet zo spannend als het Sinterklaasjournaal, maar wel beter dan PSV.

Voorzitter. Ik ga vandaag nog kort op drie dingen in. Wil de Minister het beheerste proces naar «de wijkverpleging nieuwe stijl», zoals ik het dan maar noem, waarvan sprake moet zijn willen we geen brokken maken waar cliënten en medewerkers in de zorg over kunnen struikelen, omzetten in een helder stappenplan, met acties, doelen en tijdpad, op een A4'tje bijvoorbeeld?

Wil de Minister onderzoek doen naar de oorzaken van ontstaan en groei van de ongecontracteerde zorg en van de gevolgen van het terugdringen daarvan? Niet omdat ik daar per se een fan van ben – ik heb ook gelezen en goed tot mij genomen wat de Minister zei over de zorgcowboys en waar die voorkwamen – maar omdat het vragen zijn waar we volgens mij de antwoorden allemaal op zouden moeten willen weten. Wat is nou de oorzaak van ongecontracteerde zorg en wat gebeurt er als die wegvalt?

Ten slotte. Hoe gaat de Minister het gevoel bij in ieder geval een deel van de Kamer wegnemen dat hij zorgverzekeraars met fluwelen handschoentjes, of misschien soms wel helemaal niet, aanpakt?

En helemaal ten slotte. Ik heb in mijn eerste termijn kort gesproken over De Wijkzuster in West-Brabant. Volgens mij kent de Minister die. Volgens mij is dat een manier van werken die lijkt op wat de Minister wellicht voorstaat. We moeten daarvan de contouren nog krijgen, of eigenlijk meer dan de contouren. Kan de Minister zich voorstellen dat soortgelijke organisaties op weg naar die «wijkverpleging nieuwe stijl» een rol zouden kunnen spelen in pilots of proefprojecten of wat dan ook?

Dat was het voorzitter. Voilà.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet en zij spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. We hebben het in de eerste termijn uitgebreid gehad over de tarieven en de onvrede bij wijkverpleegkundigen daarover. De Minister zegt dat we een geschillencommissie hebben, waar ze bij terechte onvrede naartoe kunnen. Het punt is alleen dat veel instellingen die wijkverpleging bieden, te maken hebben met een aantal gemeenten en zorgverzekeraars. In de praktijk is het dus best ingewikkeld om, als je verschillende contracten moet afsluiten, voor al die contracten naar zo'n geschillencommissie te gaan. Ik vraag de Minister dus om na te denken over een oplossing. Hoe kunnen we die organisaties tegemoetkomen, zodat ze er ook in de praktijk mee aan de slag kunnen als er terechte onvrede is?

Zorgverzekeraars moeten nu al aangeven op welke manier ze de ova doorberekenen in de tarieven. Dat gaan we niet publiek maken, maar dat moeten ze zelf aangeven. Dat gebeurt op een aantal plekken en door een aantal zorgverzekeraars nog niet, dus wat kan de Minister doen om ervoor te zorgen dat de informatie in hoeverre de ova is doorberekend in de tarieven, ook echt bij die aanbieders is? Ik krijg daar nog graag een reactie op.

Dan het totale budget voor de wijkverpleging. Wat gaat de Minister doen om onderbesteding te voorkomen?

Tot slot de ELV-coördinatiepunten. We gaan toewerken naar lumpsum en er zijn vier functionaliteiten: dat klinkt allemaal prachtig. Alleen, een aantal regio's werkt nu al met die functionaliteiten, maar krijgt alsnog niets vergoed. Dus wat doet de Minister aan de huidige situatie ten aanzien van

die vrije prestatie? Sommige regio's krijgen gewoon niks vergoed. Kunnen die zich melden bij de Minister? Hoe gaan we het probleem nú in een aantal regio's oplossen?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Bergkamp namens de fractie van D66.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Tijdens de eerste termijn van dit AO vroeg ik naar het medisch beroepsgeheim bij ongecontracteerde zorg. De Minister gaf aan dat werknemers die binnen de zorgverzekeraar met medische gegevens werken, onder een functionele eenheid vallen en daarom geheimhoudingsplicht hebben. Daarmee hebben ze dus toestemming om patiëntgegevens in te zien. Mogen deze werknemers dan ook alles inzien, of zijn er restricties? Mag deze medewerker die informatie dan ook delen met iedereen binnen de verzekeraar? En wie ziet erop toe dat werknemers en verzekeraars zich ook aan die regels houden? Wat ons betreft hebben mensen het eigendom over hun eigen gegevens, maar dat roept wel de vraag op of patiënten en cliënten zélf de mogelijkheid hebben om bepaalde gegevens niet te delen. Want niet alle gegevens zijn relevant in het kader van rechtmatigheidsonderzoek.

Voorzitter. Een van mijn vragen is nog niet beantwoord. De Minister heeft het weleens gehad over marktwerking. Maar waarom zou er in de wijkverpleging niet meer samengewerkt kunnen worden vanwege het stelsel van marktwerking? Ik wil dus heel scherp hebben wat er nou niet kan wat we met elkaar misschien best wel willen.

Voorzitter. Tot slot de toename van de ongecontracteerde zorg. Dat blijft een punt van discussie, evenals de vraag waarom dat zo is. Een analyse ontbreekt. Krijgen wij als Kamer nog meer informatie daarover, om beter duiding te kunnen geven aan die stijging?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Slootweg. Hij spreekt namens de fractie van het CDA.

**De heer Slootweg (CDA):**

Dank u wel, voorzitter. Naar aanleiding van de eerste termijn hebben wij nog vragen over een drietal dingen. Het eerste sluit een beetje aan bij de vraag van mevrouw Sazias over casemanagement bij dementie. Daar zijn toen veel warme woorden over gesproken, maar ziet de Minister ook een mogelijkheid om de samenwerking tussen de casemanager dementie en de huisarts te faciliteren en stimuleren? En zo ja, hoe ziet hij die rolverdeling dan precies?

Het tweede punt gaat over gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Voor onze fractie blijft het punt staan dat veel kleine, ongecontracteerde zorgaanbieders toch maar moeilijk een contract krijgen van zorgverzekeraars. De Minister heeft toen aangegeven dat de omzeteisen door zorgverzekeraars wat zijn verlaagd. Maar we hebben nu het nieuwe contracteringsseizoen: hoe ziet dat er nu een beetje uit? In de tussenliggende periode is ook een brief gestuurd, waarin de Minister is ingegaan op de ongecontracteerde zorgaanbieders die toch vaak uit de hoek van de zorgcowboys komen. Zijn daar al stappen op ondernomen? Ik schrik er dan ook wel weer van dat van die 57 er 28 gecontracteerd zijn. Wat zijn de mogelijkheden daarvoor?

Tot slot. Mijn laatste vraag sluit een beetje aan bij de laatste vraag van mevrouw Bergkamp over marktwerking en samenwerking. De Minister heeft op een gegeven moment een aantal bekostigingsmodellen het licht

laten zien. Hoe gaan we daarin eigenlijk verder? Dat kan toch geen theoretische exercitie blijven?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Hijink namens de fractie van de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. We hebben het met deze Minister al heel vaak gehad over de toelating van nieuwe zorgaanbieders en ook over de discussie over gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Wat wij nu zien – de Minister heeft dat in de eerste termijn eigenlijk ook erkend – is dat er op dit moment eigenlijk weinig op kwaliteit wordt gestuurd. De onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan nu steevast over tarieven, omzetplafonds en verantwoording.

Vaak krijgen zelfstandigen geen contract omdat de verzekeraar ze niet nodig heeft – dat wordt ook letterlijk uitgesproken – terwijl ze tegelijkertijd met regelmaat juist de gaten aan het vullen zijn die gecontracteerde aanbieders samen met de verzekeraars laten vallen. Hoe reageert de Minister daarop? De Minister wil dat de verschillende aanbieders in een wijk in een herkenbaar team zitten. Hoe gaat hij om met het feit dat verzekeraars juist heel goede aanbieders soms om discutabele redenen uitsluiten en dus geen onderdeel laten zijn van zo'n team? Wat biedt hij zelfstandigen om onderdeel te worden van dat herkenbare team? Zou het niet logischer zijn om zo'n team in te richten op basis van het kwaliteitskader, of een verdere verdieping daarvan, waarin zorgprofessionals juist bepaald hebben wat goede zorg is in plaats van dat afgaan op de willekeur die wij nu zien bij verzekeraars?

Tot slot nog één vraag. Veel zorgverleners en cliënten vrezen dat de Minister de bijl gaat zetten in de vrije artskeuze als niet-gecontracteerde aanbieders nog lagere tarieven gaan krijgen. Hebben mensen straks nog wel de mogelijkheid om een zorgverlener te kiezen als zij bijna de helft van de kosten zelf moeten ophoesten? Ik vraag de Minister maar heel direct of hij nog steeds voor de vrije artskeuze staat.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot slot geef ik het woord aan mevrouw Hermans. Zij spreekt namens de fractie van de VVD.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

Voorzitter, dank u wel. Het voordeel van een tweede termijn op een later moment is dat je even kan teruglezen wat er allemaal besproken is in de eerste termijn. Dat was een heleboel, maar ik ben toch nog niet heel veel wijzer geworden op het kernpunt van mijn betoog van destijds. Dat was het herkenbare team in de wijk en de vrees van de VVD-fractie dat de Minister hier echt de structuur of de vorm voor de inhoud laat gaan. Wat moet nou dat herkenbare team in de zorg voor oma – ik citeer maar even de Minister – in die flat waar al die autootjes voor de deur staan beter gaan maken? Dat is een voorbeeld in de stad Rotterdam of een andere grote stad, maar wat betekent het voor de zus van deze oma die in een dorp in Friesland woont of voor haar schoonzus die in een middelgrote stad in Midden-Nederland woont?

Ik ga dus toch nog een keer mijn vragen stellen. Wat gaan die teams nou doen voor de kwaliteit van hun zorg? Wat betekent dat dan vervolgens voor het type afspraken dat zorgverzekeraars met aanbieders van wijkverpleging gaan maken? Wat zijn de kwaliteitscriteria op basis waarvan die afspraken gemaakt worden? Ik sluit me dus aan bij de vraag van de heer Hijink over de rol die het kwaliteitskader daarin speelt. Dat is mij echt nog steeds niet duidelijk. Die vragen stel ik dus opnieuw aan de

Minister, kort samengevat in de vraag: wat gaat er nu beter worden in de wijkverpleegkundige zorg voor mensen thuis?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de tweede termijn van de Kamer. Ik geef de Minister graag de gelegenheid voor de beantwoording in tweede termijn. Hij vraagt om wat tijd om de beantwoording voor te bereiden. Het is een tweede termijn, dus dan krijgt hij vijf minuutjes. Mevrouw Ellemeet?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb even een punt van orde. Het is wel een iets andere tweede termijn dan anders, omdat we natuurlijk met meer vragen komen dan normaal.

**De voorzitter:**

Het gaat wel van uw eigen tijd voor interrupties af.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, maar tien minuten lijkt mij wel terecht.

**De voorzitter:**

Oké. Ik schors de vergadering tot 12.40 uur.

De vergadering wordt van 12.31 uur tot 12.39 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef graag de Minister de gelegenheid om de vragen te beantwoorden die zojuist gesteld zijn. Tegen de leden zeg ik dat ik één interruptie toe wil staan. Het woord is aan de Minister.

Minister **De Jonge:**

Voorzitter, dank u wel. Dank voor de vragen die zijn gesteld. Ik moest wel weer even graven in mijn geheugen hoe ook alweer de eerste termijn was verlopen. Dat is het nadeel hiervan en daarom moeten we er maar geen gewoonte van maken. Excuses nogmaals voor het al te grote enthousiasme in mijn beantwoording in de eerste termijn, waardoor wij nu pas een tweede termijn kunnen hebben. Ik ga de vragen op de volgorde van de fracties beantwoorden. Dat doe ik doorgaans in de tweede termijn, dus laat ik dat ook nu maar doen.

Eerst ondervoeding. Om echt een goed antwoord op die vraag te geven, ga ik collega Bruins vragen om hier schriftelijk op terug te komen. Dat doet meer recht aan de vraag zoals die gesteld is.

**De voorzitter:**

Ik weet dat het moeilijk is om dat te zeggen voor een ander, maar wanneer verwacht u dat antwoord?

Minister **De Jonge:**

Voor de kerst.

Dan de vraag van mevrouw Sazias over de stand van zaken van de informatievoorziening over casemanagement dementie. We werken op dit moment aan een aantal acties om casemanagement dementie beter voor het voetlicht te brengen. Een van die acties is inderdaad informatievoorziening. Alzheimer Nederland heeft informatiemateriaal ontwikkeld over de rol van casemanagers. Dat informatiemateriaal is ook verspreid onder huisartsen. Ik denk dat het een eerste belang is dat huisartsen weten waar die informatie te vinden is. We zien dat het gebruik van casemanagement dementie echt toeneemt, dus dat is volgens mij goed nieuws. Dat gaat echt wel de goede kant op. De heer Slootweg stelde ook een vraag en sloot zich deels aan bij deze vraag. Hij vroeg of we de samenwerking



faciliteren tussen casemanagers dementie en huisartsen. Partijen hebben het afgelopen jaar in kaart gebracht hoe het verwijzen naar en het aanmelden voor casemanagement dementie verlopen en hoe dat beter kan. Daarover is een aantal afspraken gemaakt, met Ineen bijvoorbeeld. Partijen zijn nog in gesprek over hoe dat beter kan.

Daarnaast werken partijen op dit moment aan een herziene versie van de zorgstandaard dementie. Die zorgstandaard bevat een aantal aanbevelingen. Dat is wat wij faciliteren, het maken van die zorgstandaard. Daar zit onze rol. Wij denken dat het updaten van die zorgstandaard en het daar weer stevig in zetten van de rol van casemanagement dementie een aanjagende rol kan hebben en ook een voorlichtende rol over wat casemanagement dementie voor mensen kan betekenen. Zo proberen we de casemanager dementie steeds beter in de etalage te zetten en dat lukt ook eigenlijk wel.

Dan het bijstellen van de indicaties. Daar heeft mevrouw Sazias een vraag over gesteld en mevrouw Bergkamp heeft een vraag gesteld die daar een beetje mee samenhangt. Het is de wijkverpleegkundige die indiceert welke zorg nodig is voor cliënten, waarbij de hele situatie van de cliënt wordt meegenomen. De wijkverpleegkundige doet dat vanuit de eigen professionele autonomie. Zo hebben wij dat afgesproken: de eigen kennis en kunde en conform het normenkader van de V&VN. Het aantal uren zorg dat de wijkverpleegkundige indiceert moet als dat is gebeurd volgens die normen van de V&VN gewoon vergoed worden door zorgverzekeraars op basis van de Zorgverzekeringswet. Dat is de ene kant.

De andere kant is dat een zorgverzekeraar de wettelijke taak heeft om te kijken of gedeclareerde zorg rechtmatig en doelmatig is, allebei. Dat is gewoon de taak van zorgverzekeraars in ons stelsel: is het eigenlijk wel Zvw-zorg en is het daarmee dus rechtmatig en wordt het doelmatig ingezet? Als je voor een kleinigheidje heel veel uren indiceert, is dat niet helemaal met elkaar in verhouding en hoort een zorgverzekeraar daar iets aan te doen. De zorgverzekeraar moet dus een mogelijkheid hebben om te controleren of de zorg vanuit de Zvw vergoed mag worden, dus of de rechtmatigheid en de doelmatigheid in orde zijn. Om dat te kunnen beoordelen, moeten het zorgplan en de ingezette zorg in lijn zijn met de indicatie. Het is dan dus niet zozeer dat de zorgverzekeraar uren naar beneden bijstelt, als wel dat die de taak heeft om op basis van het zorgplan in relatie tot de indicatie te kijken of die twee met elkaar in verhouding zijn. Als een zorgverzekeraar vragen heeft over de indicatiestelling, is het van belang dat die in overleg gaat met de wijkverpleegkundige, eventueel met de verzekerde samen, om te kijken of het klopt met elkaar.

Dat raakt aan het dossier van ongecontracteerde zorg en aan de inzage waar mevrouw Bergkamp naar vroeg, dus misschien is het goed om die twee dingen even in samenhang met elkaar te beantwoorden. Daar zitten heel veel zorgvuldigheidsvereisten omheen, dus een zorgverzekeraar kan dat niet zomaar doen. Daar geldt een proportionaliteitseis en ook de eis van subsidiariteit. Je moet dus eerst een aantal dingen hebben gedaan voordat je een dossier in kunt duiken. Ze hebben natuurlijk de wettelijke taak en zijn aan strenge regels gebonden, zodat ze niet zomaar medische gegevens kunnen inzien.

Mevrouw Bergkamp vroeg hoe het nou zit met het medisch beroepsgeheim. Bij de zorgverzekeraars zijn een aantal medisch adviseurs aan de slag. Dat zijn de mensen die uiteindelijk die beoordeling doen, dus die dat zorgplan inzien. Dat zijn mensen die een BIG-registratie moeten hebben en cetera. Het zijn overigens vaak gewoon wijkverpleegkundigen die daarmee aan de slag gaan. Zij doen dat op grond van een hele set aan regels die allemaal zijn vastgelegd in de Regeling zorgverzekering – in artikel 7.1, als u dat echt wilt weten – en in het protocol dat onderdeel is van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, waar de AP toezicht op houdt.



Kortom, dat is aan zeer, zeer, zeer strenge regels gebonden. De NZa ziet erop toe of zorgverzekeraars zich aan die regels houden. Dus juist omdat het hier over medische gegevens gaat en er uiterste zorgvuldigheidsvereisten aan de orde zijn, zijn die checks-and-balances zo gründlich ingericht en dat moet ook. Het is dus niet zo dat zorgverzekeraars zomaar even indicaties naar beneden aanpassen. De zorgverzekeraars hebben een rechtmatigheids- en een doelmatigheidsstaak en die verrichten ze ook. Als je dus als wijkverpleegkundige twee keer te veel indiceert, is het maar goed ook dat die zorgverzekeraar even kijkt of dat eigenlijk wel logisch is. Waar komt dat nou met enige regelmaat voor? Bij ongecontracteerde zorg. Daarom zijn het doorgaans dezelfde wijkverpleegkundigen die daarover mopperen. Dat zijn doorgaans ongecontracteerde zorgaanbieders, die het inderdaad vervelend vinden dat de controle op rechtmatigheid door zorgverzekeraars, naar ik vind terecht, nogal stevig wordt ingevuld. Als dat onvoldoende gebeurt, zien we ze vaak weer terug op het lijstje waar de heer Kerstens vaak aandacht voor vraagt en dat is het lijstje van de zorgcowboys. Die kritiek komt doorgaans wel uit diezelfde hoek. We hebben het zelf zo ingericht. Ik ben er tevreden over dat we de zorgverzekeraars een stevige taak geven om rechtmatigheid en doelmatigheid te controleren, mits aan allerlei zorgvuldigheidseisen wordt voldaan en dat gebeurt.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Sazias.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik snap dat zorgverzekeraars in elk geval op rechtmatigheid controleren. Bij doelmatigheid kun je daar soms vraagtekens bij zetten. Ik ben niet zo blij met de sfeer die wordt gecreëerd over het algemeen rond de ongecontracteerde zorg, alsof daar alleen maar zorgcowboys in zitten die allemaal alleen maar frauderen. Er zijn ook echt goede redenen aan te geven waarom zorgverleners geen contract willen en soms krijgen ze niet eens een contract omdat ze te klein zijn. Kunnen we alsjeblieft een beetje voorzichtiger zijn met die kwalificaties?

**Minister De Jonge:**

Ik probeer daar altijd heel genuanceerd in te zijn, maar je moet je ogen niet willen sluiten voor dingen die aan de hand zijn. Ik heb die brief aan de Kamer gestuurd. We komen overigens nog uitgebreid te spreken over ongecontracteerde zorg, want u krijgt aan het eind van het jaar het wetsvoorstel. Dat zult u op enig moment waarschijnlijk gaan inplannen voor behandeling en dan gaan we nog uitgebreid spreken over ongecontracteerde zorg. Maar als ik kijk naar het fenomeen «ongecontracteerde zorg», zie ik dat het aandeel daarvan is gestegen in de afgelopen periode en hoe moeilijk het vaak gaat in de samenwerking. Een deel van de versnippering heeft wel degelijk als achtergrond het bestaan van ongecontracteerde zorg. Ik zie ook dat ongecontracteerde zorg 2,7 keer zo veel uren en 2 keer zo veel kosten met zich meebrengt voor exact dezelfde cliënt. We hebben in de toekomst een steeds grotere zorgvraag met elkaar te bedienen en die moeten we zien te bedienen in een steeds krappere wordende arbeidsmarkt. Dan kunnen we het ons echt niet veroorloven – dat is gewoon niet eerlijk – om maar even de andere kant op te kijken als we zien dat in de ongecontracteerde zorg mensen gewoon ruim 2 keer zo veel, 2,7 keer zo veel, aan uren krijgen. Twee keer zo veel voor de een betekent dat die niet meer voor de ander beschikbaar zijn. Dat kunnen we ons niet veroorloven en dat is niet eerlijk.

Daarmee moeten we niet doen – dat zegt u terecht – alsof alle ongecontracteerde zorg ondeugdelijk zou zijn of dat al die aanbieders uit zouden zijn op het tillen van het systeem, om het zo maar even te zeggen. Dat is helemaal niet waar, want er zitten ook zeer gewetensvolle wijkverpleeg-

kundigen in de ongecontracteerde zorg die hartstikke mooi werk doen. Maar ik kom aanbieders van ongecontracteerde zorg iets te vaak tegen op de verkeerde lijstjes. Dat moeten we met elkaar op een goede manier regelen en dat gaan we ook doen met de wet.

**De voorzitter:**

Is dat voldoende, mevrouw Szias? Ja? Dan vervolgt de Minister de beantwoording.

**Minister De Jonge:**

Dan kom ik bij de eerste vraag van de heer Kerstens over het toekomstbeeld van de wijkverpleging. Hij zegt: dat deel ik eigenlijk best, maar ik wil wel graag weten in welke stappen wij daarnaar toewerken. Als je die stappen onvoorzichtig zet, zo lees ik hem, dan ga je misschien dingen kapotmaken die je niet moet willen kapotmaken, maar je moet die stappen wel zetten. Ik zou u willen voorstellen dat ik u gewoon eens even een procesbrief schrijf. Ik ga er dan van uit dat dat met name gaat over het beeld van het toewerken naar het werken als een team in de wijk en over de stappen die wij daarvoor zetten. Er zit een bekostigingskant aan. Er zit een inkoopkant aan. Laat ik die stappen gewoon eens goed schetsen. Dat lijkt me goed. Daarmee voldoe ik ook deels aan vragen zoals mevrouw Hermans die heeft gesteld en waar ik zo nog wat preciezer op zal ingaan.

**De voorzitter:**

Wanneer kunnen we deze brief verwachten?

**Minister De Jonge:**

Als het echt gaat over het proces, dan kan dat voor de kerst.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Misschien kan de Minister in die brief ook concreet aangeven waar marktwerking in het stelsel dingen belemmert.

**Minister De Jonge:**

Die vraag beantwoord ik zo wel even.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ja? Ik dacht: misschien kan het in dezelfde brief. Maar prima; als u het wil beantwoorden, graag.

**Minister De Jonge:**

Wat mij betreft wordt dat echt een brief over het proces. Ik heb namelijk al een aparte brief gestuurd over het toekomstbeeld van de wijkverpleging. Dat was meer een inhoudelijke schets. Ik heb ook al een brief gestuurd over marktwerking in de zorg en de kwetsbaarheden. Dus ik heb daar al meerdere inhoudelijke brieven over gestuurd. Ik weet niet of ik u met nog een brief met ongeveer dezelfde inhoud ga overtuigen, maar ik ga het straks gewoon weer proberen. In de vraag van de heer Kerstens hoorde ik een verzoek om een mijlpalenbrief over de stappen die wij te zetten hebben de komende periode. Dat begrijp ik ook, want op best een aantal onderdelen zijn dat verschillende stappen.

De heer Kerstens en mevrouw Bergkamp zeggen: het is goed om de achtergrond te kennen van het niet-contracteren. De heer Kerstens voegt daar nog aan toe: stel dat wij erin slagen om ongecontracteerde zorg heel erg terug te dringen, wat is dan het gevolg? Zou dat ook nog negatieve gevolgen kunnen hebben? Het eerste wat belangrijk is, is dat de NZa recent een verdiepend onderzoek heeft uitgevoerd naar de redenen om wel of geen contract te sluiten. Dat is in september aan de Kamer gestuurd. U zult dat zonder twijfel betrekken bij het wetsvoorstel dat straks behandeld zal worden. Laat ik even kort samenvatten wat de

redenen zijn om geen contract af te sluiten. Dat is bijvoorbeeld omdat men vond dat het omzetplafond ontoereikend was, omdat men vond dat niet werd voldaan aan de contractvereisten, omdat men vond dat er onvoldoende ruimte was in de onderhandelingen of omdat men vond dat het echt te lage tarieven waren. En een reden meer aan de kant van de zorgverzekeraar is dat die zorgverzekeraar al voldoende had ingekocht. Want het punt is natuurlijk dat je vanuit het blikveld van de individuele aanbieder kan zeggen: ik vind dat omzetplafond eigenlijk ontoereikend; ik zou eigenlijk meer omzet willen draaien. Maar de plicht aan de kant van de zorgverzekeraar is voldoende wijkverpleging inkopen voor zijn verzekerden. Dus het enkele feit dat je als individuele aanbieder graag meer zorg zou willen leveren en die ruimte contractueel niet krijgt, betekent niet dat een verzekeraar daartoe verplicht zou zijn. De verzekeraar is verplicht om voldoende zorg te hebben en in te kopen voor zijn verzekerden. Dat geldt ook voor, zeg maar, «geen onderhandelingen» die dan mogelijk zijn. Ik snap dat er soms meer ruimte gewenst wordt, maar als er ruimte wordt gevraagd die zorgverzekeraars eigenlijk niet willen geven, dan kan het wel als reden worden aangegeven, maar dan is het de vraag of «we» daar iets aan moeten doen of dat het eigenlijk iets is wat je gewoon moet laten gebeuren tussen de inkoper en degene die een nieuw contract wil hebben.

Maar laten we ook niet alleen maar somber zijn, want uit de monitor kwam dat het contracteerproces juist heel veel beter gaat. Gelukkig maar. Dat is ook logisch. Dat wordt in gelijke mate door zowel kleinere als grotere aanbieders gezegd. Gelukkig maar, want dat was de afspraak die ik met uw Kamer had. Dat was ook de afspraak zoals die in het hoofdlijnenakkoord is gemaakt. Ongecontracteerde de zorg is een groeiend fenomeen. Het is ook een groeiend probleem, maar als wij daar minder van willen, dan is het zeker niet zo dat alleen aanbieders daar een taak in hebben. De eerste taak ligt bij de zorgverzekeraars, met een lange lijst van verbeterpunten in het contracteerproces. Gelukkig zien we dat ook terug in die monitor. Daarmee zijn we er nog niet, maar de ervaring van de aanbieders is wel dat het beter gaat. Nader onderzoek is dus al uitgevoerd, is mijn antwoord op de vraag van de heer Kerstens. Daarnaast zijn we nog bezig met een onderzoek naar de redenen waarom mensen voor zichzelf beginnen. Dat is dan vaak niet gecontracteerd. Daar doen wij op dit moment apart onderzoek naar.

**De voorzitter:**

Ik zie een vraag van de heer Kerstens, maar ik moet toch weer streng zijn, want het is inmiddels bijna 13.00 uur. Dus ik zou de Minister even willen vragen om de vragen van de heer Kerstens te beantwoorden; dan krijgt hij daarna de gelegenheid een vraag te stellen.

**Minister De Jonge:**

De Wijkzuster West-Brabant. Wij gaan natuurlijk met heel veel voorbeelden aan de slag waarvan we zeggen: dat is het toekomstbeeld. Het toekomstbeeld hebben we ook niet op het departement bedacht, maar dat hebben we gewoon zien gebeuren in de praktijk. Dat zijn mooie wegwijzers voor de toekomstige praktijk die wij zien, dus zeker.

**De voorzitter:**

Dat was het blokje Kerstens. De heer Kerstens.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Dan doe ik twee vraagjes in één. Ik had ook nog gevraagd of de Minister ons wat duidelijker wil laten zien dat de zorgverzekeraars niet steeds met fluwelen handschoentjes worden aangepakt, want dat idee heb ik soms. Volgens mij sta ik daar niet alleen in.

Mijn tweede vraag heeft te maken met dat onderzoek. Het klopt: de NZa heeft toen dat verdiepende onderzoek gedaan. Dat kwam de avond voor de eerste termijn van het AO. Ik vond het overigens minder diepgaand dan ik had gehoopt. Volgens mij hebben een aantal collega's dat bij mijn afwezigheid ook nog aangegeven. Het onderzoek geeft in ieder geval geen antwoord op het tweede deel van mijn vraag. Dat hoort eigenlijk bij dat beheerste proces dat ik graag wil om te voorkomen dat we brokken maken, waar zorgmedewerkers en cliënten de dupe van worden. Wat gebeurt er nou als de Minister en de zorgverzekeraars erin slagen om ongecontracteerde zorg terug te dringen? Gebeuren er dan ongelukken of merken we er dan eigenlijk allemaal niks van?

**Minister De Jonge:**

Eerst de vraag over die zorgverzekeraar. Ik weet dat dat wordt gezegd, maar ik bestrijd dat dat een juiste constatering is, zeker als het gaat om ongecontracteerde zorg. Onze afspraak in het hoofdlijnenakkoord in ons gesprek met zorgverzekeraars is gegaan langs de lijnen die we eerder hebben gewisseld in een algemeen overleg, namelijk: de eerste die aan zet is als het contracteerproces niet goed gaat, is de zorgverzekeraar. De eerste die in actie moet komen om te zorgen dat het aandeel ongecontracteerde zorg naar beneden gaat, is de zorgverzekeraar. De eerste die heeft te zorgen dat bijvoorbeeld omzetplafonds geen reden zijn om geen contract te krijgen – dat gaat over te hoog vastgestelde omzetplafonds waar je als kleine aanbieder niet aan kunt voldoen – is de zorgverzekeraar. In alle afspraken die we hebben gemaakt, in alle uitingen over ongecontracteerde zorg, ligt de bal altijd eerst en vooral op het bordje van de zorgverzekeraar.

Dat laat onverlet dat het doel, namelijk het terugdringen van ongecontracteerde zorg, als een paal boven water staat. Daarmee willen we doen wat in het regeerakkoord staat, namelijk het verhelderen van het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Dat zit helemaal in ons verzekeringssysteem verweven. Maar laten we daar uitvoerig over debatteren bij de wetsbehandeling. Dus de eerste zet is echt aan de zorgverzekeraars, altijd.

Uw tweede vraag is: zou u willen kijken wat de negatieve kanten zouden kunnen zijn van de ontwikkeling van minder gecontracteerde zorg? Volgens mij is die negatieve kant er in zoverre niet dat je een zorgverzekeraar daarmee tegelijkertijd verplicht om voor zijn verzekerden gecontracteerde zorg te leveren. Kortom, er wordt weleens gezegd: voor een deel heb je ongecontracteerde zorg gewoon nodig. Nou nee, niet vanuit het stelsel bezien, want een zorgverzekeraar heeft gewoon een zorgplicht. Als gecontracteerde zorg dé manier is om aan die zorgplicht te voldoen, dan heeft een zorgverzekeraar gewoon voor al zijn verzekerden te contracteren.

**De voorzitter:**

De commissie heeft gezegd dat we in tweede termijn van dit AO niet verder op de brief ingaan, omdat die later bij de wetsbehandeling aan de orde komt. De heer Kerstens voor een afrondende, korte vraag. Ik wil de Minister ook vragen om te proberen korter te antwoorden, want we moeten nog de vragen van vijf sprekers beantwoorden in de resterende vijftien minuten.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Ik snap het antwoord van de Minister. Volgens het systeem kan het niet dat er iets misgaat bij het wegvallen van een deel van de zorg, maar ik zou hem graag willen meegeven dat er volgens het systeem wel meer dingen niet kunnen die vervolgens toch gebeuren. Mijn vraag was vooral: heb daar aandacht voor in dat gecontroleerde proces naar de wijkverpleging

nieuwe stijl. Anders moeten we het weer gaan hebben over wat daar misgaat.

**Minister De Jonge:**

Ik hoor wat u zegt en dat is waar.

Dan ga ik naar de vragen van GroenLinks over de tarieven. Wordt de ova wel volledig doorvertaald? Waarom wordt dat soms niet op die manier gevoeld door aanbieders? Dat de ova volledig wordt doorvertaald is gewoon afgesproken. In de monitor contractering lees ik dat zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de ova volledig hebben doorvertaald in de tarieven. Dat is het beeld van de zorgverzekeraars, maar dat is niet het beeld van alle aanbieders. Het punt is alleen dat je dan wel heel precies moet weten waar het over gaat, omdat de tarieven ook om andere doelmatigheidsredenen naar beneden kunnen worden aangepast. Dat is ook de uitkomst van een contracteringsproces. Het is niet altijd op voorhand goed te zeggen of er geen andere doelmatigheidseis is verwerkt in de tarieven en de ova wel degelijk is doorvertaald. De gemiddelde tariefstijging die we nu in de monitor zien, kan daar geen uitsluitel over bieden. Daarom hebben de partijen afgesproken dat een aanbieder in gesprek gaat met zijn eigen zorgverzekeraar als hij merkt dat de ova niet volledig zou zijn doorvertaald in de tarieven. Ik vind het van belang dat dat gesprek ook daar plaatsvindt, omdat het gaat om een contract tussen een aanbieder en een zorgverzekeraar. Als dat niet goed wordt afgehandeld, dan kan de aanbieder de concrete casus met namen en rugnummers voorleggen aan Zorgverzekeraars Nederland. Zo hebben wij het afgesproken.

Dus mocht u op werkbezoek tegen een aanbieder aanlopen die hiermee te maken heeft, zeg dan: ga eerst in gesprek met je eigen zorgverzekeraar en als je er niet uitkomt en echt van mening bent dat jou onrecht is gedaan omdat de ova niet is doorvertaald, meld je dan bij ZN. Zo hebben wij het afgesproken. De NZa heb ik gevraagd om te monitoren of de ova daadwerkelijk is doorvertaald in de tarieven.

De tweede vraag van GroenLinks ging over de onderbesteding. We hebben een budgettair kader afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden. Daarin zit een jaarlijkse stijging van 2,4%, nog even los van ova, en van loon en prijs. Dus de ruimte is er, en die groei is op zichzelf genomen ook zichtbaar. De vraag is hoe het kan dat ons beeld zou zijn dat die 2,4% ook echt nodig is – anders hadden we dat namelijk niet afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden – maar dat we niettemin zien dat er sprake is van onderbesteding. Die analyse op onderbesteding moet ik nog doen. Volgens mij heb ik u in de begrotingsbehandeling toegezegd om u daar in januari over te informeren. Want ik wil dat samen met de partijen doen die betrokken zijn bij het hoofdlijnenakkoord. Dus laten we eerst maar eens die analyse maken, omdat we nog niet weten of het enkele feit van onderbesteding ook betekent dat daar iets aan de hand zou zijn. Dat weet je niet. Dat kan, maar dat hoeft natuurlijk niet. Als er gewoon niet meer aanspraak wordt gemaakt op die wijkverpleging, hoeft dat natuurlijk niet. Dan de bekostiging van de ELV-coördinatiepunten. U bent geïnformeerd door collega Bruins over de prestatie die is aangebracht. Door de beschrijving van die vrije prestatie is het mogelijk om de coördinatiepunten te financieren. Bij mijn weten lukt dat ook in alle regio's, maar u zegt dat dat niet in alle regio's lukt. Dan is het een kwestie van namen en rugnummers. Dan kan ik kijken wat er niet lukt. Het kan niet aan de bekostigingstitel liggen, want die is geregeld. Wel hebben we het er vaker over gehad dat er een meer algemeen fenomeen speelt, namelijk dat er bij alle kosten die niet gerelateerd zijn aan individuele patiënten, een rechtmatigheidsissue aan de orde kan zijn. Dat geldt bij de preventieve inzet van Wlz- of Zvw-zorg. Dat was ook het verhaal hierbij. Die discussie speelt natuurlijk breder dan alleen in de bekostiging van de coördinatiepunten. Als dat aan de orde is, dan geldt mijn eerdere antwoord, namelijk

dat we überhaupt het gesprek aan moeten over de vraag hoe we dat gaan oplossen. Daarop kom ik in december terug. Daarin zit ook die verbreding naar de Wlz-kant; die kan te maken hebben met die discussie. Maar de coördinatiepunten kunnen worden bekostigd; de bekostigingstitel is geregeld. Voor de Zvw-kant kan er dus eigenlijk niks aan de hand zijn. Dat waren de vragen van mevrouw Ellemeet.

**De voorzitter:**

Korte vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik weet van een concrete casus waarin wordt aangegeven dat ze die functionaliteiten uitvoeren maar niet gefinancierd hebben gekregen. Dus die zal ik doorgeleiden.

**Minister De Jonge:**

Ja, graag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even over die tarieven, want ik vind het toch wel heel onbevredigend. Wij hebben ook nog ons gezond verstand, en wij kunnen met ons gezond verstand bedenken dat meer dan 90% van die ouderen thuis woont en dat er een enorme aanspraak wordt gemaakt op de wijkverpleging. Het is goed om dat verder uit te zoeken en het daar na de kerst over te hebben, maar wij krijgen zo veel signalen van organisaties dat ze met te lage tarieven te maken hebben. Tegelijkertijd zijn het ook vaak kleinere organisaties. Dus dat klinkt dan mooi in verband met ZN, maar die hebben te maken met allerlei zorgverzekeraars en vaak ook nog met gemeenten. Dat was natuurlijk mijn punt. Het is dus best veel gevraagd om hen dat hele traject in te laten gaan. Ik ben dus op zoek naar een praktische oplossing. Hoe kunnen we de instellingen of organisaties tegemoetkomen die klem komen te zitten met die tarieven? Want dat kan gewoon een deel van de verklaring voor die ongecontracteerde zorg zijn.

**De voorzitter:**

Korte reactie.

**Minister De Jonge:**

Ik snap het, want ik zie dat ook. Daarom zijn we er ook mee bezig op een aantal fronten. We zorgen ervoor dat die ova-afspraken daadwerkelijk wordt nagekomen. Dat betreft de zonet door mij toegelichte procesafspraken en het toezicht daarop van de NZa. Dat is één deel. Het tweede is die onderbesteding. Die vind ik gegeven de demografie moeilijk verklaarbaar. Daarom komen we daarop terug in de analyse. U vraagt eigenlijk: zou er niet nog een andere bypass mogelijk zijn? Ik vind het gewoon ingewikkeld om daarop ja te zeggen, want daarmee manoeuvreer ik het departement in de contractuele bespreking tussen een aanbieder en een verzekeraar. Er is natuurlijk een belangrijke reden waarom dat niet kan. Dat kan niet, omdat ik niet alle afspraken kan overzien, omdat ik de kostenstructuur van zo'n aanbieder niet ken en omdat het mijn rol ook niet is. Het is niet de rol van een departement om zich daarin te begeven. Dus ik vind dat gewoon een ingewikkelde rol. Wat ik wel kan doen, is ervoor zorgen dat partijen zich op een goede manier tot elkaar verhouden, en ervoor zorgen dat we toezicht organiseren op de dingen die ook echt aan de hand zijn of daar onderzoek op organiseren. Maar het departement daartussen manoeuvreren, dat kan ik eigenlijk niet doen. Dat hoor ik u overigens ook niet vragen, maar dat vind ik moeilijk om te doen. Dus als u een concrete suggestie heeft hoe we daar anders mee zouden kunnen omgaan, dan is dat prima, maar ik moet de scheiding van de formele rollen wel goed in de gaten houden.



**De voorzitter:**  
Kort afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Ja, dat snap ik. Misschien zou het een idee zijn om aan ZN te vragen om een aantal organisaties en clubs zoals Zorgthuis.nl eens wat uitgebreider het gesprek te laten voeren over het feit dat die geschillencommissie niet altijd werkt in de praktijk; wat kunnen we daaraan doen? We willen die signalen immers wel krijgen. Als er geen goede tarieven geboden worden, dan willen we dat weten. Kan dat gesprek niet door jullie georganiseerd worden?

**De voorzitter:**  
Een druk ministerie. De Minister.

Minister **De Jonge:**  
Dat wil ik wel inbrengen in een bestuurlijk overleg. Het lijkt me goed om dat te doen. De vraag aan de zorgverzekeraars om met name te kijken naar het functioneren van die geschillencommissie.

**De voorzitter:**  
De vraag is helder, dus ik ga nu echt iets strenger zijn, want we hebben nog een paar minuten en we hebben nog vier vragenstellers te gaan.

Minister **De Jonge:**  
Democraten 66. Over het medisch beroepsgeheim hebben we het gehad. Over de marktwerking hebben we het natuurlijk ook best wel vaak gehad. Eigenlijk gaat het hierom: de zorg is geen markt, de zorg is geen vrije markt, maar er is hier sprake van dat het denken in markttermen wel degelijk zijn invloed heeft gehad op het organiseren van het stelsel.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Een korte interventie om het antwoord misschien ook wat in te kunnen korten. Wat kan nu niet, vanwege het stelsel, wat we wel willen? Dat was eigenlijk mijn vraag.

**De voorzitter:**  
Heldere vraag.

Minister **De Jonge:**  
Het gaat niet zozeer over wat nu níét kan, maar over wat je wel ziet gebeuren en wat je niet meer wilt. Die enorme versnippering van het aanbod bijvoorbeeld; die wil je niet meer. Dat kunnen we ons namelijk niet veroorloven. Het is extreem ondoelmatig. Daardoor functioneert de wijkverpleging in een aantal grote steden gewoon minder goed dan die zou kunnen. Dat wil je niet. Je wilt die versnippering tegengaan. Je wilt meer als één team gaan werken in de wijk. Dat betekent dat je iets moet inboeten op de ruimte die aanbieders hebben om zich te manifesteren op die «markt». Ik zeg het tussen aanhalingstekens, want sommige mensen noemen het zo, maar ik niet.  
Wat je bijvoorbeeld niet moet willen, terwijl het nu wel kán, is dat een nieuwe toetreders heel gemakkelijk aan de slag kan. Dat moet je niet willen. Daar gaan we ook over debatteren binnenkort. Het gaat niet zozeer over wat er nu allemaal níét kan, maar over wat er nu gebeurt, wat je ziet gebeuren en wat wel degelijk een gevolg is van op een aantal punten doorgeslagen marktwerking. Zo zie ik dat in ieder geval en dat heb ik ook in een aantal interviews gezegd en uitgebreid beschreven in een brief aan uw Kamer. Ik wil dat graag terugdringen, omdat ik denk dat het eigenlijk gaat om wat het beste is voor de patiënten. Dat was ook het punt van mevrouw Bergkamp vorige keer. «Al die ideologie», zei ze toen, «het moet



gaan om de patiënten». Op dit moment zie ik dat patiënten nadeel ondervinden van die doorgeslagen vormen van marktwerking, en dat moeten we zien te keren.

**De voorzitter:**

Mevrouw Bergkamp, het is nog niet het einde van het blokje, maar gaat uw gang.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan is duidelijk dat het in ieder geval niet ligt aan wat er niet kan in het stelsel en dat er oplossingen gezocht kunnen worden binnen het bestaande stelsel, even met uitzondering van de toetreders, want daar komt een wetsvoorstel voor. Maar het is niet zo dat het stelsel gewijzigd moet worden. De negatieve neveneffecten kunnen opgelost worden binnen het systeem, zegt de Minister. Zo vertaal ik het dan maar even.

**Minister De Jonge:**

Ik snap de achtergrond van die conclusie niet zo goed. Laten we ook niet het hele debat van de begrotingsbehandeling overdoen. Toen hebben we het namelijk ook gehad over wel of geen stelselwijziging. Ik stel inderdaad een aantal wijzigingen van het stelsel voor. Dat klopt. Daar ben ik ook voor aangesteld.

**De voorzitter:**

Even terug naar mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan wordt het een heel andere discussie en dat wil ik juist niet. Mijn vraag was: wat kan nu níét wat we wel willen? Daarop zegt de Minister: het gaat niet zozeer om wat er niet kán, maar ik zie een aantal negatieve neveneffecten die ik wil aanpakken.

**Minister De Jonge:**

Klopt, ja.

Over de analyse ongecontracteerde zorg heb ik het ook al gehad.

Dan ga ik door naar de CDA-fractie. Over het casemanagement heb ik het gehad. Ten aanzien van kleine aanbieders en ongecontracteerde zorg heb ik net benoemd dat er tussen kleine en grote aanbieders geen verschil zit in de mate waarin men het contracteerproces als inmiddels iets beter verlopend ervaart. Dat is goed nieuws, denk ik. Maar we zijn er nog niet, dat weten we ook.

Dan de lijst van Pointer. Opvallend dat een flink deel daarvan ongecontracteerde zorg levert, maar aan de andere kant zien we toch ook een flink deel gecontracteerde zorg. Wij zijn op dit moment bezig, die lijst te onderzoeken. NZa en IGJ doen dat. We weten daar inmiddels van dat eigenlijk een flink deel van die namen overlapt met namen die op enig moment al in onderzoek waren bij het IKZ, bij de NZa, bij de IGJ of bij een individuele zorgverzekeraar, onderdeel van het IKZ. Het waren voor een belangrijk deel namen die ook al wel in beeld waren.

De reden waarom aanbieders bij wie fraude wordt vermoed, geen gecontracteerde aanbieders zijn, is dat zorgverzekeraars, als ze een vermoeden hebben van fraude, met die aanbieder natuurlijk geen contract afsluiten. Waarom er ook gecontracteerde aanbieders op die lijst stonden, is een terechte vraag. Dat hoop ik straks goed te snappen uit die analyse. Kennelijk is het dan zo dat het signaal er pas is gekomen na het aangaan van het contract. Dat moet in die volgorde zijn gebeurd, want anders snap ik niet waarom ze überhaupt een contract hebben gekregen. Maar ik hoop dat straks te leren uit de analyse die de NZa en de IGJ op dit moment doen.

Dan de bekostiging. Het is goed om de stappen aan te geven. De heer Slootweg zegt: boeiend dat we daarover gesproken hebben, maar hoe gaan we er dan mee verder? Begin 2020 verschijnt er een rapport van de NZa over de evaluatie van het experiment bekostiging wijkverpleging. In Q1 van 2020 ontvangt u een tussenrapportage over het traject van de doorontwikkeling van de bekostiging wijkverpleging. We hebben uitgebreid gesproken, ook in de eerste termijn, over de cliëntprofielen met een soort zzp-systematiek zoals die nu ook al in de Wlz geldt, maar dan voor de wijkverpleging. Is dat geen mooie manier van bekostiging? Wat we in Q1 ontvangen, is een tussenrapportage van dat traject. Want ja, het is een interessante gedachte om die hele volume prikkel uit de bekostiging te halen, maar het is ook razend ingewikkeld om het op een goede manier te doen. U ontvangt dus in Q1 een tussenrapportage daarvan. Rond de zomer stuurt de NZa een definitief advies over de inrichting van de bekostiging wijkverpleging per 2022, inclusief de resultaten van het onderzoek naar die meer systeemachtige functies, die meer infrastructuurachtige functies, die er zijn binnen de wijkverpleging, zoals de coördinatierol, die wellicht uit het integrale tarief zouden moeten worden gehaald. Dat komt tegen de zomer van 2020. Op basis daarvan legt het kabinet aan uw Kamer een voorgenomen besluit voor en op basis daarvan hebben wij vervolgens het debat. De hoop is dat we een start kunnen maken met die nieuwe bekostiging in 2022. Dat is het traject. Ik zal dit trouwens opnemen in het stappenplan dat ik zojuist toezegde aan de heer Kerstens, want het helpt wel bij het schetsen van het complete beeld van de stappen waarin we de wijkverpleging gaan verbeteren. Dat was het CDA. Dan ga ik naar de SP.

**De voorzitter:**

Voordat we daartoe overgaan nog de heer Slootweg. Korte vraag, graag.

**De heer Slootweg (CDA):**

Die is echt heel kort. Ik ben blij dat u even bent ingegaan op hoe het nou zit met de gecontracteerden en waarom die dan ineens op die lijst staan. U gaf al aan dat er een aantal onderzoeken bezig is en dat u het eigenlijk zelf ook wilt weten. Kunt u ook een beetje aangeven wanneer wij dat mogen ontvangen als Kamer?

**Minister De Jonge:**

En «u» is de Minister.

**De heer Slootweg (CDA):**

Ja. Sorry, voorzitter.

**Minister De Jonge:**

We zitten zo meteen weer in een AO. Dat gaat over de IGJ. Zal ik u in dat AO het antwoord op deze vraag geven? Ik wilde zeggen tegen de kerst, maar ik moet dat even checken.

**De heer Slootweg (CDA):**

Dat gaat dan via mijn collega Van den Berg, maar ik heb er alle vertrouwen in dat het dan bij mij terecht komt.

**Minister De Jonge:**

De samenwerking over de domeinen heen binnen de CDA-fractie moet toch te organiseren zijn, zou ik denken.

**De voorzitter:**

Ja. De griffie hoort dat ook graag, want het is een toezegging die wij hier willen noteren. We moeten dus even kijken hoe dat op een goede manier verankerd wordt.

**Minister De Jonge:**

Dat is goed. Laten we dan afspreken: voor de kerst, tenzij. Ik check het even.

De SP heeft ook een vraag gesteld over ongecontracteerde zorg. We gaan dit debat nog in extenso hebben bij de behandeling van de wet, maar misschien is het toch goed om met name dat punt van die vrije artsenuitkeuze even beet te pakken. Dat wordt namelijk vaak genoemd, met name door degenen die op dit moment profiteren van het bestaan en mogelijk zijn van ongecontracteerde zorg. Ik vind het eerlijk gezegd echt een oneigenlijk argument. Bij de vorige wetsbehandeling – dat is een aantal jaren geleden, ik meen in 2014 – is het heel erg naar voren gebracht en ongelofelijk groot gemaakt in het debat in de Eerste Kamer. Is er dan straks een keuze niet meer mogelijk die wel per se mogelijk zou moeten zijn in termen van vrije artsenuitkeuze? Ik denk het eerlijk gezegd niet, sowieso niet – dat vond ik eigenlijk toen al niet terecht – in de wettelijke vormgeving zoals dit kabinet die gaat voorstellen aan de Kamer. Daarmee wordt namelijk hooguit bij wet de mogelijkheid gecreëerd om vervolgens per nadere regelgeving, dus AMvB, te besluiten tot het vaststellen van een vergoedingspercentage. Daarmee is het echt een heel andere wet dan de vorige. Ongecontracteerde zorg wordt niet onmogelijk gemaakt. Dat is niet wat het is. Er wordt alleen mogelijk gemaakt dat het kabinet een vergoedingspercentage vaststelt voor niet gecontracteerde zorg, in plaats van dat dat wordt overgelaten aan het vrije spel der krachten. De vrije artsenuitkeuze is niet in het geding en wordt eigenlijk echt vooral gebruikt door de lobby die er gewoon niet aan wil dat er maatregelen worden genomen in het kader van het terugdringen van ongecontracteerde zorg. Daar wordt dit eigenlijk vooral door gebruikt.

Dan de vraag of aanbieders wel of niet onderdeel van het team kunnen zijn. We hebben inmiddels in het kader van dat toekomstperspectief voor de wijkverpleging afgesproken om per 1 januari aanstaande de ongeplande nachtzorg alvast per regio te organiseren. In sommige regio's was dat al zo en nu is meegenomen dat dat per 1 januari in alle regio's zo gaat zijn. De ongeplande nachtzorg gebeurt dan niet meer in concurrentie tussen allerlei aanbieders, maar daar krijgt gewoon een aanbieder het contract voor.

Een tweede stap daarin – die is in de vorige brief ook zo beschreven, maar ik zal dat ook in het stappenplan van de heer Kerstens nogmaals helder beschrijven – is om te zeggen dat men meer als een team moet gaan samenwerken. Mevrouw Bergkamp noemde Utrecht als goed voorbeeld. Althans, het was een slecht voorbeeld én een goed voorbeeld. De eerste poging in Utrecht was niet zo'n heel goede. Daar was met name aan de orde wat zij beschrijft, namelijk dat heel veel aanbieders eigenlijk al jarenlang best heel prima bezig waren en opeens geen mogelijkheid meer hadden om in die wijk aan de slag te gaan. De tweede poging van Zilveren Kruis – ik prijs ze daar alleen maar voor – was juist wel goed. Toen was het meer een samenspel van een aantal aanbieders in de wijk die als één team aan het samenwerken waren. Daarbij is meer rekening gehouden met aanbieders die er al een tijdje bezig waren, die wel degelijk de gelegenheid kregen om in dat nieuwe plaatje onderdeel van het verhaal te blijven. Kun je daarmee altijd garanderen dat elke aanbieder altijd in iedere wijk aan de slag kan? Nee, natuurlijk niet. Dat is inderdaad een kwestie van kiezen en een kwestie van verkavelen. Dat is het natuurlijk wel, maar ik denk dat daar wel degelijk op een goede manier mee om te gaan is. De manier waarop we dat moeten doen, werk ik nog uit; dat heb ik afgesproken met de partijen van het hoofdlijnenakkoord. Ik kom er nog op terug hoe we dat gaan doen als ik daarvoor een goed voorstel heb uitgewerkt. Ik zal in het stappenplan van de heer Kerstens aangeven wanneer ik daarop terugkom.

Dan de vragen van de VVD.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Ik zou op dat laatste punt toch graag een idee krijgen van wanneer dat dan komt, want zo lang heeft de Minister ook niet meer te gaan in deze periode. Ja, in de volgende periode zit hij misschien wel in een kabinet ... Nou ja, laat maar.

De tweede vraag die ik graag zou willen stellen, gaat over de vrije artsenukeuze. Het is heel makkelijk om te stellen dat het een heel ander type wetsvoorstel is en dat het natuurlijk heel anders zal uitpakken. Maar heel praktisch: als dat percentage, dat nu nog op 75 ligt, verder omlaaggaat en ik bij een psychiater loop die geen contract meer kan afsluiten met mijn verzekeraar, dan krijg ik natuurlijk opeens enorme kosten op m'n bordje. Als ik dat jaar met diezelfde arts door wil, omdat ik een goede behandeling krijg, en de arts opeens nog maar de helft vergoed krijgt waardoor ik de rest moet gaan bijbetalen, gaat dat natuurlijk wel degelijk ten koste van de keuze die ik als patiënt heb. Daar kan de Minister niet zo makkelijk overheen stappen.

**Minister De Jonge:**

Laten we dat debat uitvoeriger voeren bij de behandeling van het wetsvoorstel. Want diezelfde arts kan natuurlijk wel degelijk een contract krijgen, maar dan moet hij het wel doen. Laten we dit dus op dat moment wat uitvoeriger aan de orde stellen.

Dan de vraag ten aanzien van de tijd die mij nog gegeven is in deze kabinetsperiode. Mijn beeld daarvan was dat het gewoon maart 2021 is. Ik heb al een tijdje Twitter niet meer gevolgd, maar volgens mij zitten we nog steeds op die koers. Ik was ook even benieuwd hoe die ene zin zou aflopen, over met wie we dan in een volgend kabinet terecht zouden kunnen komen, maar dat moet u mij nog maar een keer vertellen. Ik denk dat er een andere deadline is die hiervoor relevanter is, namelijk de inkoopdeadline. Daarom denk ik dat ik u gewoon kan toezeggen dat ik sowieso in Q1, dus het eerste kwartaal, van 2020 kom met de uitwerking van dat «als één team in de wijk». Dan kunnen we het gesprek verder voeren. Ik zal daarop terugkomen in het stappenplan van de heer Kerstens.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Hermans. Wat betekenen die herkenbare teams in de wijk nou voor oma? Dat is eigenlijk de beste vraag; mevrouw Bergkamp stelde die de vorige keer ook. Want uiteindelijk telt er maar één ding echt bij al die stelselaanpassingen of -ingrepen of hoe je ze ook zou willen definiëren: wat betekent dit voor de patiënt en wat schiet die er eigenlijk mee op? Ik heb de vorige keer ook geprobeerd om de observaties te beschrijven die ik doe ten aanzien van hoe het nu gaat. Ik zie dan dat er in het nú vooral een aantal nadelen zitten voor oma, bijvoorbeeld de versnippering van het aanbod. Dat is niet zomaar een kwalificatie die je geeft over een uitvoeringspraktijk binnen een stelsel; het is iets waar mensen gewoon last van hebben. Verwijzende professionals hebben daar last van, maar ook oma heeft daar last van als het lang duurt om überhaupt iemand te vinden. Oma is niet alleen patiënt, maar oma is ook nog verzekerde. En als verzekerde heb je last van ondoelmatige zorg. Als we met elkaar twee keer zo veel uitgeven aan ongecontracteerde zorg, betekent dat ook twee keer zo veel druk op de premie. Zeker als je kijkt naar de demografie heeft oma daar als verzekerde last van. In dat toekomstbeeld willen we dus zorgen dat we de spaarzame capaciteit die we in de wijkverpleging hebben zo goed als mogelijk inzetten, op een manier waarop de wijkverpleegkundige ook echt onderdeel is van die wijk, en de wijk en de professionals in de wijk ook echt kent. Zo kun je snel schakelen. Dat komt allemaal ten goede aan die patiënt, aan oma. Mijn beeld is dus dat dat ene herkenbare team in de wijk niet zozeer een model

of een stelselmatige ingreep is. Als dat het was, zou ik het helemaal niet doen, want je haalt je een hoop gedoe op de hals, al was het maar vanwege alle wetten die weer door de Kamer heen moeten en de ingewikkelde discussies daarbij. We doen het uiteindelijk om de wijkverpleging dicht bij huis beschikbaar te houden en de wijkverpleging echt te positioneren in de zin van: in de wijk en onderdeel uitmakend van die wijk. Dat levert wezenlijk betere zorg op, die ook daadwerkelijk tegemoetkomt aan datgene wat daarover in het kwaliteitskader is opgeschreven. Mevrouw Hermans had ook nog de vraag gesteld hoe we met het kwaliteitskader aan de slag gaan. Ik dacht dat ik dat in eerste termijn al wel had toegelicht. We zijn namelijk bezig met die implementatie. Dat gaat ietsje langzamer dan beoogd, met name op het onderdeel van de indicatoren waarop het resultaat wordt weergegeven. Over een aantal indicatoren zijn we nog in discussie. Daarna kan het kwaliteitskader daadwerkelijk worden ingeschreven bij het Zorginstituut en kunnen alle instellingen op die manier gaan rapporteren. Op dit moment wordt al wel de NPS-score, dus de cliëntervaring, ingevuld. Dat is overigens een van de onderdelen van de indicatoren die uiteindelijk moeten worden ingevuld. Die NPS-score wordt al wel gebruikt op ZorgkaartNederland; daar is die al wel gewoon in beeld. Kortom, we zijn bezig met de implementatie van het kwaliteitskader. Het kwaliteitskader maakt gewoon deel uit van de inkoop van zorgverzekeraars. De beschrijving van wat kwaliteit is, is eigenlijk onveranderd, dus daar wordt al gewoon mee gewerkt. Alleen heeft de implementatie op dit punt iets van vertraging opgelopen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Het antwoord dat de Minister mij nu geeft, heeft hij mij in iets andere woorden ook al gegeven in eerste termijn en dat is voor mij gewoon niet bevredigend. Ik kan me voor een heel groot deel vinden in het punt van de versnippering. Daarom is het kabinet ook gekomen met de Wet toetreding zorgaanbieders en gaan we die snel behandelen. Het punt van de ondoelmatige zorg, waar we iets aan moeten doen, betreft de discussie over de ongecontracteerde zorg. Ook daar ben ik het mee eens. Maar dit gaat puur over de vraag: wat gaan we nu anders doen in het organiseren van die wijkverpleging in de wijk? Dat staat voor mij even los van de nachtzorg, want dat vind ik echt een ander vraagstuk. Het gaat mij gewoon om de dagdagelijkse wijkverpleegkundige zorg die mensen thuis krijgen. Ik zie niet wat dat herkenbare team nu moet gaan doen in de volgorde van de dingen die we aan het doen zijn. En als we dan zeggen dat al bij de inkoop van komend jaar die gedachtegang van organiseren een rol moet spelen, wat vragen wij dan aan zorgverzekeraars? Wat vragen wij van wijkverpleegkundige organisaties en wat vragen wij van al die andere organisaties en zorgverleners in diezelfde wijk? Ik zie het gewoon niet. Het antwoord van de Minister daarover is voor mij gewoon nog niet duidelijk genoeg.

Minister **De Jonge**:

Dan ga ik het gewoon nog een keer proberen. Wij moeten er met elkaar voor zorgen dat we de kwaliteit van de wijkverpleging omhoogbrengen. Daar hebben patiënten wat aan. We moeten die ook beschikbaar houden voor de dag dat de zorgvraag enorm aan het toenemen is in een situatie waarbij de arbeidsmarkt alleen maar krappere wordt. Dat hebben we met elkaar te doen. Als je dan kijkt hoe het nu eigenlijk gaat, zie je dat er nu een aantal dingen niet goed gaat. Dat is bijvoorbeeld zo op het vlak van de versnippering van het aanbod, de wisselende kwaliteit van het aanbod, de mate waarin de wijkverpleging daadwerkelijk samenwerkt met de wijkteams van de gemeenten en met de eerstelijnspartners in de wijk, waaronder de huisarts en ook met de transferverpleegkundige vanuit het ziekenhuis. We zien dat de wijkverpleging op dit moment in haar totaliteit soms te wensen overlaat qua beschikbaarheid, kwaliteit en toeganke-

lijkheid. Dat is dus ook al zo in het nu. Daarbij moeten we zeker op het netvlies houden wat er nog allemaal aan zit te komen qua demografische ontwikkeling. Als je dat weet, heb je maatregelen te nemen die nodig zijn. Wat mevrouw Hermans doet, is het fenomeen van de nieuwe toetreders of ongecontracteerde zorg helemaal los zien van het werken als een team in de wijk. Voor mij zijn dat allemaal samenhangende dingen. De versnippering in het nu komt namelijk ergens vandaan, bijvoorbeeld vanuit het feit dat je veel te gemakkelijk in de wijkverpleging aan de slag kunt. Die versnippering komt ook doordat je toch kunt beginnen, ook al heb je geen contract met een zorgverzekeraar en zit die helemaal niet op je te wachten. Dat vloeit voort uit de verabsolutering, zou ik willen zeggen, van de keuzevrijheid die we hebben neergezet. Je mag namelijk gewoon beginnen en dan kun je gewoon je factuur indienen bij de zorgverzekeraar. Dat vinden we ongewenst en daar gaan we dus iets aan doen. Maar ook al heb je de drempel verhoogd en ook al heb je het fenomeen van ongecontracteerde zorg teruggedrongen, daarmee heb je de bestaande versnippering nog niet in zijn volledigheid aangepakt. Je hebt er dan alleen maar voor gezorgd dat het niet erger wordt. Wat je daarnaast ook nog zult moeten doen, is ervoor zorgen dat de wijkverpleging daadwerkelijk als wijkverpleging gepositioneerd wordt. Je kunt zeggen: dat staat al in het kwaliteitskader. Ja goed, dat kwaliteitskader hebben we nu ook al, maar dat werkt kennelijk nog niet dusdanig sturend dat het als vanzelf goed gaat. Er zijn nog twee andere knoppen om aan te draaien. De ene is de inkoop. Daarvan zei ik net dat we dat beeld gaan uitwerken. Dit gaan we inderdaad in de inkoop dit voorjaar voor het volgend jaar, dus 2021, positioneren. De tweede is een bekostiging die minder volumege driven is en meer op de populatie gericht is. Dat is de zzp-systematiek in de bekostiging met de cliëntprofielen. Ook dat helpt. Al die knoppen, zoals nieuwe toetreders, het aanpakken van de ongecontracteerde zorg, de inkoop op een andere manier inrichten en het aanpassen van de bekostigingssystematiek, zul je nodig hebben om toe te werken naar het toekomstbeeld voor de wijkverpleging.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dank voor de uitgebreide toelichting. Ik deel het kwaliteitsvraagstuk en het beschikbaarheidsvraagstuk helemaal. Ik ben het niet eens met de Minister als hij suggereert dat ik de aanpak van versnippering en de ongecontracteerde zorg als losse trajecten zie, want zo zie ik het helemaal niet. Ik zie één groot vraagstuk waarin we allerlei stappen moeten zetten. Alleen fietst daar nu – dit zijn mijn woorden – de ambitie van de Minister doorheen om naar één herkenbaar team in de wijk te gaan. In de volgorde van de dingen die we aan het doen zijn, zie ik niet wat dit nu precies is en wat dit ons precies gaat opleveren, zeker in relatie tot het kwaliteitsvraagstuk. Want dat deel ik echt helemaal met de Minister. Daar wil ik meer gevoel, meer beeld bij krijgen. Dat gaan we nu niet uitdiscussiëren, maar ik denk dat ik daarom een VAO wil aanvragen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De Minister, heel kort.

Minister **De Jonge**:

Ik denk dat ik dat VAO met een toezegging zou kunnen voorkomen, maar laten we dat even testen. Mijn toezegging zou namelijk zijn: ik kan u gewoon in het eerste kwartaal een uitwerking daarvan toesturen, opdat wij met elkaar een debat hebben over de vraag of wij hetzelfde toekomstbeeld daarin delen. Dat is de uitwerking van de afspraak die ik met de hoofdlijnenakkoordpartijen heb gemaakt. Wij zijn dat op dit moment aan het doen. Want je zult er inderdaad preciezer in moeten zijn om daar de vertaling van te kunnen maken voor het inkoopkader van volgend jaar. Die

afpraak zijn we op dit moment aan het uitwerken en de uitwerking daarvan kan ik u in het eerste kwartaal toesturen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Die uitwerking had ik inderdaad gehoord. Het punt is alleen: dan is die uitwerking er al. Dat is zo'n beetje vlak voordat de inkoop gaat beginnen. Als de Kamer daar dan nog iets van een opvatting over heeft, is daarvoor helemaal geen ruimte meer. Ik zou het VAO dus toch willen laten staan – hoezeer ik de toezegging ook waardeer – om nog wat richting mee te kunnen geven voor de brief.

De **voorzitter**:

Goed, helder. Daarmee zijn we volgens mij aan het einde gekomen van de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Dat betekent dat we, zij het met wederom een uitloop, aan het einde zijn gekomen van de tweede termijn van dit algemeen overleg over de wijkverpleging. We hebben een aantal toezeggingen genoteerd.

- De Minister voor Medische Zorg zal gevraagd worden om de vragen over ondervoeding voor de kerst te beantwoorden. Dit is een toezegging in de richting van mevrouw Sazias.
- De Minister stuurt een brief over het proces, over het werken als een team in de wijk, ook voor de kerst. Dat was een toezegging in de richting van de heer Kerstens en vervolgens is dat eigenlijk een toezegging richting de hele commissie geworden, omdat daar een aantal zaken aan toegevoegd zijn over de bekostiging in de richting van de heer Slootweg en de uitwerking van een team in de wijk in de richting van de heer Hijink.

De laatste toezegging staat nog niet op mijn lijstje, maar die is als volgt:

- De Minister komt in het eerste kwartaal 2020 met een uitwerking van de afspraken van het hoofdlijnenakkoord dat met de partijen is gemaakt. Dat is een toezegging in de richting van mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans heeft een VAO aangekondigd. Wij zullen die aanvraag om een VAO doorgeleiden naar de plenaire Griffie. Mevrouw Hermans zal de eerste spreker zijn.

Ik dank de Minister en zijn ondersteuning. Ik dank de leden en ik sluit hierbij de vergadering.

Sluiting 13.34 uur.