Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2020–2021

23 235 Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 214

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 14 oktober 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 juni 2020 over het financieel kader wijkverpleging (Kamerstuk 23 235, nr. 210).

De vragen en opmerkingen zijn op 3 juli 2020 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 13 oktober 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

kst-23235-214
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2020

Inhoudsopgave

		blz.
I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister van VWS met het financieel kader wijkverpleging, gedateerd op 10 juni 2020. Daarnaast hebben deze leden ook kennisgenomen van het rapport «Onderzoek onderschrijding wijkverpleging» van Equalis in de bijlage. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

Brief regering – Financieel kader wijkverpleging – 10 juni 2020

De leden van de VVD-fractie vragen naar de stand van zaken van de uitwerking van de regeling voor investeringen in de wijkverpleging, waarvan het budget € 60 miljoen bedraagt. Wordt dit bedrag ook dit jaar nog geïnvesteerd in de wijkverpleging? Voor welke investeringen is deze regeling bedoeld? Hoe kunnen aanbieders aanspraak maken op deze regeling?
De leden van de VVD-fractie lezen dat de toename van de onderschrijding zich in 2020 lijkt voort te zetten. In maart werden we echter met het coronavirus geconfronteerd. Veel van de patiënten die genezen zijn van Covid-19 hebben enige vorm van wijkverpleging gekregen. Is de Minister van mening dat de ontwikkelingen rondom het coronavirus dus invloed zouden kunnen hebben op het financieel kader wijkverpleging? Zo ja, kan hij dit nader toelichten? Zo nee, waarom niet?

Rapport van Equalis – Onderzoek onderschrijding wijkverpleging

Managementsamenvatting

Belangrijkste bevindingen

De leden van de VVD-fractie lezen in het onderhavige rapport dat bij bevinding 3 «Er vindt geen verdringing plaats naar andere sectoren» wordt gesteld dat volgens de deelnemende partijen geen sprake is van verdringing of afwenteling van zorg, maar dat wel sprake is van meer rechtmatigheid, omdat een scherpere discussie is ontstaan over waar welke zorg geleverd moet worden. Deze discussie wordt volgens de opstellers van het rapport door die partijen als terecht ervaren en volgens hen draagt het bij aan het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten. Genoemde leden vinden zelfredzaamheid van cliënten belangrijk, zodat ze zelf de regie kunnen voeren over hun eigen leven en de vrijheid hebben om te kiezen welke zorg ze wel of niet willen ontvangen. Toch hebben de leden van de VVD-fractie een vraag. Hoe groot is de extra druk op de Wmo (Wet maatschappelijke opvang) en de Wlz (Wet langdurige zorg), financieel en op het personeel, door het langer thuis blijven wonen van cliënten?
Bij bevinding 4 «Personeelstekort neemt toe en leidt tot langere zoektijden en meer druk op het personeel« wordt geconstateerd dat het aantal cliëntenstops ten gevolge van een personeelstekort tussen 2018 en 2019 is toegenomen. De leden van de VVD-fractie vragen hoeveel cliënten last hebben gehad van deze cliëntenstop.

De leden van de VVD-fractie vragen of een aanvullende (kwantitatieve) analyse wordt gedaan naar de regionale verschillen die uit dit rapport blijken.
Bij bevinding 5 «Partijen geven aan dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben, druk op de wijkverpleging neemt wel toe», wordt gesteld dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat het voor specifieke cliëntengroepen wel lastig kan zijn om de benodigde zorg in de wijkverpleging te vinden. De leden van de VVD-fractie vragen voor welke specifieke cliëntengroepen, concreet, het lastig kan zijn de benodigde (wijkverplegings)zorg te vinden.
De leden van de VVD-fractie lezen in het voorliggende onderzoek dat cliënten met een complexe zorgvraag ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Hoe verhoudt zich dit tot de zorgplicht van zorgverzekeraars? Kan de Minister dat toelichten en zijn visie daarop geven?
In de conclusie van de managementsamenvatting wordt geschreven dat met dit kwalitatieve onderzoek geen kwantitatieve bevindingen gedaan kunnen worden om te bezien of sprake is van onvoldoende toegang tot de wijkverpleging. Uiteindelijk is dat wel een van de belangrijkste punten van goede zorg. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit dan nu wel inzichtelijk wordt gemaakt, door wie en wanneer?

3. Resultaten desk research & data analyse

3.2.2 Beleid zorgverzekeraars gericht op doelmatigheid

De leden van de VVD-fractie lezen dat 93% van de aanbieders met het integrale tarief werkt. Is het doel van de Minister om dit percentage op 100% te krijgen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke acties kunnen de leden van de VVD-fractie nog verwachten om dit percentage op 100% te krijgen?
De leden van de VVD-fractie lezen dat 49% van de verpleegkundigen zich volledig vrij voelt om te indiceren wat de cliënt nodig heeft. Kan de Minister hier zijn visie op geven? In hoeverre wordt erop ingezet om dit percentage te verhogen?
De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister een verklaring kan geven voor het grote procentuele verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg bij cliënten die meer dan 100 uur zorg krijgen. Het aantal geleverde uren zorg bij ongecontracteerde zorgaanbieders is twee keer zo hoog als bij gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast liggen de gemiddelde kosten bij ongecontracteerde zorgaanbieders 1,7 keer zo hoog als bij gecontracteerde aanbieders, zo lezen de leden van de VVD. Is de Minister met genoemde leden van mening dat dit een onwenselijk fenomeen is? Zo ja, kan de Minister dit toelichten en daarbij ingaan op doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid? Zo nee, waarom niet?
De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister kan toelichten wat wordt bedoeld met de zin «Ook deze inzichten laten zien dat zorgaanbieders beïnvloed worden door het beleid van de zorgverzekeraar» op pagina 19 van het rapport?
De leden van de VVD-fractie lezen dat het gemiddelde aantal uren wijkverpleging per cliënt is gedaald. Aan de andere kant is de gemiddelde complexiteit gestegen, doordat men langer thuis woont. Hoe verhouden deze twee aspecten zich tot elkaar, zo vragen genoemde leden. Kan de Minister dit nader duiden?

4. Resultaten kwalitatief onderzoek: focusgroepen en interviews

4.3 Heeft beleid zorgverzekeraars invloed op het zorgaanbod?

Op pagina 33 van het rapport staat geschreven dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aangeeft dat de Wlz al meer dan een jaar ruim boven de ingeschatte aanvraagstroom zit. De leden van de VVD-fractie vragen in welke mate dit zo is. Tevens vragen zij naar de meerjarenprognose op dit terrein en naar de financiële gevolgen hiervan.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het financieel kader wijkverpleging d.d. 10 juni 2020 en hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.
Cliënten met een complexe zorgvraag ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Ook zorgaanbieders geven aan cliënten met een specifieke zorgvraag te moeten weigeren, omdat zij niet kunnen voldoen aan deze zorgvraag. De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen om deze cliënten. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat met zijn nieuwe wetsvoorstel om contracteren te bevorderen deze cliënten niet tussen wal en schip vallen? Weet de Minister om welke mensen het gaat?

Al jaren is er een onderschrijding op de wijkverpleging. De leden van de PVV-fractie lezen dat het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars een van de belangrijkste verklaringen vormt voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Dit heeft invloed op de toegang en het aantal uren geleverde zorg. Is de Minister bereid de rol van de zorgverzekeraar bij het aanbod van zorg nader te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie constateren dat in het onderzoek van Equalis de problemen met betrekking tot casemanagement dementie worden onderschreven: het is voor cliënten soms onduidelijk dat ze recht hebben op wijkverpleging. Volgens het onderzoek van Equalis heeft dit tot gevolg dat mantelzorgers worden ingezet, terwijl eigenlijk wijkverpleging had kunnen worden ingezet. Kan de Minister zorgverzekeraars aanspreken op de conclusie van Equalis dat casemanagement dementie onvoldoende wordt ingezet en zichtbaar is, waardoor mantelzorgers worden ingezet in plaats van wijkverpleging? Met overbelasting van mantelzorgers tot gevolg. Op welke wijze stimuleert de Minister zorgverzekeraars om casemanagement dementie in te kopen conform de Zorgstandaard Dementie? Op welke wijze stimuleert de Minister de opleidingen om voldoende casemanagers dementie op te leiden met het oog op de toenemende aantallen van mensen met dementie?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Kamerbrief over het financieel kader wijkverpleging en het onderzoek van Equalis. Genoemde leden hebben nog zorgen en vragen over de effecten van de structurele ramingsbijstelling van € 340 miljoen op de wijkverpleging.
De leden van de D66-fractie vragen hoe de genoemde ramingsbijstelling van € 340 miljoen zich verhoudt tot het Hoofdlijnenakkoord (HLA) op de wijkverpleging en het MBI-kader (macrobeheersmodel), waarbij een bepaald groeipad is gekozen. Indien de partijen alsnog een uitgavenpad realiseren conform afgesproken bij het HLA, is dan sprake van een tegenvaller? Welke acties onderneemt de Minister in een dergelijk

scenario? Klopt het dat deze ramingsbijstelling ook tot een neerwaartse aanpassing leidt van het macroprestatiebedrag (MPB) voor verzekeraars? Hoe kan de Minister borgen dat partijen de afspraken uit het HLA nakomen, ook als het MPB voor verzekeraars gebaseerd is op een lagere uitgavenraming dan afgesproken? Graag ontvangen de leden van de D66-fractie een reflectie van de Minister over de vraag in hoeverre deze ramingsbijstelling een effect heeft op de keuzes die verzekeraars en zorgaanbieders zullen maken bij besluiten over de wijkverpleging in 2021. In hoeverre is deze ramingsbijstelling afgestemd met de HLA-partijen? Bestaat hier draagvlak voor?
De leden van de D66-fractie hebben daarnaast vragen over de behandeling van deze ramingsbijstelling ten opzichte van eerdere situaties. Graag ontvangen genoemde leden een overzicht hoe in de afgelopen jaren is omgegaan met structurele onderuitputting op sectoren waarbij een uitgavenpad was afgesproken in een HLA. Klopt het dat de afgelopen jaren al veelvuldig sprake was van meevallers op HLA-sectoren en dat deze niet structureel zijn ingeboekt? Waarom is deze keer besloten om dat wel te doen? Deze leden zouden graag van de Minister willen weten waarom er niet voor gekozen is om deze ramingsbijstelling incidenteel in te boeken in de eerste suppletoire begroting en het besluit over 2021 en later pas te nemen bij de VWS-begroting over 2021.
De leden van de D66-fractie zijn verheugd over het reserveren van € 60 miljoen voor investeringen in de wijkverpleging. Genoemde leden vragen wel waarop het bedrag is gebaseerd. Is dit voldoende voor de knelpunten die in het onderzoek worden aangehaald, zoals de personeelstekorten, toegankelijkheidsproblemen voor mensen met een complexe of specifieke zorgvraag of een ontbrekende integrale aanpak? Deze leden constateren dat de regeling voor deze investering nog moet worden uitgewerkt. Zal dat op tijd zijn om nog in 2020 voor € 60 miljoen aan effectieve investeringen te kunnen doen? Waarom is er niet voor gekozen om de ramingsbijstelling structureel in te boeken op het moment dat deze regeling is uitgewerkt?
De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister aanvullende afspraken heeft gemaakt met de HLA-partijen dat de ramingsbijstelling de inhoudelijke afspraken van het HLA ook in de toekomst niet in de weg mag zitten. Wat zijn deze afspraken precies en op welke manier zijn de HLA-partijen hieraan gehouden? Op welke manier is in deze afspraken rekenschap gegeven van het hoge aandeel ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging, waar te lage tarieven aan ten grondslag kunnen liggen?
Zijn ook afspraken gemaakt over het doorvertalen van de OVA-ruimte (Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling) in de contracten door zorgverzekeraars? Zo nee, waarom niet?
De leden van de D66-fractie vragen voorts waarop het bedrag van € 340 miljoen is gebaseerd. Heeft dit betrekking op de situatie in de wijkverpleging of is dit bedrag gekozen aan de hand van de tekorten in de Wlz? Is eerst gezocht naar mogelijkheden om de tekorten in de Wlz op te vangen binnen de Wlz? Waarom is daar niet voor gekozen?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het financieel kader wijkverpleging. Genoemde leden zijn bezorgd over de constatering dat het aantal cliëntenstops is toegenomen. Zij vragen of de Minister maatregelen neemt om te zorgen dat het aantal cliëntenstops teruggedrongen wordt. Ook zijn deze leden bezorgd dat de zoektijd voor de juiste zorg toeneemt. Kan de Minister aangeven wat hij hieraan gaat doen?

Het personeelstekort wordt nijpender de komende jaren. De leden van de SP-fractie vragen aan de Minister welke acties ondernomen worden om te zorgen dat het personeelstekort in de wijkverpleging zoveel mogelijk afneemt.

De Minister is voornemens om budget voor de wijkverpleging in te zetten voor hoger geraamde uitgaven in de Wlz. Tevens laat de Minister weten dat de effecten van de coronacrisis en het terugschalen van de zorg zich moeilijk laten voorspellen. Worden de uitgaven ten behoeve van wijkverpleging weer verhoogd indien een tekort aan budget voor de wijkverpleging ontstaat?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Vraag 1
De leden van de VVD-fractie vragen naar de stand van zaken van de uitwerking van de regeling voor investeringen in de wijkverpleging, waarvan het budget € 60 miljoen bedraagt. Wordt dit bedrag ook dit jaar nog geïnvesteerd in de wijkverpleging? Voor welke investeringen is deze regeling bedoeld? Hoe kunnen aanbieders aanspraak maken op deze regeling?

Antwoord
In afstemming met de partijen van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging is afgesproken om het beschikbare budget voor 2020 volledig in te zetten voor de 2e Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) Covid-19 regeling. Deze regeling is in juli 2020 opengesteld. Actiz en Zorgthuisnl informeren hun leden hierover en stimuleren hen om aanvragen te doen. Voor het doen van aanvragen is een portal ingericht. Voor het budget vanaf 2021 wordt een nieuwe subsidieregeling voor de wijkverpleging opgezet. De regeling wordt momenteel in samenspraak met de HLA partijen uitgewerkt. Hierbij wordt ook uitgewerkt hoe aanspraak op de regeling gemaakt kan worden.

Vraag 2
De leden van de VVD-fractie lezen dat de toename van de onderschrijding zich in 2020 lijkt voort te zetten. In maart werden we echter met het coronavirus geconfronteerd. Veel van de patiënten die genezen zijn van Covid-19 hebben enige vorm van wijkverpleging gekregen. Is de Minister van mening dat de ontwikkelingen rondom het coronavirus dus invloed zouden kunnen hebben op het financieel kader wijkverpleging? Zo ja, kan hij dit nader toelichten?
Zo nee, waarom niet?

Antwoord
Het is nog te vroeg om te weten of en hoe het coronavirus impact zal hebben op het financieel kader wijkverpleging. Het jaar 2020 zal een atypisch jaar blijken te zijn. Een eerste analyse van de NZa[1] laat zien dat er tijdens de crisis minder gebruik is gemaakt van wijkverpleging. Of er inmiddels of later dit jaar een groter beroep op wijkverpleging zal worden gedaan is uiteraard nu nog niet bekend.

Vraag 3
De leden van de VVD-fractie vragen naar aanleiding van bevinding 3 «Er vindt geen verdringing plaats naar andere sectoren» hoe groot is de extra druk op de Wmo (Wet maatschappelijke opvang) en de Wlz (Wet

[1] https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/07/08/minder-wijkverpleging-tijdens-corona-uitbraak

langdurige zorg), financieel en op het personeel, door het langer thuis blijven wonen van cliënten?

Antwoord
Zoals het rapport aangeeft zijn partijen van mening dat er geen sprake is van verdringing of afwenteling van zorg. Een belangrijke aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg in 2015 was het feit dat meer mensen thuis (willen) blijven wonen. Het stelsel is zo ingericht dat door meer ondersteuning thuis te bieden duurdere zorg wordt voorkomen of uitgesteld. De afgelopen jaren is het aantal cliënten met Wmo maatwerkvoorzieningen ieder jaar toegenomen. In 2016 waren er iets meer dan 1 miljoen cliënten. In 2019 was het aantal cliënten ruim 1,1 miljoen[2] [3]. De keuze van mensen om langer thuis te wonen geeft op zichzelf geen extra druk op Wmo-voorzieningen omdat gemeenten gecompenseerd worden voor de volumeontwikkeling. De volume-indexatie loopt mee in de brede indexatie van het gemeentefonds (het accres) [4]. Het aantal cliënten met een verpleeghuisindicatie in de Wlz is tussen begin 2016 (139 duizend) en eind 2019 (165 duizend) met bijna 20 procent toegenomen[5] Cliënten met een verpleeghuisindicatie kiezen er ook steeds vaker voor om langer thuis te blijven wonen, dus een interne verschuiving binnen de Wlz (van intra- naar extramuraal, waarbij in beide gevallen goede zorg wordt verleend). Dat leidt op zichzelf niet tot een extra financiële of personele druk op de Wlz. Omdat er geen sprake is van verblijfskosten liggen de gemiddelde tarieven voor thuiswonende cliënten in de Wlz lager dan voor cliënten die intramuraal verblijven (waarbij intramurale cliënten een hogere eigen bijdrage betalen, maar geen afzonderlijke huurlasten hebben).

Vraag 4
Bij bevinding 4 «Personeelstekort neemt toe en leidt tot langere zoektijden en meer druk op het personeel» wordt geconstateerd dat het aantal cliëntenstops ten gevolge van een personeelstekort tussen 2018 en 2019 is toegenomen. De leden van de VVD-fractie vragen hoeveel cliënten last hebben gehad van deze cliëntenstop.

Antwoord
In de monitors contractering wijkverpleging wordt het aantal cliëntentops in kaart gebracht. We weten echter niet hoeveel cliënten last hebben gehad van deze cliëntenstop. Het kan zijn dat mensen elders terecht konden en dan hebben mensen er niet per se last van gehad, anders dan dat ze niet bij hun aanbieder van eerste voorkeur terecht konden of langer moesten zoeken. Wel is het soms gepaard gegaan met meer zoektijd, zeker naar de toekomst toe.

Vraag 5
De leden van de VVD-fractie vragen of een aanvullende (kwantitatieve) analyse wordt gedaan naar de regionale verschillen die uit dit rapport blijken.

Antwoord
Het onderzoek van Equalis heeft duidelijk gemaakt dat meer (kwantitatieve) analyse op verschillende aspecten nodig is om meer inzicht in de uitgaven te krijgen. Indien relevant zal hierbij ook naar de regionale verschillen worden gekeken.

---

[2] CBS statline
[3] Gemeenten kunnen vanuit de Wmo ook algemene voorzieningen aanbieden die voor een brede doelgroep toegankelijk zijn.
[4] De normeringssystematiek wordt momenteel geëvalueerd.
[5] Bron: CBS statline.

Vraag 6
Bij bevinding 5 «Partijen geven aan dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben, druk op de wijkverpleging neemt wel toe», wordt gesteld dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat het voor specifieke cliëntengroepen wel lastig kan zijn om de benodigde zorg in de wijkverpleging te vinden. De leden van de VVD-fractie vragen voor welke specifieke cliëntengroepen, concreet, het lastig kan zijn de benodigde (wijkverplegings)zorg te vinden.

Antwoord
Het gaat hier bijvoorbeeld om mensen die casemanagement dementie nodig hebben. Om inzichtelijk te maken om hoeveel mensen dit gaat en wat de lengte van de wachttijd is, heeft de NZa de regeling voor de registratie van wachttijden voor casemanagement dementie ingevoerd. Zo wordt duidelijk waar in Nederland eventuele knelpunten zijn in de levering van casemanagement dementie. Zorgverzekeraars kunnen dit inzicht gebruiken voor hun zorginkoop. De NZa spreekt op basis van dit inzicht actief met zorgaanbieders, dementienetwerken en zorgverzekeraars in de regio's die opvallen in de data, om ervoor te zorgen dat de wachttijden in die regio's worden aangepakt. Daarnaast gaat het om cliënten met specifieke spierziekten. Hiervoor zijn wijkverpleegkundigen met de specifieke expertise nodig. Het is overigens zo dat als een cliënt geen zorg kan vinden of de zorgaanbieder de specifieke zorg niet kan leveren, er bij de zorgverzekeraar om bemiddeling gevraagd kan worden. De verzekeraar heeft immers zorgplicht, waardoor voldoende zorg ingekocht moet worden. Dit geldt ook voor specifieke zorgvragen. Om het vinden van een aanbieder in het algemeen eenvoudiger te maken, ben ik met de HLA-partijen het traject herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging gestart. In mijn brief van 2 maart 2020 heb ik u over de stand van zaken geïnformeerd.[6]

Vraag 7
De leden van de VVD-fractie lezen in het voorliggende onderzoek dat cliënten met een complexe zorgvraag ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Hoe verhoudt zich dit tot de zorgplicht van zorgverzekeraars? Kan de Minister dat toelichten en zijn visie daarop geven?

Antwoord
Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Op grond van artikel 11 Zvw zijn zij verplicht om goede en toegankelijke zorg te verlenen (natura) dan wel te vergoeden (restitutie). Om de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg waar te maken moeten zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken over de beschikbaarheid, de kwaliteit en de manier waarop de zorg georganiseerd en geleverd wordt. Als een cliënt moeite heeft om een passend zorgaanbod te vinden, kan hij zich wenden tot de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is dan verantwoordelijk om de cliënt naar passende zorg te bemiddelen. De zorgverzekeraar zal in eerste instantie bemiddelen naar gecontracteerd aanbod. Als een zorgverzekeraar voor bepaalde zorg onvoldoende capaciteit heeft ingekocht kan hij dat gedurende het contractjaar alsnog doen. In uitzonderlijke gevallen zou de zorgverzekeraar ook kunnen bemiddelen naar niet-gecontracteerd aanbod; in dat geval dient de zorgverzekeraar deze zorg wel volledig te vergoeden.
Als er voor een bepaalde zorgvorm überhaupt te weinig aanbod op de markt is dan heeft de zorgverzekeraar een verantwoordelijkheid om – samen met de relevante partners – maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat er meer aanbod komt voor zijn verzekerden.

---

[6] Kamerstuk 23 235, nr. 201

Vraag 8
In de conclusie van de managementsamenvatting wordt geschreven dat met dit kwalitatieve onderzoek geen kwantitatieve bevindingen gedaan kunnen worden om te bezien of sprake is van onvoldoende toegang tot de wijkverpleging. Uiteindelijk is dat wel een van de belangrijkste punten van goede zorg. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit dan nu wel inzichtelijk wordt gemaakt, door wie en wanneer?

Antwoord
Ik ben het met de leden van de VVD-fractie eens dat het een belangrijke vraag is of er voldoende toegang is tot de wijkverpleging. Die vraag lag echter niet voor in het Equalis onderzoek. De NZa houdt toezicht op de zorgverzekeraars en op de wijze waarop zij hun zorgplicht jegens hun verzekerden vormgeven. Vanuit het NZa toezicht zijn er geen signalen dat er wachttijden in de wijkverpleging zijn, behalve voor casemanagement dementie. Uit onderzoek[7] blijkt dat de zorg over het algemeen binnen een paar dagen wordt geleverd. Het heeft niet de voorkeur de registratie voor casemanagement dementie uit te breiden naar de hele wijkverpleging, aangezien dit gepaard zal gaan met een toename van administratieve lasten.

Vraag 9
De leden van de VVD-fractie lezen dat 93% van de aanbieders met het integrale tarief werkt. Is het doel van de Minister om dit percentage op 100% te krijgen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke acties kunnen de leden van de VVD-fractie nog verwachten om dit percentage op 100% te krijgen?

Antwoord
Afspraken over een integraal tarief zijn alleen mogelijk binnen de kaders van het experiment «Bekostiging verpleging en verzorging (BR/REG-19144). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen op basis van dit experiment, in afwijking van de reguliere bekostiging, integrale tarieven afspreken. Deelname aan het experiment is alleen mogelijk als een contract wordt gesloten. Vrijwel alle gecontracteerde aanbieders maken gebruik van het experiment. Uit de NZa monitor contractering wijkverpleging 2019 volgt dat 93% van de gecontracteerde aanbieders een integraal tarief heeft afgesproken met zijn dominante verzekeraar. De NZa monitor contractering wijkverpleging 2020 laat zien dat dit percentage is toegenomen tot 96%. Uit de monitor van 2020 blijkt ook dat de gecontracteerde aanbieders die geen integraal tarief hebben afgesproken met hun dominante verzekeraar, dit niet doen omdat het niet aan de orde is voor de specifieke zorg die zij leveren of omdat de zorgverzekeraar het niet heeft aangeboden. Niet-gecontracteerde aanbieders maken gebruik van de huidige reguliere prestaties en tarieven. Met het verder terugdringen van niet-gecontracteerde zorg, zal het gebruik van het integraal tarief verder kunnen toenemen.

Vraag 10
De leden van de VVD-fractie lezen dat 49% van de verpleegkundigen zich volledig vrij voelt om te indiceren wat de cliënt nodig heeft. Kan de Minister hier zijn visie op geven? In hoeverre wordt erop ingezet om dit percentage te verhogen?

Antwoord

[7] Toegankelijkheid van de wijkverpleging (Significant, 2018).

Onderzoek van Nivel[8] laat zien dat het merendeel van de verpleegkundigen zich vrij voelt om te indiceren wat de cliënt nodig heeft (49% volledig vrij en 43% in hoge mate). Verpleegkundigen geven daarbij aan dat zij zich in hun indicatiestelling laten beïnvloeden door hun collega's (43%), mantelzorgers (43%), de zorgverzekeraar (35%), cliënten (27%) en hun werkgever (15%). De invloed van collega's en mantelzorgers is het hoogst. Ik vind het van groot belang dat indicerend verpleegkundigen hun vak autonoom en professioneel uit (kunnen) voeren.
Dat verpleegkundigen rekening houden met de visie van anderen, vind ik kenmerkend voor het mensenwerk en maatwerk dat indicatiestelling is.

In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019–2022 hebben partijen afspraken gemaakt over doorontwikkeling van de indicatiestelling. Zo werkt V&VN aan deskundigheidsbevordering o.a. door het stimuleren van intervisie en intercollegiale toetsing. Ik ga ervan uit dat de uitwerking van deze projecten ertoe zal leiden dat nog meer verpleegkundigen zich volledig of in hoge mate vrij voelen om de indicatie autonoom en professioneel te stellen.

Vraag 11
De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister een verklaring kan geven voor het grote procentuele verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg bij cliënten die meer dan 100 uur zorg krijgen.

Antwoord
Uit het onderzoek van Vektis[9] blijkt dat 4,7% van de cliënten die gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg meer dan 100 uur wijkverpleging per maand ontvangen. Bij gecontracteerde zorg gaat het om 0,3% van de cliënten. In absolute aantallen gaat dit zowel bij niet-gecontracteerde als bij gecontracteerde zorg om circa 1.400 mensen (exclusief palliatieve zorg). Het onderzoek van Vektis biedt geen aanknopingspunten om dit verschil te verklaren. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat cliëntkenmerken zoals chronische aandoeningen geen verklaring voor het verschil in zorginzet tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Een mechanisme dat hierbij een rol speelt is dat niet-gecontracteerde partijen een lager tarief «compenseren» door meer uren zorg te verlenen.

Vraag 12
Het aantal geleverde uren zorg bij ongecontracteerde zorgaanbieders is twee keer zo hoog als bij gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast liggen de gemiddelde kosten bij ongecontracteerde zorgaanbieders 1,7 keer zo hoog als bij gecontracteerde aanbieders, zo lezen de leden van de VVD. Is de Minister met genoemde leden van mening dat dit een onwenselijk fenomeen is? Zo ja, kan de Minister dit toelichten en daarbij ingaan op doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid? Zo nee, waarom niet?

Antwoord
Ik ben het met de leden van de VVD eens dat het onwenselijk is als er ondoelmatige zorg geleverd wordt. Het aantal uren geleverde wijkverpleging bij niet-gecontracteerde aanbieders is twee keer zo hoog en de kosten zijn 1,7 keer zo hoog. Uit onderzoek blijkt ook dat cliëntkenmerken zoals chronische aandoeningen geen verklaring vormen voor deze verschillen.
Hieruit leid ik af dat de verschillen voor een belangrijk deel terug te leiden zijn tot ondoelmatigheid bij niet-gecontracteerde aanbieders. Ondoelma-

[8] Bron: NIVEL – A. de Veer, K. de Groot, A. Francke. Factsheet indicatiestelling wijkverpleging: Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, 2020.
[9] Kamerstuk 23 235, nr. 198

tigheid is zorgwekkend omdat de toegankelijkheid van de zorg daardoor in gevaar kan komen. Naast het probleem van de oplopende zorgkosten is er ook versnippering van het aanbod en schaarste aan zorgpersoneel. Het is belangrijk de capaciteit van zorgverleners zo eerlijk mogelijk in te zetten. Het mag niet zo zijn dat de ene patiënt onnodig veel uren wijkverpleging krijgt terwijl de andere patiënt van zorg verstoken blijft. Dat is niet eerlijk en ook niet doelmatig. Het is daarom van belang om contractering te bevorderen. Het contracteerproces dient zodanig ingericht te zijn dat het een ondersteuning is zowel voor zorgverleners om zinnige en zuinige zorg te leveren als voor zorgverzekeraars om voor hun verzekerden de kwalitatief beste zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Zorgverzekeraars en aanbieders dienen samen te werken om herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging in de wijk te realiseren.

Vraag 13
De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister kan toelichten wat wordt bedoeld met de zin «Ook deze inzichten laten zien dat zorgaanbieders beïnvloed worden door het beleid van de zorgverzekeraar» op pagina 19 van het rapport?

Antwoord
Ik lees in het rapport dat de invloed hiervan is terug te zien in onder meer de afgegeven cliëntenstops, de toename van ongecontracteerde zorg en de discussie die er in de sector is ontstaan over de rechtmatigheid van de geleverde zorg binnen de wijkverpleging.
Deze inzichten laten volgens de onderzoekers zien dat het beleid van de zorgverzekeraars van invloed is op de zorg die geleverd wordt en de wijze waarop deze geleverd wordt.

Vraag 14
De leden van de VVD-fractie lezen dat het gemiddelde aantal uren wijkverpleging per cliënt is gedaald. Aan de andere kant is de gemiddelde complexiteit gestegen, doordat men langer thuis woont. Hoe verhouden deze twee aspecten zich tot elkaar, zo vragen genoemde leden. Kan de Minister dit nader duiden?

Antwoord
Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden is meer inzicht nodig in de cliëntenpopulatie en de veranderingen daarin in de loop der tijd. Equalis heeft dat nu niet onderzocht. In de wijkverpleging zet men de laatste jaren in op «zorgen dat» (in plaats van het zorgen voor) en het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het afgenomen aantal uren wijkverpleging per cliënt. Over cliënten met een complexe zorgvraag geeft Equalis aan dat zij ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Mogelijk spelen arbeidsmarktproblemen hierbij een rol; dit is in dit rapport niet nader onderzocht.

Vraag 15.
Op pagina 33 van het rapport staat geschreven dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aangeeft dat de Wlz al meer dan een jaar ruim boven de ingeschatte aanvraagstroom zit. De leden van de VVD-fractie vragen in welke mate dit zo is. Tevens vragen zij naar de meerjarenprognose op dit terrein en naar de financiële gevolgen hiervan.

Antwoord
Het aantal Wlz-indicaties is volgens CIZ in de periode 1 februari 2019 – 1 februari 2020 toegenomen met 3,4%. Dat ligt ongeveer 1 procent hoger dan de ingeschatte volumeontwikkeling van 2,5%.

Deze hogere groei was mede aanleiding om het budgettaire kader voor de Wlz dit voorjaar met € 480 miljoen structureel te verhogen (TK2019–2020, 34 104, nr. 278). De meerjarenprognose is gebaseerd op de middellangetermijnramingen voor de zorg van het CPB. Voor deze kabinetsperiode gaat het om de genoemde 2,5% groei per jaar. Deze is al verwerkt in het meerjarige budgettaire beeld. De aanpassing van het Wlz-kader is parallel gebeurd met de ramingsbijstelling voor het kader van de wijkverpleging, waarbij de groei en indexatie overigens ongemoeid is gelaten.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

Vraag 16
Cliënten met een complexe zorgvraag ervaren dat bij gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd passende zorg beschikbaar is. Ook zorgaanbieders geven aan cliënten met een specifieke zorgvraag te moeten weigeren, omdat zij niet kunnen voldoen aan deze zorgvraag. De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen om deze cliënten. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat met zijn nieuwe wetsvoorstel om contracteren te bevorderen deze cliënten niet tussen wal en schip vallen? Weet de Minister om welke mensen het gaat?

Antwoord
Zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht. Op grond van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn zij verplicht om aan elke verzekerde met een naturapolis goede en toegankelijke zorg te verlenen. Om deze verantwoordelijkheid waar te maken, moeten zij zorgaanbieders contracteren die hun naturaverzekerden de zorg verlenen waarop zij recht hebben. De verzekerde kan zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. Wanneer er dan toch geen geschikte gecontracteerde zorgaanbieder is en de verzekerde (met een complexe zorgvraag) genoodzaakt is zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dient de zorgverzekeraar in beginsel de kosten te vergoeden. Een korting omdat in weerwil van de polis een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is ingeschakeld, is dan niet aan de orde.

Vraag 17
Al jaren is er een onderschrijding op de wijkverpleging. De leden van de PVV-fractie lezen dat het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars een van de belangrijkste verklaringen vormt voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Dit heeft invloed op de toegang en het aantal uren geleverde zorg. Is de Minister bereid de rol van de zorgverzekeraar bij het aanbod van zorg nader te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord
Uit het onderzoek[10] blijkt dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars een effect heeft gehad op de vraag en het aanbod van zorg. Hoe groot dit effect is, is niet te kwantificeren. Of dit heeft geleid tot doelmatigere inzet van middelen of tot minder aanbod en vraag van zorg wordt volgens het onderzoek door partijen verschillend ervaren. Wel zijn partijen het erover eens dat er beter wordt gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid) en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en dat er een kanteling plaatsvindt naar meer nadruk op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verantwoordelijk voor de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg. Daarnaast dragen zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht een medeverantwoordelijkheid voor verantwoorde, kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden. Ik vind dat de

[10] Kamerstuk 23 235, nr. 210

zorgverzekeraars de inkooprol hebben opgepakt en zie geen aanleiding om de rol van de zorgverzekeraars nader te onderzoeken.

Vraag 18
De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister zorgverzekeraars kan aanspreken op de conclusie van Equalis dat casemanagement dementie onvoldoende wordt ingezet en zichtbaar is, waardoor mantelzorgers worden ingezet in plaats van wijkverpleging? Met overbelasting van mantelzorgers tot gevolg. Op welke wijze stimuleert de Minister zorgverzekeraars om casemanagement dementie in te kopen conform de Zorgstandaard Dementie? Op welke wijze stimuleert de Minister de opleidingen om voldoende casemanagers dementie op te leiden met het oog op de toenemende aantallen van mensen met dementie?

Antwoord
In de Zorgstandaard Dementie 2020 is vastgelegd dat het streven is om alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanagement dementie) aan te bieden voor zichzelf, mantelzorger(s) én alle betrokken professionals. Daarvoor is het uiteraard belangrijk dat mensen met dementie en hun naasten gewezen worden op de mogelijkheid van casemanagement dementie. Om de verwijzing naar casemanagement dementie te verbeteren hebben partijen eerder met elkaar in kaart gebracht hoe verwijzingen en aanmeldingen verlopen en hoe dit beter kan. Ook zorgverzekeraars waren hierbij betrokken. Op basis daarvan zijn door verschillende partijen acties ondernomen. Omdat verwijzing naar casemanagement een punt van aandacht blijft, ga ik opnieuw in overleg met de LHV en V&VN en waar nodig met andere betrokken veldpartijen.[11] Inzet van dit overleg is het maken van afspraken om verwijzing naar casemanagement dementie te verbeteren.

Bij het verlenen van zorg aan mensen met dementie moeten zorgaanbieders voldoen aan de eerdergenoemde Zorgstandaard. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat zorgverleners zich houden aan de standaarden die zijn opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Dat betekent dat zorgverzekeraars er bij hun inkoop voor moeten zorgen dat zorgaanbieders aan de Zorgstandaard kunnen voldoen.

Om de Zorgstandaard goed uit te kunnen voeren, zijn voldoende mensen nodig die casemanagement dementie kunnen verzorgen. Daarvoor is opleiding belangrijk. Dat is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de sector. Deze kabinetsperiode is € 370 miljoen beschikbaar via de subsidie SectorplanPlus voor op-, bij- en omscholing van nieuwe en zittende medewerkers in de zorg. Deze subsidie kan ook worden ingezet voor opleiding voor casemanagement dementie.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Vraag 19
De leden van de D66-fractie vragen hoe de genoemde ramingsbijstelling van € 340 miljoen zich verhoudt tot het Hoofdlijnenakkoord (HLA) op de wijkverpleging en het MBI-kader (macrobeheersmodel), waarbij een bepaald groeipad is gekozen. Indien de partijen alsnog een uitgavenpad realiseren conform afgesproken bij het HLA, is dan sprake van een tegenvaller? Welke acties onderneemt de Minister in een dergelijk scenario? Klopt het dat deze ramingsbijstelling ook tot een neerwaartse aanpassing leidt van het macroprestatiebedrag (MPB) voor verzekeraars?

[11] Hiertoe gestimuleerd door de motie van het lid Slootweg c.s. (Kamerstuk 23 235, nr. 191)

Hoe kan de Minister borgen dat partijen de afspraken uit het HLA nakomen, ook als het MPB voor verzekeraars gebaseerd is op een lagere uitgavenraming dan afgesproken?
Graag ontvangen de leden van de D66-fractie een reflectie van de Minister over de vraag in hoeverre deze ramingsbijstelling een effect heeft op de keuzes die verzekeraars en zorgaanbieders zullen maken bij besluiten over de wijkverpleging in 2021. In hoeverre is deze ramingsbijstelling afgestemd met de HLA-partijen? Bestaat hier draagvlak voor?

Antwoord
Op basis van realisatiecijfers is al enige tijd een onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Naar mate de realisatiecijfers meer definitief werden, is de onderschrijding verder toegenomen. Dit cijferbeeld is uitvoerig besproken met de HLA partijen wijkverpleging, en heeft geleid tot het genoemde onderzoek door Equalis. Uiteindelijk is in overleg en afstemming met deze partijen besloten om op het kader wijkverpleging een ramingsbijstelling te verwerken. Het macroprestatiebedrag wordt daarmee vanaf 2021 ook verlaagd. Mede gezien de omvang van de onderschrijding is de verwachting dat de uitgaven structureel lager zullen uitvallen. M.a.w. partijen verwachten op dit moment niet dat de onderschrijding later alsnog wordt uitgegeven. Hierbij is relevant dat de in de HLA overeengekomen volumegroei van de uitgaven onverkort van kracht blijft (jaarlijks 2,4% ofwel ca € 100 mln), evenals de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. Hierdoor blijft er ruimte om te blijven investeren in (de groei van) de wijkverpleging. Ik benadruk dat deze ramingsbijstelling niets af doet aan de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Mochten de uitgaven alsnog op het niveau van het oorspronkelijke HLA-kader komen, dan is dat conform de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord en volgen er geen budgettaire maatregelen. Dat geldt alleen als de uitgaven boven het MBI-kader zonder bijstelling uitkomen.

Vraag 20
De leden van de D66-fractie hebben daarnaast vragen over de behandeling van deze ramingsbijstelling ten opzichte van eerdere situaties. Graag ontvangen genoemde leden een overzicht hoe in de afgelopen jaren is omgegaan met structurele onderuitputting op sectoren waarbij een uitgavenpad was afgesproken in een HLA. Klopt het dat de afgelopen jaren al veelvuldig sprake was van meevallers op HLA-sectoren en dat deze niet structureel zijn ingeboekt? Waarom is deze keer besloten om dat wel te doen? Deze leden zouden graag van de Minister willen weten waarom er niet voor gekozen is om deze ramingsbijstelling incidenteel in te boeken in de eerste suppletoire begroting en het besluit over 2021 en later pas te nemen bij de VWS-begroting over 2021.

Antwoord
Het uitgangspunt is dat de kaders zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden gedurende de looptijd van die akkoord leidend zijn en blijven. Dit heeft er tot op heden toe geleid dat onderschrijdingen niet structureel zijn verwerkt. De aanleiding voor het verwerken van de onderschrijding bij de wijkverpleging is een combinatie van twee factoren, met aan de ene kant een forse onderschrijding die waarschijnlijk niet meer wordt «ingehaald» en aan de andere kant een forse overschrijding in de Wlz waarvoor dekking noodzakelijk is en die naar verwachting structureel is. Met partijen is afgesproken de feitelijke situatie te volgen.

Vraag 21
De leden van de D66-fractie zijn verheugd over het reserveren van € 60 miljoen voor investeringen in de wijkverpleging. Genoemde leden vragen wel waarop het bedrag is gebaseerd.

Is dit voldoende voor de knelpunten die in het onderzoek worden aangehaald, zoals de personeelstekorten, toegankelijkheidsproblemen voor mensen met een complexe of specifieke zorgvraag of een ontbrekende integrale aanpak? Deze leden constateren dat de regeling voor deze investering nog moet worden uitgewerkt. Zal dat op tijd zijn om nog in 2020 voor € 60 miljoen aan effectieve investeringen te kunnen doen? Waarom is er niet voor gekozen om de ramingsbijstelling structureel in te boeken op het moment dat deze regeling is uitgewerkt?

Antwoord
De ramingsbijstelling van € 340 miljoen is structureel ingeboekt. Daarnaast zijn met de betrokken HLA-partijen afspraken gemaakt over het overhevelen van € 60 miljoen vanuit het kader voor de zorginkoop van wijkverpleging naar de VWS-begroting met ingang van 2020.
Het is niet ongebruikelijk dat een deel van de HLA-middelen c.q. groeiruimte wordt aangewend buiten het kader voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Ter verwezenlijking van de doelen uit het HLA ligt het voor sommige onderwerpen of instrumenten voor de hand dat de verzekeraars niet de aangewezen financier zijn, maar bekostiging vanaf de VWS-begroting passender is. Voor het oplossen van knelpunten in de wijkverpleging is er zowel een financieel kader wijkverpleging beschikbaar als een begrotingsbudget ter grootte van € 60 mln. De hoogte van dit budget is in goed overleg met betrokken veldpartijen wijkverpleging tot stand gekomen. De via dit begrotingsbudget uit te voeren regeling maakt directe investeringen in de wijkverpleging mogelijk waar zorgaanbieders en zorgverleners rechtstreeks een beroep op kunnen doen. Daarnaast blijft het mogelijk om via contractering door zorgverzekeraars structureel te investeren in de wijkverpleging. Het totaal van de beschikbaar gestelde middelen is volgens partijen voldoende om de knelpunten in de komende jaren aan te pakken. De regeling wordt voor de periode vanaf 2021 concreet uitgewerkt. Het budget voor 2020 is in juli 2020 beschikbaar gesteld via de SET Covid-19 2 regeling. Over het financieel kader na 2022 wordt t.z.t. door een nieuw kabinet besloten.

Vraag 22
De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister aanvullende afspraken heeft gemaakt met de HLA-partijen dat de ramingsbijstelling de inhoudelijke afspraken van het HLA ook in de toekomst niet in de weg mag zitten. Wat zijn deze afspraken precies en op welke manier zijn de HLA-partijen hieraan gehouden? Op welke manier is in deze afspraken rekenschap gegeven van het hoge aandeel ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging, waar te lage tarieven aan ten grondslag kunnen liggen? Zijn ook afspraken gemaakt over het doorvertalen van de OVA-ruimte (Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling) in de contracten door zorgverzekeraars? Zo nee, waarom niet?

Antwoord
Dit voorjaar is met de HLA-partijen wijkverpleging afzonderlijk gesproken over de benodigde aanvullende afspraken op het HLA gegeven de ramingsbijstelling. In het bestuurlijk overleg wijkverpleging zijn deze aanvullende afspraken als een addendum op het HLA-wijkverpleging vastgesteld. Partijen zijn aan deze afspraken dus evenzeer gehouden als aan de overige afspraken uit het HLA-wijkverpleging. De afspraken zien op de totstandkoming van een regeling van € 60 mln en voor welke doelen deze regeling beschikbaar zal worden gesteld als ook afspraken over het inzetten van het macro beheersingsinstrument. Er zijn geen aanvullende afspraken gemaakt over ongecontracteerde zorg, tarifering of de OVA.

Vraag 23

De leden van de D66-fractie vragen voorts waarop het bedrag van € 340 miljoen is gebaseerd. Heeft dit betrekking op de situatie in de wijkverpleging of is dit bedrag gekozen aan de hand van de tekorten in de Wlz? Is eerst gezocht naar mogelijkheden om de tekorten in de Wlz op te vangen binnen de Wlz? Waarom is daar niet voor gekozen?

Antwoord
Zoals aangegeven zijn er twee ontwikkelingen. In de eerste plaats zien we in de afgelopen jaren een toenemende onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging; (€ 132 miljoen in 2017, € 235 miljoen in 2018 en € 441 miljoen in 2019). Deze trend zette zich in 2020 voort en naar verwachting zou de onderschrijding ten opzichte van het beschikbare kader oplopen tot boven de € 500 miljoen. Mede naar aanleiding van de uitkomsten van het Equalis-onderzoek is na overleg met de partijen van het hoofdlijnenakkoord het kader structureel verlaagd en wordt € 341 miljoen van deze onderschrijding structureel ingezet voor (grotendeels) de hogere uitgaven aan de Wlz. Van jaar op jaar stijgt het kader wijkverpleging overigens nog steeds omdat de in de HLA overeengekomen volumegroei van de uitgaven onverkort van kracht blijft (jaarlijks 2,4% ofwel circa € 100 miljoen), evenals de toedeling van de loon- en prijsbijstelling van ongeveer € 100 miljoen per jaar. Hierdoor blijft er ruimte om te blijven investeren in (de groei van) de wijkverpleging. Bovendien is afgesproken de financiële ontwikkeling te monitoren.

In de tweede plaats heeft de NZa op mijn verzoek een januaribrief en maartbrief geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen van de vraag naar Wlz-zorg. Hierin liet de NZa zien dat het Wlz-kader ontoereikend was. Via mijn brief van 20 april heb ik de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Met de inzichten uit de maartbrief kon de Voorjaarsbesluitvorming plaatsvinden op basis van de meest actuele gegevens. Het tekort van € 550 miljoen is daarbij voor € 70 miljoen opgelost door de inzet van de gereserveerde herverdelingsmiddelen en voor € 480 miljoen binnen de integrale besluitvorming bij de Voorjaarsnota.
De tegenvaller vloeit voor een deel voort uit het feit dat de groeiruimte bij de definitieve kaderbrief Wlz 2020 in het licht van de demografische ontwikkelingen relatief beperkt was (1,3%). Dat is ook de reden waarom ik mij reeds in januari en maart, vroegtijdiger dan pas via het gebruikelijke mei-advies, heb laten informeren over de toereikendheid van het Wlz-kader. Met de toevoeging van het bedrag van € 480 miljoen aan het Wlz-kader is in 2020 een totale groeiruimte beschikbaar van 3,4%. Voorts heb ik de NZa gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de ramingsmethodiek te verbeteren.
Beide ontwikkelingen zijn aldus verwerkt in de voorjaarsbesluitvorming.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Vraag 24
De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het financieel kader wijkverpleging. Genoemde leden zijn bezorgd over de constatering dat het aantal cliëntenstops is toegenomen. Zij vragen of de Minister maatregelen neemt om te zorgen dat het aantal cliëntenstops teruggedrongen wordt. Ook zijn deze leden bezorgd dat de zoektijd voor de juiste zorg toeneemt. Kan de Minister aangeven wat hij hieraan gaat doen?

Antwoord
Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2020[12] van de NZa blijkt dat ruim 18% van de aanbieders een cliëntenstop heeft afgegeven in verband

[12] Kamerstuk 32 620, nr. 261

met het bereiken van het omzetplafond (tegenover 19% in 2018 en 16% in 2017). Dit percentage is stabiel. Wel ziet de NZa een stijging van cliëntenstops als gevolg van personeelstekort. Twintig procent van de aanbieders stelden in 2019 een cliëntenstop in als gevolg van personeelstekort, terwijl dit in 2018 nog 14% was en in 2017 12%. Cliëntenstops hoeven geen gevaar voor de continuïteit van de zorg te betekenen, zolang cliënten bij andere aanbieders terecht kunnen.

Zorgaanbieders die te maken krijgen met cliëntenstops verwijzen in de meeste gevallen de cliënten door naar andere aanbieders die wel capaciteit hebben. Ook wordt verwezen naar de bemiddelingsfunctie van de zorgverzekeraar. Uit de monitor van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars extra inzetten op zorgbemiddeling (alle tien) en op het verbeteren van de samenwerking tussen aanbieders (zes zorgverzekeraars) om problemen rondom een cliëntenstop het hoofd te bieden. Daarnaast onderneem ik diverse acties om te zorgen dat het personeelstekort in de wijkverpleging zoveel mogelijk afneemt (zie ook het antwoord op vraag 25).

Vraag 25
Het personeelstekort wordt nijpender de komende jaren. De leden van de SP-fractie vragen aan de Minister welke acties ondernomen worden om te zorgen dat het personeelstekort in de wijkverpleging zoveel mogelijk afneemt.

Antwoord
Voldoende personeel is een grote opgave voor de wijkverpleging, en voor de sector zorg als geheel. Met het actieprogramma Werken in de Zorg werken we zorgbreed aan het terugdringen van de personeelstekorten. Met acties gericht op behoud van zittend personeel (waaronder goed werkgeverschap) en anders werken, en op het vergroten van de instroom. De arbeidsmarkt in Amsterdam is anders dan in Appingedam. De kern van de aanpak is daarom regionaal met in iedere regio een aanpak tegen de tekorten. Deze aanpak ondersteun ik met onder andere de publiekscampagne Ik Zorg en de scholingsimpuls SectorplanPlus (320 mln). Bij de start van het programma werd een personeelstekort van 100.000 tot 125.000 mensen in 2022 verwacht. Bij een tweede meting in 2019 was de raming bijgesteld naar 80.000 mensen[13]. Dit najaar komt de volgende voortgangsrapportage en een actuele raming van het tekort. In de Prinsjesdagstukken is een intensivering en vervolg van de aanpak opgenomen.

In aanvulling op zorgbrede aanpak, werken we ook aan branche specifieke acties. Een specifieke uitdaging voor de wijkverpleging is de extramurale setting. De wijkverpleging kenmerkt zich door zelfstandige, solistische functies met een naar verhouding grote mate van autonomie. Dit maakt de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt en het kunnen bieden van stages uitdagender, waardoor de keuze voor de wijk minder voor de hand ligt. Hiervoor ontwikkelen werkgevers samen met vakbonden en onderwijspartijen nieuwe stageconcepten voor de wijkverpleging.
Een voorbeeld uit de praktijk zijn de ketenstages in Groningen, waardoor studenten heel breed kennis maken met de zorg. De partijen van het Hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging ontwikkelen – op basis van twee onderzoeken – aanvullende acties gericht op meer instroom, betere aansluiting tussen de vraag van werkgevers en het aanbod vanuit het onderwijs en het aantrekkelijker maken van het werk.

Vraag 26
De Minister is voornemens om budget voor de wijkverpleging in te zetten voor hoger geraamde uitgaven in de Wlz. Tevens laat de Minister weten

[13] Kamerstuk 29 282, nr. 361

dat de effecten van de coronacrisis en het terugschalen van de zorg zich moeilijk laten voorspellen. Worden de uitgaven ten behoeve van wijkverpleging weer verhoogd indien een tekort aan budget voor de wijkverpleging ontstaat?

Antwoord
In het addendum op het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is met de HLA partijen afgesproken dat het effect van de Corona-crisis zelf en het terugschalen van de zorg zich moeilijk laat voorspellen en dat dit een goede beoordeling van het effect van de ramingsbijstelling bemoeilijkt. Uiterlijk in februari 2021 vindt een gezamenlijke beoordeling door HLA-partijen plaats van beide effecten. Tevens is afgesproken dat een aangepast MBI-kader niet leidt tot de inzet van het MBI, zolang de meerjarenraming het oorspronkelijke HLA-kader niet overschrijdt.