

Vergaderjaar 2022–2023

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 788

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 juni 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 8 februari 2023 over de reactie op verzoek commissie over het Manifest «Menswaardige zorg voor elke burger» (Kamerstuk 31 765, nr. 706).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 maart 2023 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 juni 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Coco Martin

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	5
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	6
II. Reactie van de Minister	7

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het verzoek van de commissie over het manifest «Menswaardige zorg voor elke burger». Deze leden vinden het belangrijk dat er, na enige tijd, reactie is gekomen op het manifest. Ook vinden zij het goed dat de Minister het manifest inhoudelijk onderschrijft. Deze leden hebben nog een paar vragen en opmerkingen.

Deze leden lezen dat de Minister stelt dat het pleidooi de essentie van de zorg raakt en dat niemand, wanneer zij in een afhankelijk positie komen als een nummer behandeld willen worden. Daar sluiten deze leden zich bij aan. Regels en protocollen moeten niet in de weg staan van goede zorg maar dit juist mogelijk maken. Heeft de Minister concrete voorbeelden hoe ze deze persoonsgerichte zorg wil stimuleren? Ziet de Minister oplossingen om de verschillende zorgwetten beter op elkaar af te stemmen?

Ook lezen genoemde leden van de VVD-fractie dat de Minister van mening is dat dit niet vanuit Den Haag kan worden opgelost. Hoe wil de Minister dat dit bij de uitvoering van beleid wordt vormgegeven? Wordt hierbij ingezet op de verlaging van administratieve lasten en innovatie in de zorg om een dergelijke cultuurverandering in beweging te zetten?

Ook vragen de genoemde leden de Minister wat zij verstaat onder een responsief zorgsysteem en hoe zij dat in uitwerking ziet?

Wanneer komt er een update over het in de brief genoemde vervolgtraject dat wordt uitgewerkt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het hierboven genoemde manifest en de reactie van de Minister. Deze leden zijn onder de indruk van het persoonlijke verhaal van de brievenfoster en betreuren haar negatieve ervaringen met het zorgstelsel. Deze leden onderschrijven de oproep die in het manifest wordt gedaan voor een meer prominente rol voor «de menselijke maat» (of responsiviteit) in ons zorgsysteem.

De Minister geeft aan dat zij, in samenspraak met de opsteller van het manifest, een vervolgtraject opstelt en de uitvoeringspraktijk wil verrijken met de uitkomsten van dit traject. Echter, de leden van de D66-fractie willen de urgentie benadrukken voor mensen zoals de opsteller van het

manifest. Wanneer iemand volledig (of in grote mate) afhankelijk is van zorg en daarbij tegen allerlei hindernissen oploopt, wordt de levenskwaliteit belemmert.

Genoemde leden constateren dat zowel in het proefschrift van Janny Bakker-Klein als door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) wordt geconstateerd dat er een spanning ontstaat tussen het institutionele regime waarbinnen de verschillende sectoren functioneren, de oriëntatie waarmee de dienstverlenende instellingen en de daar werkzame professionals opereren en de vraag die mensen ten aanzien van die instellingen formuleren. Kan de Minister daarop reflecteren en daarbij ingaan op welke acties zij daarop onderneemt?

De leden van de D66-fractie zien het vastlopen tussen de domeinen van zorg ook als pleidooi voor een overkoepelende blik en maatwerk. Onafhankelijke cliëntondersteuning kan die rol vaak vervullen voor zorggebruikers. Kan de Minister ingaan op de vraag of zij de rol van onafhankelijke cliëntondersteuning gaat versterken en welke acties zij daarvoor uitvoert?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het manifest «Menswaardige zorg voor elke burger» en de reactie van de Minister daarop en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

Waarom gaat de Minister in haar reactie niet in op de genoemde sterker wordende bureaucratisering in de zorg en dan met name rondom de herindicaties?

Welke van de aangegeven blokkades in de zorgsystemen zullen worden aangepakt? Worden initiatiefnemers van dit manifest hierbij betrokken?

Welke stappen gaat de Minister concreet nemen om de bureaucratie in de zorg terug te dringen?

Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de menselijkheid en persoonsgerichte zorg doorgevoerd zal worden in het bestaande beleid?

De leden van de PVV-fractie lezen dat er een gesprek heeft plaatsgevonden met enkele ondertekenaars van het manifest, een verzekeraar, een zorgkantoor en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wat zijn de uitkomsten van dit gesprek? Welke stappen worden genomen? Zijn de zorgverzekeraars bereid iets te veranderen aan het indicatieproces voor mensen die levenslang complexe zorg nodig hebben. Zo ja wat? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik enkele aanvullende vragen te stellen naar aanleiding van de brief van de Minister over het manifest «menswaardige zorg voor elke burger». Steeds meer mensen met een levenslange en levensbrede zorgvraag, wonen en werken zelfstandig. De voor hen noodzakelijke ondersteuning wordt georganiseerd vanuit de gemeente en de zorgverzekeraar. Toch blijft een integrale, responsieve indicatiestelling vaak achterwege. En dit kan leiden tot onmenselijke uitkomsten. De leden van de CDA-fractie delen het standpunt dat respect, betrokkenheid en het voeren van een menselijke dialoog altijd centraal zou moeten staan, de menselijke maat moet centraal staan. Vindt de Minister dat de huidige wetgeving (Wet

maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015/ Zorgverzekeringswet (Zvw)) daartoe voldoende ruimte biedt? Is de Minister bereid om in een nader te bepalen aantal gemeenten een experiment te doen met responsieve indicatiestelling, waarbij gebruik wordt gemaakt van het daarvoor vanuit onze eigen landelijke kennisinfrastructuur ontwikkelde instrumentarium?

De Minister stelt dat de eerste vervolgstap heeft geresulteerd in een voorstel voor een vervolgtraject (in samenwerking met de opsteller en enkele ondertekenaars). Kan de Minister dit traject verder toelichten? Wat is het tijdsplan hiervoor?

Er wordt in de laatste alinea van de brief gesteld dat dit traject de uitvoeringspraktijk moet helpen. Hoe ziet de Minister dit precies voor zich? Hoe zorgt zij dat zoveel mogelijk zorgverleners hiervan op de hoogte zijn en dit gaan toepassen? Hoe verhoudt zich dit tot het plan om bij mensen met een medische situatie die langdurig onveranderd blijft (bijvoorbeeld bij een lichamelijke beperking als een dwarslaesie of blind/doof zijn) dat er minder geïndiceerd gaat worden? Hoe verhoudt zich dit tot de schriftelijke vragen van genoemde leden naar aanleiding van het item in Op1 op 15 februari 2023? In het kader van menswaardige zorg vinden de leden van de CDA-fractie het gewijzigde beleid van zorgverzekeraars, waardoor medische hulpmiddelen (zoals incontinentie-, stoma- en verbandmaterialen en medische voeding) niet meer door de eigen apotheek wordt geleverd, niet menswaardig. Als een wijkverpleegkundige heeft uitgezocht of er incontinentiemateriaal nodig is vinden de leden van de CDA-fractie het niet respectvol en menswaardig als diezelfde patiënt dit gesprek dunnetjes over moet doen bij de leverancier van die hulpmiddelen. Deelt de Minister dit uitgangspunt?

«Kan er ook vanuit het kader van menswaardige zorg naar dit probleem gekeken worden en opgelost worden? Kan de Minister een uitgebreide reactie geven op dit punt?»

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het verzoek van de commissie over het manifest «Menswaardige zorg voor elke burger». Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

Deze leden steunen van harte het pleidooi van de opstellers van het manifest voor de menselijke maat in de zorg. Zij vragen de Minister of zij het ermee eens is dat de menselijke maat beter geborgd kan worden in een zorgsysteem waarin zorgverleners meer ruimte hebben om te besluiten welke zorg iemand nodig heeft, in plaats van dit over te laten aan zorgverzekeraars of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zo ja, welke stappen gaat zij zetten om dit te regelen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe het inmiddels staat met de uitwerking van haar toezegging om toe te werken naar langere beschikkingen voor zorg en ondersteuning. De huidige realiteit van overbodige herhaalindicaties is namelijk totaal geen voorbeeld van menswaardige zorg.

Genoemde leden vragen of de Minister kan reageren op het voorstel om de menselijke maat vast te leggen in zorgwetgeving. Hoe kijkt zij hiernaar? Welke mogelijkheden ziet zij hiervoor?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vinden de reactie van de Minister op het manifest te beperkt en vrijblijvend. Zij lezen dat als eerste vervolgstap een voorstel voor een vervolgtraject wordt uitgewerkt om bewustwording te bevorderen en zo nodig verder beleid te formuleren. Dit komt op deze leden nog over als een nog weinig concrete aanpak. Zij vragen de Minister om een uitgebreide toelichting op de «vervolgstap» en het «vervolgtraject». Deze leden vragen de Minister ook of met deze reactie bedoeld wordt dat slechts gewerkt wordt aan bewustwording. Er is toch meer nodig dan dat? Zij lezen in het manifest dat de opstellers wijzen op de noodzaak van een responsief zorgsysteem dat gebaseerd is op vertrouwen. Welke wetten en regels staan dat op dit moment in de weg en welke stappen zijn noodzakelijk om tot een responsief zorgsysteem te komen? Welke rol speelt de (ontbrekende) afstemming tussen de verschillende zorgwetten? Kunnen concrete knelpunten benoemd worden en hoe kunnen deze worden opgelost? Hoe zou de controle op rechtvaardigheid, billijkheid en redelijkheid ingekaderd kunnen worden vanuit het begrip responsiviteit? Waarom is het nog steeds nodig, ondanks verschillende verzoeken daartoe vanuit de Kamer, dat mensen jaarlijks geïndiceerd worden en ieder jaar opnieuw moeten laten zien dat zij zorg nodig hebben, terwijl hun omstandigheden niet veranderen? Waarom kan, zoals in het manifest staat, geen evaluerend gesprek plaatsvinden op basis van gelijkwaardigheid tussen zorgvrager en indicatieorgaan? Welke aanvullende bevoegdheden hebben professionals nodig om de menselijke maat in de praktijk te kunnen brengen? Welke veranderingen zouden daartoe noodzakelijk zijn bij leidinggevenden en bestuurders?

Genoemde leden begrijpen dat, zoals de Minister schrijft, «de benodigde beweging vraagt om een cultuurverandering die we als samenleving met elkaar vormgeven». Deze leden menen echter dat een verandering niet vanzelf tot stand komt en de overheid hier een bepalende en sturende rol in heeft. Hoe ziet de Minister haar eigen rol en verantwoordelijkheid in deze? Welke concrete stappen gaat zij zetten om tot een meer responsief zorgsysteem te komen?

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister tot slot een reactie op het proefschrift van Janny Bakker, «Anders kijken» en zij vragen op welke wijze de bevindingen van dit onderzoek worden meegenomen in het vervolgtraject.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie maken uit de brief op dat het manifest bij de Minister een snaar heeft geraakt. Zij zijn blij dat de Minister de inhoud van het manifest onderschrijft. Het is goed dat het de Minister dit serieus oppakt en er al diverse gesprekken zijn gevoerd met de opsteller. Tegelijkertijd schrikken genoemde leden er ook van hoe ingewikkeld en taai het is om de terechte zorgen en kritiekpunten uit het manifest te vertalen naar (mogelijke) beleidswijzigingen. Daarom willen deze leden een paar concrete vragen stellen.

Wat is ervoor nodig om het mogelijk te maken dat indicatiestelling bij chronische patiënten niet langer jaarlijks of tweejaarlijks, maar bijvoorbeeld slechts elke vijf of tien jaar worden herhaald?

Wat is er voor nodig om ervoor te zorgen dat bij de indicatiestelling van chronische patiënten alleen gegevens worden opgevraagd of gedeeld die voor de specifieke zorgvraag noodzakelijk zijn en er bijvoorbeeld niet

langer gegevens worden gevraagd aangaande seksualiteit en religie (wat niets met de indicatie te maken heeft)?

Wat is ervoor nodig om ervoor te zorgen dat het steeds herhalen van dezelfde gegevensuitvraag voor indicatiestelling bij chronische patiënten stopt?

De leden van SGP-fractie stellen voor de gegevens in het traject van indicatiestelling tot die gegevens te beperken die voor de specifieke zorgvraag noodzakelijk zijn. Zij stellen ook voor in te regelen dat een cliënt over de beantwoording van eventuele aanvullende gegevens, waar de beste bedoelingen achter kunnen zitten, zelf het stuur in handen heeft.

Kan de Minister aangeven welke verantwoordelijkheid en mogelijkheden zij zelf heeft voor het stellen van regels rondom indicatiestelling? Betreft dit alleen de Wet langdurige zorg (Wlz) of kan zij ook invloed uitoefenen op de indicatiestelling voor andere zorgwetten?

De leden van de SGP-fractie lezen dat er afspraken zijn gemaakt over een uit te werken vervolgetraject. Deze leden vragen de Minister om de Kamer op de hoogte te houden van de voortgang van dit proces en de Kamer hierover uiterlijk voor het zomerreces te informeren.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de reactie van de Minister op het manifest «Menswaardige zorg voor elke burger». Het lid van de BBB-fractie is blij dat de Minister dit onderwerp serieus heeft opgepakt en bezig is met een vervolgetraject, maar het lid wil ook benadrukken dat het erg vrijblijvend klinkt en daar leent dit onderwerp zich helemaal niet voor.

Het lid van de BBB-fractie vindt dat de briefschrijfster met het manifest een hele duidelijke boodschap afgeeft. Een boodschap die we veel vaker horen vanuit de samenleving. Zij geeft ook punten aan die meteen moeten worden aangepakt, zoals het feit dat mensen die levenslang bepaalde zorg nodig hebben, toch elk jaar weer dezelfde voorzieningen moeten aanvragen of stapels papieren moeten invullen om de voorziening te behouden. Het lid van de BBB-fractie vindt dat dit anders moet én dat dat nu voortvarend moet worden opgepakt. Het lid vraagt de Minister of zij bereid is om dit onderdeel in ieder geval met voorrang op te pakken en een uitzonderingspositie te gaan creëren voor mensen met aandoeningen die niet meer verbeteren.

Het lid van de BBB-fractie heeft er begrip voor als de Minister wat meer tijd voor nodig heeft om de Zvw, Wlz en Wmo 2015 beter op elkaar af te stemmen. Het lid wil de Minister wel verzoeken om daar haast mee te maken. Het gaat hier immers niet om nieuwe problemen; het manifest vestigt vooral de aandacht op zaken die al langer bekend zijn. Het lid van de BBB-fractie ontvangt dan ook graag een tijdspad en daarbij een plan van aanpak van de Minister. Kan zij daar zorg voor dragen?

Ten slotte wil het lid van de BBB-fractie opmerken dat het begrip «menselijke maat» echt iets heel anders is dan het begrip «passende zorg», zoals in het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) geformuleerd. Als de Minister dit manifest naast het begrip «passende zorg» uit het IZA legt dan kan het lid van de BBB-fractie op voorhand al aangeven dat dit de menselijke maat niet ten goede gaat komen. Het is de behoefte van de persoon die centraal moet staan en het beschikbare budget. Zolang de betaalbaarheid van zorg leidend is, staat niet de

doeltreffendheid voorop. Het lid van de BBB-fractie is sterk van mening dat zorg die het beste aansluit bij de behoeften van de patiënt, de best passende zorg is en ook als deze in eerste instantie wellicht niet de goedkoopste vorm van zorg is, dit op lange termijn wel zo is.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Deze leden lezen dat de Minister stelt dat het pleidooi de essentie van de zorg raakt en dat niemand, wanneer zij in een afhankelijk positie komen als een nummer behandeld willen worden. Daar sluiten deze leden zich bij aan. Regels en protocollen moeten niet in de weg staan van goede zorg maar dit juist mogelijk maken. Heeft de Minister concrete voorbeelden hoe ze deze persoonsgerichte zorg wil stimuleren? Ziet de Minister oplossingen om de verschillende zorgwetten beter op elkaar af te stemmen?

Persoonsgerichte zorg zou de norm moeten zijn, in de gehele zorg. Ik weet uit de praktijk dat dit ook veelal het geval is: medewerkers in de zorg kiezen hun beroep vanuit een bewogenheid om voor anderen iets te kunnen betekenen. Het knelt soms wanneer mensen een zorgvraag hebben die de afgebakende kaders overstijgt. Domeinoverstijgend werken is kenmerkend voor de trajecten die zijn ingezet, in het bijzonder Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Kamerstuk 29 389, nr. 111) en het Integraal Zorgakkoord (IZA). Een heel concreet voorbeeld is de doelstelling dat inwoners van Nederland in 2025 digitaal de beschikking krijgen over al hun eigen zorggegevens. Zij kunnen zo desgewenst meer eigen regie nemen op hun gezondheid en zorg en invulling geven aan het samen beslissen met hun zorgverlener.

Ook lezen genoemde leden van de VVD-fractie dat de Minister van mening is dat dit niet vanuit Den Haag kan worden opgelost. Hoe wil de Minister dat dit bij de uitvoering van beleid wordt vormgegeven? Wordt hierbij ingezet op de verlaging van administratieve lasten en innovatie in de zorg om een dergelijke cultuurverandering in beweging te zetten? Ook vragen de genoemde leden de Minister wat zij verstaat onder een responsief zorgsysteem en hoe zij dat in uitwerking ziet?

Ik zet in op de vermindering van administratieve lasten in de zorg met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025¹, dat ik in juni 2022 naar uw Kamer heb gezonden. Twee voorbeelden van concrete acties in dit verband:

- Ik werk aan VWS-beleid dat werkt in de praktijk, dat betekent dat ik in de praktijk check of nieuwe wetten en regels werkbaar zijn.
- Ik zet in op een lokale aanpak van regeldruk binnen zorginstellingen, onder meer door middel van een subsidieregeling voor [ont]regelprojecten en een (kosteloze) training en e-learning voor zorgmedewerkers.

Verder is in het Integraal Zorgakkoord afgesproken dat alle «regelmakers» in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) nieuwe en bestaande regelgeving toetsen aan het uitgangspunt «zinnig en radicaal simpel». Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook is afgesproken dat werkgevers aan de slag gaan met de vermindering van regeldruk, waarvan de oorsprong binnen de eigen organisatie ligt. Dit draagt wat mij betreft bij aan een responsief

¹ Kamerstuk 29 515, nr. 480.

zorgsysteem: een zorgsysteem dat zich aanpast aan de veranderende behoeften en verwachtingen van patiënten en zorgverleners.

Wanneer komt er een update over het in de brief genoemde vervolgtraject dat wordt uitgewerkt?

In samenwerking met de opsteller van het manifest en enkele ondertekenaars heeft als eerste vervolgstap een vervolgesprek plaatsgevonden, waarbij onder andere Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en VWS op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd waren. De insteek was om, los van hoe het op dit moment in beleid en wet- en regelgeving is geregeld, met elkaar te delen wat de verschillende perspectieven op het begrip «menswaardigheid» zijn. In het gesprek viel op dat er veel raakvlakken zijn in de verschillende percepties van het begrip menswaardigheid. Zo gaat het bijvoorbeeld om respectvolle communicatie, recht op privacy, zelfbeschikking, kwalitatief goede zorg wanneer nodig, betrekking van naasten en responsiviteit.

Hiermee is de kous natuurlijk nog niet af; het gaat erom dat deze waarden ook terug te zien zijn in de praktijk. Een volgende stap is daarom om deze waarden te toetsen aan de concrete ervaring van de auteur(s) van het manifest. De inzichten van dit gesprek zullen ook gedeeld worden met alle zorgverzekeraars zodat het leereffect groter is dan een enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Genoemde leden constateren dat zowel in het proefschrift van Janny Bakker-Klein als door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) wordt geconstateerd dat er een spanning ontstaat tussen het institutionele regime waarbinnen de verschillende sectoren functioneren, de oriëntatie waarmee de dienstverlenende instellingen en de daar werkzame professionals opereren en de vraag die mensen ten aanzien van die instellingen formuleren. Kan de Minister daarop reflecteren en daarbij ingaan op welke acties zij daarop onderneemt?

Binnen de instituties lopen de gesprekken vaak goed, maar het gaat soms mis als mensen met een zorgvraag een behoefte hebben die de afgebakende kaders overstijgt. Verbetering van deze (domeinoverstijgende) samenwerking tussen verschillende zorgverleners is één van de speerpunten van de gesloten akkoord en programma's. In het IZA hebben partijen afgesproken dat wordt voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden om de zorgtransformatie in de regio voor elkaar te krijgen, waarvan juist die samenwerking een belangrijk onderdeel is. Daarom worden er bijvoorbeeld transformatiemiddelen beschikbaar gesteld, wordt er ingezet op het faciliteren van samenwerking, wordt er ruimte geboden voor experimenteermogelijkheden en is er een werkgroep met relevante partijen ingesteld die met voorstellen komt met oplossingen voor knelpunten in «domeinoverstijgende bekostiging».

De leden van de D66-fractie zien het vastlopen tussen de domeinen van zorg ook als pleidooi voor een overkoepelende blik en maatwerk. Onafhankelijke cliëntondersteuning kan die rol vaak vervullen voor zorggebruikers. Kan de Minister ingaan op de vraag of zij de rol van onafhankelijke cliëntondersteuning gaat versterken en welke acties zij daarvoor uitvoert?

In de vorige kabinetsperiode is in totaal € 55 miljoen beschikbaar gesteld voor de versterking van cliëntondersteuning en vanaf 2022 jaarlijks € 10 miljoen structureel.

In de Toekomstagenda «Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking»² is de versterking van de functie cliëntondersteuning een belangrijk speerpunt. Samen met gemeenten, cliëntenorganisaties, aanbieders van cliëntondersteuning en de BCMB wordt voor de jaren 2022–2025 ingezet op versterking van de functie onafhankelijke cliëntondersteuning langs de volgende drie sporen:

- (i) Inzetten op verbetering van de kwaliteit van cliëntondersteuning;
- (ii) Verbeteren overgang tussen Wmo en Wlz cliëntondersteuning;
- (iii) Vergroten bekendheid en vindbaarheid van cliëntondersteuning.

Op 8 mei 2023 heeft de Staatssecretaris van VWS in zijn Voortgangsbrief Wmo³ uw Kamer geïnformeerd over de tot nu toe bereikte resultaten en de inzet voor de jaren 2022–2024.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Waarom gaat de Minister in haar reactie niet in op de genoemde sterker wordende bureaucratisering in de zorg en dan met name rondom de herindicaties?

De duur van de afgegeven zorgindicaties is een belangrijk thema waar uw Kamer terecht aandacht voor vraagt. Te vaak hebben mensen met een levenslange beperking het gevoel keer op keer te moeten aantonen dat hun situatie ongewijzigd is. Meerjarige beschikkingen kunnen bij hen onzekerheid over de te ontvangen zorg en/of ondersteuning verminderen en tevens bijdragen aan het verminderen van de administratieve last. Het uitgangspunt moet zijn dat gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren passende beschikkingen afgeven: langer wanneer sprake is van levenslange beperkingen en korter bij mensen met ontwikkelpotentieel of een wisselend ziektebeeld en/of veranderende behoefte aan zorg en/of ondersteuning.

Wat betreft de Zvw-pgb heb ik recent uw Kamer geïnformeerd over de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb⁴. Middels de handreiking wordt het mogelijk voor Zvw-pgb budgethouders die in aanmerking komen, om een verlengde toekenning Zvw-pgb aan te vragen. Ik ben ervan overtuigd dat de handreiking budgethouders met een stabiele zorgbehoefte (verpleging en verzorging), kan zorgen voor een verlichting van de administratieve lasten bij budgethouders.

Welke van de aangegeven blokkades in de zorgsystemen zullen worden aangepakt? Worden initiatiefnemers van dit manifest hierbij betrokken?

In het manifest wordt gerefereerd aan blokkades met betrekking tot de toegang tot zorg, waarbij het herhaaldelijk moeten invullen van diverse formulieren en vragenlijsten als belastend wordt omschreven. Zoals ik hierboven aangeef zet ik in op passend beschikken voor alle wetten. Dit zorgt ervoor dat, wanneer er sprake is van een stabiele zorgbehoefte, een belangrijk deel van de administratieve last wordt weggenomen.

² Kamerstuk 24 170, nr. 262.

³ Kamerstuk 29 538, nr. 350.

⁴ Kamerstuk 25 657, nr. 355.

Daarnaast zijn wij in gesprek met de auteur(s) van het manifest om te analyseren op welke momenten deze blokkades als meest prangend worden ervaren en of deze eventueel te voorkomen zijn. De inzichten van dit gesprek zullen ook gedeeld worden met alle zorgverzekeraars zodat het leereffect groter is dan deze enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

Welke stappen gaat de Minister concreet nemen om de bureaucratie in de zorg terug te dringen? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de menselijkheid en persoonsgerichte zorg doorgevoerd zal worden in het bestaande beleid?

Menselijkheid en persoonsgerichte zorg moet de norm zijn in de (uitvoering van de) zorg en is dat meestal ook. Dit zit in de aard van zorgverleners en die willen niets liever dan dit in de praktijk brengen. Beleid kan hier slechts in beperkte mate aan bijdragen, en extra regels creëren om de menselijke maat vast te leggen draagt het paradoxale risico met zich mee van nog meer administratieve lasten. Ik vind het vooral belangrijk om de ruimte te geven aan professionals en deze ruimte ook te vergroten waar nodig.

Ik zet daarom in op de vermindering van administratieve lasten in de zorg met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025⁵, dat ik in juni 2022 naar uw Kamer heb gezonden. Een belangrijk uitgangspunt in dit programma is dat het verlagen van administratieve lasten niet alleen in Den Haag kan worden opgelost. Twee voorbeelden van concrete acties in dit verband:

- Ik werk aan VWS-beleid dat werkt in de praktijk, dat betekent dat ik in de praktijk check of nieuwe wetten en regels werkbaar zijn.
- Ik zet in op een lokale aanpak van regeldruk binnen zorginstellingen, onder meer door middel van een subsidieregeling voor [ont]regelprojecten en een (kosteloze) training en e-learning voor zorgmedewerkers.

Verder is in het Integraal Zorgakkoord afgesproken dat alle «regelmakers» in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) nieuwe en bestaande regelgeving toetsen aan het uitgangspunt «zinnig en radicaal simpel». Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook is afgesproken dat werkgevers aan de slag gaan met de vermindering van regeldruk waarvan de oorsprong binnen de eigen organisatie ligt.

De leden van de PVV-fractie lezen dat er een gesprek heeft plaatsgevonden met enkele ondertekenaars van het manifest, een verzekeraar, een zorgkantoor en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wat zijn de uitkomsten van dit gesprek? Welke stappen worden genomen?

Zoals in eerdere beantwoording al aangegeven heeft er op verzoek van de initiatiefnemers een vervolgesprek plaatsgevonden, waarbij naast een aantal ondertekenaars onder andere Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland, VWS op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd waren. Een volgende stap is om te toetsen in hoeverre de belangrijke waarden die worden benoemd in het manifest, die ik overigens onderschrijf, terug te herkennen zijn in de praktijk aan de hand van concrete ervaringen. De inzichten van dit gesprek zullen ook breder gedeeld worden, met alle zorgverzekeraars zodat het leereffect groter is dan deze enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

⁵ Kamerstuk 29 515, nr. 480.

Zijn de zorgverzekeraars bereid iets te veranderen aan het indicatieproces voor mensen die levenslang complexe zorg nodig hebben. Zo ja wat? Zo nee, waarom niet?

Zoals eerder aangegeven heb ik recentelijk uw Kamer geïnformeerd over de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb. Middels de handreiking wordt het mogelijk voor Zvw-pgb budgethouders die in aanmerking komen, om een verlengde toekenning Zvw-pgb aan te vragen. Ik ben ervan overtuigd dat de handreiking budgethouders met een stabiele zorgbehoefte (verpleging en verzorging), kan zorgen voor een verlichting van de administratieve lasten bij budgethouders.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Steeds meer mensen met een levenslange en levensbrede zorgvraag, wonen en werken zelfstandig. De voor hen noodzakelijke ondersteuning wordt georganiseerd vanuit de gemeente en de zorgverzekeraar. Toch blijft een integrale, responsieve indicatiestelling vaak achterwege. En dit kan leiden tot onmenselijke uitkomsten. De leden van de CDA-fractie delen het standpunt dat respect, betrokkenheid en het voeren van een menselijke dialoog altijd centraal zou moeten staan, de menselijke maat moet centraal staan. Vindt de Minister dat de huidige wetgeving (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015/ Zorgverzekeringswet (Zvw)) daartoe voldoende ruimte biedt?

Ook binnen de huidige wetgeving is ruimte voor maatwerk in het indicatieproces. Zo is het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging, conform het Normenkader van V&VN, expliciet gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem. De indicatie en het zorgplan komen dus in samenspraak (samen beslissen) met de zorgvrager (en/of diens netwerk) tot stand en is afgestemd op de persoonlijke situatie.

Daarbij hoort wat mij betreft ook dat de duur van de beschikkingen passend moet zijn. Het uitgangspunt moet zijn dat gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren passende beschikkingen afgeven: langer wanneer sprake is van levenslange beperkingen en korter bij mensen met ontwikkelpotentieel of een wisselend ziektebeeld en/of veranderende behoefte aan ondersteuning.

Is de Minister bereid om in een nader te bepalen aantal gemeenten een experiment te doen met responsieve indicatiestelling, waarbij gebruik wordt gemaakt van het daarvoor vanuit onze eigen landelijke kennisinfrastructuur ontwikkelde instrumentarium?

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het beoordelen van de ondersteuningsbehoefte van haar inwoners. Momenteel ben ik met de VNG in gesprek of en op welke wijze gemeenten ondersteund kunnen worden bij de responsieve indicatiestelling, ook wel passend beschikken genoemd.

De Minister stelt dat de eerste vervolgstap heeft geresulteerd in een voorstel voor een vervolgtraject (in samenwerking met de opsteller en enkele ondertekenaars). Kan de Minister dit traject verder toelichten? Wat is het tijdsplan hiervoor? Er wordt in de laatste alinea van de brief gesteld dat dit traject de uitvoeringspraktijk moet helpen. Hoe ziet de Minister dit precies voor zich? Hoe zorgt zij dat zoveel mogelijk zorgverleners hiervan op de hoogte zijn en dit gaan toepassen?

Zoals in eerdere beantwoording al aangegeven heeft er op verzoek van de initiatiefnemers een vervolgesprek plaatsgevonden, waarbij naast een aantal ondertekenaars onder andere Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland, VWS op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd waren. Een volgende stap is om te toetsen in hoeverre de belangrijke waarden die worden benoemd in het manifest, die ik overigens onderschrijf, terug te herkennen zijn in de praktijk aan de hand van concrete ervaringen. De inzichten van dit gesprek zullen ook breder gedeeld worden, met alle zorgverzekeraars zodat het leereffect groter is dan deze enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

Hoe verhoudt zich dit tot het plan om bij mensen met een medische situatie die langdurig onveranderd blijft (bijvoorbeeld bij een lichamelijke beperking als een dwarslaesie of blind/doof zijn) dat er minder geïndiceerd gaat worden?

Zoals eerder toegelicht heb ik uw Kamer recentelijk geïnformeerd over de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb⁶. Middels de handreiking wordt het mogelijk voor Zvw-pgb budgethouders die in aanmerking komen, om een verlengde toekenning Zvw-pgb aan te vragen. Ik ben ervan overtuigd dat de handreiking budgethouders met een stabiele zorgbehoefte verpleging en verzorging, kan zorgen voor een verlichting van de administratieve lasten bij budgethouders. Dit neemt niet weg dat er altijd verbeteringen mogelijk blijven in het indicatieproces.

Hoe verhoudt zich dit tot de schriftelijke vragen van genoemde leden naar aanleiding van het item in Op1 op 15 februari 2023? In het kader van menswaardige zorg vinden de leden van de CDA-fractie het gewijzigde beleid van zorgverzekeraars, waardoor medische hulpmiddelen (zoals incontinentie-, stoma- en verbandmaterialen en medische voeding) niet meer door de eigen apotheek wordt geleverd, niet menswaardig. Als een wijkverpleegkundige heeft uitgezocht of er incontinentiemateriaal nodig is vinden de leden van de CDA-fractie het niet respectvol en menswaardig als diezelfde patiënt dit gesprek dunnetjes over moet doen bij de leverancier van die hulpmiddelen. Deelt de Minister dit uitgangspunt?

De noodzaak van de verstrekking van medische hulpmiddelen wordt vastgesteld door de zorgprofessional aan het bed en wordt niet (opnieuw) vastgesteld door de leverancier of zorgverzekeraar. Het kan wel zo zijn dat de gespecialiseerde verpleegkundige van de medisch speciaalzaak navraag doet bij de zorgprofessional aan het bed, om zo het best passende hulpmiddel te vinden. Navraag gebeurt ook als de aanvraag bijvoorbeeld niet volledig is. De regie over het zorgproces ligt bij de wijkverpleegkundige.

U heeft hier 23 februari Kamervragen over ingezonden. Mijn uitgebreide reactie vindt u in mijn beantwoording die ik uw Kamer 6 april jl. heb toegezonden.⁷

Kan er ook vanuit het kader van menswaardige zorg naar dit probleem gekeken worden en opgelost worden? Kan de Minister een uitgebreide reactie geven op dit punt?

⁶ Kamerstuk 25 657, nr. 355.

⁷ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 2192.

Op dit moment ben ik samen met mijn collega, de Minister van VWS, actief aan de slag met de motie van het lid Van Den Berg c.s.⁸ over zeggenschap voor wijkverpleegkundigen en huisartsen in de hulpmiddelenzorg. Er lopen op dit moment twee gesprekken. In spoedsituaties heeft de levering van de hulpmiddelen de hoogste prioriteit. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft alle betrokken partijen bij elkaar aan tafel gezet om de problemen bij levering van hulpmiddelen op te lossen. Hierbij hebben spoedzorg en palliatieve zorg prioriteit. Daar worden verschillende situaties doorgesproken hoe een zogenaamde spoedstroom eruit zou moeten zien. Dit om knelpunten die we nu zien in de praktijk op te lossen. Voor levering aan chronische hulpmiddelengebruikers zijn veldpartijen met elkaar in gesprek in het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen (BOH) om over de nu zichtbare knelpunten, zoals de rol van (wijk)verpleegkundige, goede werk- en kwaliteitsafspraken te maken. De Minister van VWS zal de kamer na de zomer informeren over de uitkomsten van de gesprekken over knelpunten in de extramurale hulpmiddelenzorg die de NZa op dit moment voert.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Deze leden steunen van harte het pleidooi van de opstellers van het manifest voor de menselijke maat in de zorg. Zij vragen de Minister of zij het ermee eens is dat de menselijke maat beter geborgd kan worden in een zorgsysteem waarin zorgverleners meer ruimte hebben om te besluiten welke zorg iemand nodig heeft, in plaats van dit over te laten aan zorgverzekeraars of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zo ja, welke stappen gaat zij zetten om dit te regelen? Zo nee, waarom niet?

Het CIZ stelt als onafhankelijk poortwachter vast of iemand toegang heeft tot de Wlz en welk zorgprofiel het best passend is. Ik hecht waarde aan het onafhankelijke onderzoek dat het CIZ doet ten behoeve van de indicatiestelling en ben niet voornemens deze taak te beleggen bij zorgverleners. Dit kan ook meer administratieve lasten veroorzaken voor zorgverleners. De indicaties die het CIZ stelt voor de Wlz zijn bovendien levenslang, dat betekent dat cliënten niet jaarlijks of halfjaarlijks opnieuw onderzocht hoeven te worden door het CIZ. Van een herindicatie is alleen sprake wanneer de zorgbehoefte zodanig toeneemt dat het zorgprofiel niet meer toereikend is. Het CIZ een doorlopend klanttevredenheidsonderzoek uit, afgelopen maart werd het CIZ door klanten beoordeeld met een 7,9.

Er wordt daarnaast door de indicatiesteller enkel om informatie gevraagd die relevant is en betrekking heeft op de zorgvraag. Er is geen regelgeving die hierin verder gaat. De indicaties die het CIZ stelt zijn levenslang en worden niet jaarlijks of halfjaarlijks herzien. Van een herindicatie is alleen sprake wanneer de zorgbehoefte zodanig toeneemt dat het zorgprofiel niet meer toereikend is. Ik hecht waarde aan het onafhankelijke onderzoek dat het CIZ doet ten behoeve van de indicatiestelling. Het CIZ voert daarnaast een doorlopend klanttevredenheidsonderzoek uit om hun dienstverlening verder te verbeteren.

Binnen de Zvw geldt dat de wijkverpleegkundige de indicatie stelt. Zorgverzekeraars hebben vervolgens een eigenstandige verantwoordelijkheid om te controleren of indicaties voldoen aan de beroepsnorm en wet- en regelgeving, alvorens zij overgaan tot een toekenning. Beiden mogen zich hierbij niet mengen in de rol van de ander. Zorgverzekeraars bepalen dus niet welke zorg iemand nodig heeft.

⁸ Kamerstuk 32 805, nr. 164.

In het domein van de Wmo hebben gemeenten de taak om de aanvraag van hun inwoner voor een maatwerkvoorziening te beoordelen en eventueel te beschikken. Gemeenten zijn verplicht om hierbij gedegen onderzoek te verrichten. Na onderzoek ontvangen inwoners een beschikking. Binnen dit proces is er ruimte voor maatwerk. Inwoners kunnen indien gewenst gebruik maken van clientondersteuning, om de inwoner te ondersteunen bij het aanvragen van een maatwerkvoorziening. Het startpunt van het onderzoek in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is het zogenoemde keukentafelgesprek. Aan de keukentafel, bij de inwoner thuis, wordt de mogelijke behoefte aan ondersteuning, passend bij de individuele situatie in kaart gebracht.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe het inmiddels staat met de uitwerking van haar toezegging om toe te werken naar langere beschikkingen voor zorg en ondersteuning. De huidige realiteit van overbodige herhaalindicaties is namelijk totaal geen voorbeeld van menswaardige zorg.

Recent heb ik uw Kamer geïnformeerd over de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb⁹. Middels de handreiking wordt het mogelijk voor Zvw-pgb budgethouders die in aanmerking komen, om een verlengde toekenning Zvw-pgb aan te vragen.

Waarom kan, zoals in het manifest staat, geen evaluerend gesprek plaatsvinden op basis van gelijkwaardigheid tussen zorgvrager en indicatieorgaan? Welke aanvullende bevoegdheden hebben professionals nodig om de menselijke maat in de praktijk te kunnen brengen? Welke veranderingen zouden daartoe noodzakelijk zijn bij leidinggevend en bestuurders?

Ik vind het belangrijk dat er ruimte is voor de zorgprofessional om maatwerk te bieden en oog te hebben voor de specifieke hulpvraag en omstandigheden van de patiënt. Het indicatieproces, in bijvoorbeeld de Zvw-pgb, is daar ook op ingericht. Indicerend wijkverpleegkundigen stellen de indicatie vast. Zorgverzekeraars hebben vervolgens de wettelijke taak om te controleren of de indicatie navolgbaar is en mengen zich niet in de inhoud van de indicatie. Ik sta achter deze rolverdeling. Wel vind ik dat patiënten die een chronische en stabiele zorgbehoefte hebben daarbij zo min mogelijk belast moeten worden, vanwaar ik in actie ben gekomen om de langdurige toekenningen voor deze groep mogelijk te maken. Daarnaast is het zo dat, conform het verpleegkundig cyclisch proces van de beroepsgroep, de wijkverpleegkundige de zorgbehoefte regelmatig laagdrempelig evalueert in samenspraak met de cliënt. Hierbij wordt op basis van de uitvoering, monitoring en evaluatie continue samen met de zorgvrager en diens netwerk gekeken wordt of doelen behaald zijn dan wel of de interventies bijdragen aan het te behalen doel. Dit is bij uitstek een gesprek wat op gelijkwaardig niveau met de cliënt plaatsvindt.

Genoemde leden vragen of de Minister kan reageren op het voorstel om de menselijke maat vast te leggen in zorgwetgeving. Hoe kijkt zij hiernaar? Welke mogelijkheden ziet zij hiervoor?

Wetgeving en beleid kan in beperkte mate bijdragen aan de menselijke maat in de zorg. De auteur van het manifest omschrijft het zelf het mooist: «Met regels en protocollen alléén creëer je geen menswaardige zorg voor mensen die levenslang complexe zorg nodig hebben. Daarvoor zijn ook

⁹ Kamerstuk 25 657, nr. 355.

professionals nodig die zich verplaatsen in de leefwereld van zorgvragers en in dialoog met hen passende zorg geven.»

Wel kan beleid eraan bijdragen dat een professional de ruimte krijgt om zijn of haar beroep zo goed mogelijk uit te oefenen. Zo zet ik zoals gezegd in op de vermindering van administratieve lasten in de zorg met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025¹⁰, dat ik in juni 2022 naar uw Kamer heb gezonden. Met de vier actielijnen in dit programma kunnen we concreet en merkbaar het verschil maken in de dagelijkse praktijk van de zorgmedewerker. Daarnaast zijn met betrekking tot het verminderen van administratieve lasten concrete afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord. Verder is in het Integraal Zorgakkoord afgesproken dat alle «regelmakers» in de brede zin van het woord (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) nieuwe en bestaande regelgeving toetsen aan het uitgangspunt «zinnig en radicaal simpel». Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook is afgesproken dat werkgevers aan de slag gaan met de vermindering van regeldruk waarvan de oorsprong binnen de eigen organisatie ligt.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vinden de reactie van de Minister op het manifest te beperkt en vrijblijvend. Zij lezen dat als eerste vervolgstap een voorstel voor een vervolgtraject wordt uitgewerkt om bewustwording te bevorderen en zo nodig verder beleid te formuleren. Dit komt op deze leden nog over als een nog weinig concrete aanpak. Zij vragen de Minister om een uitgebreide toelichting op de «vervolgstap» en het «vervolgtraject».

Zoals in eerdere beantwoording al aangegeven is op verzoek van de initiatiefnemers een vervolgesprek geweest waarbij naast een aantal ondertekenaars onder andere Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland, VWS op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd waren. Een volgende stap is om te toetsen in hoeverre de belangrijke waarden die worden benoemd in het manifest, die ik overigens onderschrijf, terug te herkennen zijn in de praktijk aan de hand van concrete ervaringen. De inzichten van dit vervolg zullen ook breder gedeeld worden, met o.a. alle zorgverzekeraars, zodat het leereffect groter is dan een enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

Deze leden vragen de Minister ook of met deze reactie bedoeld wordt dat slechts gewerkt wordt aan bewustwording. Er is toch meer nodig dan dat? Zij lezen in het manifest dat de opstellers wijzen op de noodzaak van een responsief zorgsysteem dat gebaseerd is op vertrouwen. Welke wetten en regels staan dat op dit moment in de weg en welke stappen zijn noodzakelijk om tot een responsief zorgsysteem te komen? Welke rol speelt de (ontbrekende) afstemming tussen de verschillende zorgwetten? Kunnen concrete knelpunten benoemd worden en hoe kunnen deze worden opgelost?

Verbetering van de (domeinoverstijgende) samenwerking tussen verschillende zorgverleners is één van de speerbeleid van het beleid. In het IZA hebben partijen daarom afgesproken dat wordt voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden om de zorgtransformatie in de regio voor elkaar te krijgen, waarvan juist die samenwerking een belangrijk onderdeel is. Daarom worden er bijvoorbeeld transformatiemiddelen beschikbaar gesteld, wordt er ingezet op het faciliteren van samen-

¹⁰ Kamerstuk 29 515, nr. 480.

werking, wordt er ruimte geboden voor experimenteermogelijkheden en is er een werkgroep met relevante partijen ingesteld die met voorstellen komt met oplossingen voor knelpunten in «domeinoverstijgende bekostiging».

Hoe zou de controle op rechtvaardigheid, billijkheid en redelijkheid ingekaderd kunnen worden vanuit het begrip responsiviteit? Waarom is het nog steeds nodig, ondanks verschillende verzoeken daartoe vanuit de Kamer, dat mensen jaarlijks geïndiceerd worden en ieder jaar opnieuw moeten laten zien dat zij zorg nodig hebben, terwijl hun omstandigheden niet veranderen?

Zoals aangegeven in de eerdere beantwoording van de vragen afkomstig van de SP, heb ik uw Kamer geïnformeerd over de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb. Met het realiseren van de handreiking wordt het mogelijk voor Zvw-pgb budgethouders die in aanmerking komen, om een verlengde toekenning Zvw-pgb aan te vragen. De aanvraag voor een verlengde toekenning Zvw-pgb gaat via de al bestaande wijze en hierdoor verandert er op dit punt niks voor budgethouders.

Ik ben ervan overtuigd dat de handreiking budgethouders met een stabiele zorgbehoefte verpleging en verzorging, kan zorgen voor een verlichting van de administratieve lasten.

Genoemde leden begrijpen dat, zoals de Minister schrijft, «de benodigde beweging vraagt om een cultuurverandering die we als samenleving met elkaar vormgeven». Deze leden menen echter dat een verandering niet vanzelf tot stand komt en de overheid hier een bepalende en sturende rol in heeft. Hoe ziet de Minister haar eigen rol en verantwoordelijkheid in deze? Welke concrete stappen gaat zij zetten om tot een meer responsief zorgsysteem te komen?

Binnen de instituties lopen de gesprekken vaak goed, maar het gaat soms mis als mensen met een zorgvraag een behoefte hebben die de afgebakende kaders overstijgt. De overheid heeft inderdaad een faciliterende rol om ook op deze momenten de benodigde samenwerking mogelijk te maken. Verbetering van de (domeinoverstijgende) samenwerking tussen verschillende zorgverleners is daarom één van de speerpunten uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het IZA hebben partijen afgesproken dat wordt voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden om de zorgtransformatie in de regio voor elkaar te krijgen, waarvan juist die samenwerking een belangrijk onderdeel is. Daarom worden er bijvoorbeeld transformatiemiddelen beschikbaar gesteld, wordt er ingezet op het faciliteren van samenwerking, wordt er ruimte geboden voor experimenteermogelijkheden en is er een werkgroep met relevante partijen ingesteld die met voorstellen komt met oplossingen voor knelpunten in «domeinoverstijgende bekostiging». Het Integraal Zorgakkoord (IZA) draagt zo bij aan de beweging die nodig is voor het oplossen van dergelijke knelpunten in de praktijk.

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister tot slot een reactie op het proefschrift van Janny Bakker, «Anders kijken» en zij vragen op welke wijze de bevindingen van dit onderzoek worden meegenomen in het vervolgtraject.

Het proefschrift van Janny Bakker, «Anders kijken», biedt een aantal goede aanknopingspunten om gericht, laagdrempelig en passende ondersteuning te bieden voor cliënten. Een belangrijke ontwikkeling die ik van harte stimuleer is het traject met betrekking tot het versterken van de toegang door de VNG. Binnen dit traject worden gemeenten ondersteund

de toegang zo vorm te geven dat de ondersteuningsvraag van de cliënt centraal staat. Een voorbeeld hiervan is ook het vraagstuk omtrent passend beschikken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie maken uit de brief op dat het manifest bij de Minister een snaar heeft geraakt. Zij zijn blij dat de Minister de inhoud van het manifest onderschrijft. Het is goed dat het de Minister dit serieus oppakt en er al diverse gesprekken zijn gevoerd met de opsteller. Tegelijkertijd schrikken genoemde leden er ook van hoe ingewikkeld en taai het is om de terechte zorgen en kritiekpunten uit het manifest te vertalen naar (mogelijke) beleidswijzigingen. Daarom willen deze leden een paar concrete vragen stellen. Wat is ervoor nodig om het mogelijk te maken dat indicatiestelling bij chronische patiënten niet langer jaarlijks of tweejaarlijks, maar bijvoorbeeld slechts elke vijf of tien jaar worden herhaald?

De indicaties die het ClZ (Wlz-pgb) stelt zijn levenslang en worden niet jaarlijks of halfjaarlijks herzien (met uitzondering op enkele tijdelijke specifieke indicaties, zoals de profielen (SG)LVG). Van een herindicatie is alleen sprake wanneer de zorgbehoefte zodanig toeneemt dat het zorgprofiel niet meer toereikend is.

Voor de Zvw-pgb geldt, zoals eerder meerdere malen aangegeven, dat ik de afgelopen periode met betrokken partijen, V&VN, Per Saldo en ZN, een traject doorlopen om langere toekenningen (maximaal 5 jaar) mogelijk te maken. De Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb is hier het resultaat van.

Wat is er voor nodig om ervoor te zorgen dat bij de indicatiestelling van chronische patiënten alleen gegevens worden opgevraagd of gedeeld die voor de specifieke zorgvraag noodzakelijk zijn en er bijvoorbeeld niet langer gegevens worden gevraagd aangaande seksualiteit en religie (wat niets met de indicatie te maken heeft)? Wat is ervoor nodig om ervoor te zorgen dat het steeds herhalen van dezelfde gegevensuitvraag voor indicatiestelling bij chronische patiënten stopt?

Ook nu al geldt dat, voor de indicatiestelling van (chronische) patiënten, enkel gegevens worden verlangd die betrekking hebben op de zorgvraag van de patiënt. In de gesprekken die met de auteurs van het manifest en de betrokken indicierend wijkverpleegkundige gevoerd zijn, kwam inderdaad ter sprake dat het verplicht zou zijn om een volledige anamneselijst aan te leveren bij de zorgverzekeraar als onderdeel van de indicatie. Deze anamneselijst is een veelomvattende checklist voor de indicierend verpleegkundige – alle levensgebieden komen voorbij – en deze is niet toegespitst op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt. De verpleegkundige stelde in het gesprek dat deze lijst in zijn geheel ingevuld moet worden en ingeleverd bij de zorgverzekeraar om aanspraak te maken op zorg. De anamneselijst is echter een hulpmiddel voor de verpleegkundige, en kan naar eigen inzicht van de zorgprofessional, op basis van de situatie van de cliënt, worden ingezet. Er is dus geen sprake van dat het noodzakelijk is om (herhaaldelijk) de volledige anamneselijst in te vullen en/of aan te leveren bij de zorgverzekeraar, noch zijn er regels die dit verplichten. Ook de beroepsgroep en de betrokken zorgverzekeraar bevestigen dit. Wat wel kan voorkomen is dat er extra vragen worden gesteld – die betrekking hebben op de indicatie – wanneer deze niet (volledig) navolgbaar is.

De leden van SGP-fractie stellen voor de gegevens in het traject van indicatiestelling tot die gegevens te beperken die voor de specifieke zorgvraag noodzakelijk zijn. Zij stellen ook voor in te regelen dat een cliënt over de beantwoording van eventuele aanvullende gegevens, waar de beste bedoelingen achter kunnen zitten, zelf het stuur in handen heeft.

Zoals gezegd is er geen regelgeving die vraagt om het aanleveren van gedetailleerde informatie die geen betrekking heeft op de zorgvraag van de cliënt. Bij twijfel wordt soms vanuit een indicatiesteller gestuurd op het verzamelen van gedetailleerdere informatie. Maar veelal gaat het bij dit soort gevallen om interpretaties van de betrokken professionals die onvoldoende op de hoogte zijn. De beroepsgroep bevestigt dat informatie in principe altijd – in overleg met de betrokken cliënt – met de zorgverzekeraar wordt gedeeld.

Kan de Minister aangeven welke verantwoordelijkheid en mogelijkheden zij zelf heeft voor het stellen van regels rondom indicatiestelling? Betreft dit alleen de Wet langdurige zorg (Wlz) of kan zij ook invloed uitoefenen op de indicatiestelling voor andere zorgwetten?

Binnen de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk voor het beoordelen van de ondersteuningsbehoefte van cliënten en hierop waar nodig ondersteuning te organiseren. Vanuit landelijk perspectief kunnen wij gemeenten ondersteunen om dit proces goed vorm te geven, maar de verantwoordelijkheid ligt ten principale bij gemeenten. Dit past ook binnen het karakter van het decentrale stelsel en de afgesproken verantwoordelijkheidsverdeling.

In de Wlz stelt het CIZ de indicaties en beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). In de beleidsregels van het CIZ is de werkwijze van het CIZ vastgelegd. Jaarlijks worden de beleidsregels van het CIZ in samenspraak met het Zorginstituut opgesteld en afgestemd met VWS. De indicaties die het CIZ stelt zijn levenslang en worden niet jaarlijks of halfjaarlijks herzien (met uitzondering op enkele tijdelijke specifieke indicaties, zoals de profielen (SG)LVG). Van een herindicatie is alleen sprake wanneer de zorgbehoefte zodanig toeneemt dat het zorgprofiel niet meer toereikend is. Ik hecht waarde aan het onafhankelijke onderzoek dat het CIZ doet ten behoeve van de indicatiestelling. Veel zorgaanbieders die een indicatie aanvragen voor hun cliënt kunnen dit digitaal in Portero doen bij het CIZ via de procedure CIZ Versnelt. Op dit moment wordt 60% van deze aanvragen binnen 7 werkdagen afgehandeld vanwege drukte bij het CIZ, normaal gesproken ligt dit percentage hoger. De indicatiestelling voor de overige zorgwetten ligt niet bij het CIZ.

Binnen de Zvw zijn het de indicierend wijk- of kinderverpleegkundigen die de indicatie opstellen. Verpleegkundigen hanteren hierbij het Normenkader van V&VN. Dit normenkader beschrijft onder andere het indicatie- en organisatieproces van verpleging en verzorging. Er is hier sprake van een grote mate van professionele autonomie van de beroepsgroep, om zo de onafhankelijkheid en cliëntgerichtheid te stimuleren. Zorgverzekeraars hebben vervolgens een eigenstandige wettelijke taak om te controleren of indicaties voldoen aan de beroepsnorm en wet- en regelgeving. Beiden mogen zich hierbij niet mengen in de rol van de ander.

De leden van de SGP-fractie lezen dat er afspraken zijn gemaakt over een uit te werken vervolgtraject. Deze leden vragen de Minister om de Kamer op de hoogte te houden van de voortgang van dit proces en de Kamer hierover uiterlijk voor het zomerreces te informeren.

Zoals al een aantal keren benoemd staat in dit verslag, is er in samenwerking met de opsteller van het manifest en enkele ondertekenaars een vervolgesprek georganiseerd met diverse partijen. De insteek was om, los van hoe het op dit moment in beleid en wet- en regelgeving is geregeld, met elkaar te delen wat de verschillende perspectieven op het begrip «menswaardigheid» zijn. In het gesprek viel op dat er veel raakvlakken zijn in de verschillende percepties van het begrip menswaardigheid. Zo gaat het bijvoorbeeld om respectvolle communicatie, recht op privacy, zelfbeschikking, kwalitatief goede zorg wanneer nodig, betrekking van naasten en responsiviteit.

Hiermee is de kous natuurlijk nog niet af; het gaat erom dat deze waarden ook terug te zien zijn in de praktijk. Een volgende stap is daarom om deze waarden te toetsen aan de concrete ervaring van de auteur(s) van het manifest. De inzichten van dit gesprek zullen ook gedeeld worden met alle zorgverzekeraars zodat het leereffect groter is dan een enkele casus. Uiteraard neemt VWS de inzichten mee in het verder (door)ontwikkelen van beleid.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid vraagt de Minister of zij bereid is om dit onderdeel in ieder geval met voorrang op te pakken en een uitzonderingspositie te gaan creëren voor mensen met aandoeningen die niet meer verbeteren.

Hier ben ik inderdaad toe bereid. Ik vind het belangrijk om Zvw-pgb budgethouders met een stabiele zorgbehoefte verpleging en verzorging, administratief te ontlasten middels verlengde toekenningen. In de recente Kamerbrief, waaraan ik eerder ook al heb gerefereerd, heb ik uw Kamer geïnformeerd over het gezamenlijk realiseren van de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.

Het lid van de BBB-fractie heeft er begrip voor als de Minister wat meer tijd voor nodig heeft om de Zvw, Wlz en Wmo 2015 beter op elkaar af te stemmen. Het lid wil de Minister wel verzoeken om daar haast mee te maken. Het gaat hier immers niet om nieuwe problemen; het manifest vestigt vooral de aandacht op zaken die al langer bekend zijn. Het lid van de BBB-fractie ontvangt dan ook een graag een tijdspad en daarbij een plan van aanpak van de Minister. Kan zij daar zorg voor dragen?

Verbetering van de (domeinoverstijgende) samenwerking tussen verschillende zorgverleners is één van de speerpunten van het beleid. Zo hebben partijen in het IZA afgesproken dat wordt voorzien in de noodzakelijke randvoorwaarden om de zorgtransformatie in de regio voor elkaar te krijgen, waarvan juist die samenwerking een belangrijk onderdeel is. Daarom worden er bijvoorbeeld transformatiemiddelen beschikbaar gesteld, wordt er ingezet op het faciliteren van samenwerking, wordt er ruimte geboden voor experimenteermogelijkheden en is er een werkgroep met relevante partijen ingesteld die met voorstellen komt met oplossingen voor knelpunten in «domeinoverstijgende bekostiging».