

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 844

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 juli 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 juli 2017 overleg gevoerd met de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2017 inzake rapport Nivel wijkverpleging (Kamerstuk 33 578, nr. 41);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2017 inzake monitor contractering wijkverpleging 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 829);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juni 2017 inzake bestuurlijk akkoord wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 835).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bergkamp, Ellemeet, Gerbrands, Keijzer, Lodders, Marijnissen, Arno Rutte, Sazias en Van der Staaij,

en de heer Van Rijn, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.33 uur.

De voorzitter:

Dames en heren, ik heet naast de Staatssecretaris en zijn ondersteuning – het is zijn voorlaatste debat voor het reces – uiteraard de Kamerleden en de mensen thuis of op de publieke tribune hartelijk welkom.

Ik zou met de leden willen afspreken om een spreektijd te hanteren van vijf minuten en in de eerste termijn een tweetal interrupties te gebruiken. Als eerste geef ik mevrouw Sazias namens de fractie van 50PLUS graag het woord. Mevrouw Sazias heeft aangegeven dat zij het debat daarna op een andere manier verder zal volgen, waarvoor alle begrip.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. We bedanken de Staatssecretaris voor de brief van 28 juni, want daarin wordt duidelijk dat ook hij goede wijkverpleging een van de belangrijkste pijlers van de zorg aan huis vindt. Mooi dat er een bestuurlijk akkoord wijkverpleging is gesloten. Wij kijken reikhalzend uit naar de ontwikkelagenda.

50PLUS is natuurlijk ook blij dat er volgend jaar 168 miljoen bij komt, alhoewel we wel graag willen weten waar dat bedrag op is gebaseerd. Dat er geld bij komt, is niet per se een garantie dat er voldoende wordt ingekocht tegen een normaal tarief en juist bij die inkoop en de contractering zitten onze grootste zorgen. In de brief van 28 juni stelt de Staatssecretaris dat het voor de aanbieders en verzekeraars sinds de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet wennen is aan de contractering van wijkverpleging. Dat lijkt me het understatement van het jaar. Overigens bleek ook uit de reguliere inkoopmonitor dat zorgverzekeraars wel tevreden zijn over de inkoop van 2017 ten opzichte van een jaar eerder, maar aanbieders juist niet. Dat is toch veelzeggend.

Een van de belangrijkste knelpunten wordt hier niet in vastgelegd, namelijk de tarieven. Nog steeds wordt er onder de kostprijs gecontracteerd. In het geval van casemanagement zit dat vaak zelfs op het niveau van persoonlijke verzorging. Wij vinden gewoon dat er altijd redelijke en kostendekkende tarieven moeten worden gehanteerd en dat er voldoende inkoop moet plaatsvinden. Kwaliteit van zorg en zorg op maat zouden daarbij leidend moeten zijn voor zowel de cliënt als de zorgorganisaties. Ik kom op het budgetplafond. Zorgverzekeraars kopen in op basis van het verleden, maar dat is geen garantie voor de toekomst. Wij kennen de verhalen over BrabantZorg en Buurtzorg en wij vinden dat eerlijk gezegd zo krom als een hoepel. Hoe kan een koper een doorleverplicht eisen van een aanbieder zonder daarvoor te betalen? Als een zorgaanbieder zo'n clause weigert, wordt voor straf het budgetplafond verlaagd. Dat heeft volgens mij helemaal niks te maken met kwalitatief inkopen voor de cliënt, want dat is doodgewoon afknijpen. Wat 50PLUS betreft moet die gratis doorleverplicht uit de contracten. Je koopt weinig in, maar eist dat ze onbetaald door blijven werken. Hoe bestaat het? Ik ga naar de bakker en zeg tegen hem: deze maand is mijn geld op, maar u moet mij de rest van de maand wel gratis brood geven, want anders kom ik volgende maand niet meer terug. Ik wil graag een reflectie van de Staatssecretaris op de vraag of dit juridisch en maatschappelijk te verantwoorden is. Hierdoor

wordt namelijk ook de keuzevrijheid van cliënten aangetast. Als cliënten graag geholpen willen worden door Buurtzorg, dan kan dat niet meer, want de verzekeraar heeft zijn plafond bereikt en moet dus nee verkopen en doorverwijzen naar een andere aanbieder. Als toppunt van de inperking van de keuzevrijheid zien we de pilot van Zilveren Kruis Achmea. We willen dan ook weten hoe het staat met die vreselijke pilot om één aanbieder per wijk 100% te vergoeden en alle anderen in de wijk maar 75%. We zijn heel benieuwd naar de evaluatie. Verder willen we ook in dit geval weten of dat juridisch allemaal maar kan.

We willen ook dat er genoeg wordt ingekocht en dus niet dat het budgetplafond al halverwege het jaar wordt bereikt. Er komen nu toch al weer signalen uit het veld dat het gecontracteerde budget toch weer ontoereikend zal zijn voor de tweede helft. Het feit dat de zorgverzekeraars tot dusver 300 miljoen onder het budgetplafond zijn gebleven, geeft dus geen garantie. Mijn vraag is dan ook hoe we die garantie wel kunnen krijgen, zonder dat de last bij de zorgaanbieders terechtkomt. Wij willen namelijk niet meemaken dat er goede zorgaanbieders omvallen door dit beleid. De inkoop van casemanagement dementie heeft dringend aanjaging nodig en het is goed dat de Staatssecretaris daar ook op inzet. Ook hier geeft men aan dat inkoopafspraken er de reden van zijn dat er binnen het dementienetwerk belemmeringen zijn ontstaan. De Staatssecretaris geeft aan dat hij de inmiddels afgesproken acties van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) kritisch gaat volgen. Dat vind ik goed, maar welke handhavingsinstrumenten heeft de NZa nou eigenlijk? Wat kunnen ze doen als het niet goed gaat?

Tot slot. Het is goed dat er een actieprogramma komt om meer te investeren in het terugdringen van het tekort aan zorgpersoneel. Er zijn immers heel veel ontslagen gevallen. Er is vooral een tekort op de hogere niveaus 4 en 5 en de toestroom vanuit de opleiding is nog steeds laag. Alle mooie campagnes ten spijt, waarom denkt de Staatssecretaris dat het met dit programma wel gaat lukken? Ik ben benieuwd om dat te horen. Mijn laatste vraag: hoe denkt hij dat op de korte termijn te gaan oplossen? De V&VN, de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ziet met angst en beven uit – zo zeggen ze letterlijk – naar de komende zomer. Er zijn nu al 25.000 vacatures en de zomervakantie is nog niet eens begonnen.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Voorzitter. Wij zouden in dit algemeen overleg graag twee punten bespreken. Dat is ten eerste het geschil tussen BrabantZorg en VGZ (Stichting Volksgezondheidszorg) en alles daaromheen en ten tweede het bestuurlijke akkoord dat recent is afgesloten in de wijkverpleging. Sinds enkele weken bestaat de toch wel bizarre situatie dat iemand die verzekerd is bij VGZ, pech heeft als hij wijkverpleging wil van BrabantZorg. Ik heb zelf de zorgorganisatie gebeld en gevraagd of ik als VGZ-verzekerde wijkverpleging kon krijgen. En inderdaad, aan de telefoon wordt dan verteld dat dit helaas niet mogelijk is en dat dat heel erg vervelend is, maar toch: jammer, maar helaas. Navraag bij VGZ leverde eigenlijk een soortgelijk antwoord op: het is heel vervelend voor u, mevrouw Marijnissen, maar BrabantZorg is door haar wijkverpleging bij VGZ heen, jammer maar helaas.

In het algemeen overleg Dementie, dat we onlangs hadden, zei de Staatssecretaris hierover: «Het kan zijn dat BrabantZorg van mening is dat zijn contract met VGZ vol zit en dus een nieuwe contractafpraak wil. Dat moet men vooral doen, maar niet met discussies over de rug van patiënten.» Hoe ziet de Staatssecretaris dit nu? Vindt de Staatssecretaris niet dat in dit geval BrabantZorg en VGZ het wel over de rug van patiënten uitvechten? Zou je dan niet mogen verwachten dat de Nederlandse Zorgautoriteit ingrijpt en ervoor zorgt dat deze problemen worden

opgelost? Daarom is mijn vraag aan de Staatssecretaris: wat vindt hij van het optreden van de NZa tot nu toe?

Dit verhaal is inmiddels bekend. Boven op dit verhaal kwam recent nog een brief van de BTN (Branchevereniging Thuiszorg Nederland) die er eigenlijk voor waarschuwt dat heel veel zorgaanbieders nu al aangeven – het is juli – dat hun gecontracteerde budget voor 2017 onvoldoende is om in de tweede helft van het jaar nog de zorg te kunnen bieden die gevraagd wordt. Er dreigen in de toekomst dus nog veel meer situaties à la BrabantZorg en VGZ te ontstaan, althans als we de zorgaanbieders mogen geloven. Mijn vraag aan de Staatssecretaris is daarom dan ook: is het geval BrabantZorg/VGZ een voorbode van nog meer van dit soort ellende naarmate het jaar vordert? Wat gaat de Staatssecretaris doen om dit te voorkomen?

Een gevecht tussen de thuiszorgaanbieder en de zorgverzekeraar: de Zorgautoriteit staat erbij en kijkt ernaar en de patiënt is de dupe. Deze situatie laat naar onze mening ook zien hoe ziek ons systeem is, een systeem waarin de zorgverzekeraars steeds meer op de stoel van de zorgverlener gaan zitten. In dit geval bepalen ze zelfs welke thuiszorgaanbieder hoeveel budget krijgt. Onder de vreselijke noemer van zogenaamde budgetplafonds trekken de zorgverzekeraars aan de touwtjes. Waarom toch dit systeem van georganiseerd wantrouwen richting de zorgaanbieders?

De Staatssecretaris presenteerde vorige week het bestuurlijk akkoord. Het goede nieuws daarvan is volgens ons dat er 170 miljoen minder wordt bezuinigd op de wijkverpleging. Dat is natuurlijk mooi. Mijn voorganger van 50PLUS had dezelfde vraag: kan de Staatssecretaris aangeven hoe dit geld precies ingezet gaat worden? Onze vraag is: komt dit geld dan weer in handen van de machtige zorgverzekeraars en, zo ja, hoe gaat hij daar dan mee om? Kan de Staatssecretaris dat alles toelichten?

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van mevrouw Ellemee.

Mevrouw **Ellemee** (GroenLinks):

Ja, met wat vertraging, moet ik erbij zeggen. Mijn vraag gaat namelijk over de conclusie van mevrouw Marijnissen en haar eerste kritische beschouwing.

Er gaat inderdaad van alles mis bij de zorgaanbieders en de zorg die zij aan patiënten willen leveren, maar ik hoorde mevrouw Marijnissen ook iets zeggen over die vermaledijde budgetplafonds in het systeem. Maar is mevrouw Marijnissen het niet met mij eens dat we budgetplafonds altijd hebben gehad en dat het probleem groter was in het vorige systeem? Dat had toen nog veel langere wachtlijsten tot gevolg. Hoe kijkt mevrouw Marijnissen daartegen aan?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dit betreft volgens mij een beetje de grotere discussie, die we wel vaker hebben gevoerd, over de vraag hoe je de zorg wilt inrichten. Het moge bekend zijn dat de SP geen voorstander is van de huidige situatie, waarbij er te veel macht bij de zorgverzekeraars ligt. Wij geloven veel meer in een heel ander systeem. Daarin heeft mevrouw Ellemee gelijk. Zij hoort mij verder ook niet «vroeger was alles beter» zeggen. Absoluut niet! Wij geloven veel meer dat er meer zeggenschap, regie en verantwoordelijkheid bij de zorgprofessional moet komen te liggen. Dat geldt ook voor de indicaties. De SP denkt dat het prima mogelijk is om een zorgsysteem te bouwen waarin niet het geld de prikkel is en waarin niet wordt gewerkt met inkoopplafonds en dat soort dingen, maar waarin de mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. En wat er nodig is, wordt dan bepaald door de goed opgeleide zorgprofessional, in wie we geacht worden vertrouwen te hebben.

Dat is wat ik geprobeerd heb aan te duiden. Naar ons idee is dit systeem totaal doorgeschoten. Als je met wijkverpleegkundigen praat, hoor je dat ook want de frustratie knalt ervan af. Althans, de verpleegkundigen die ik spreek zeggen allemaal: we worden doodziek van die zorgverzekeraars want zij zijn degenen die alles bepalen. Dat kan niet de bedoeling zijn.

De voorzitter:

Uw punt is duidelijk.

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik deel met de SP de zorg dat er nu van alles niet goed gaat. We kunnen ook nog heel veel verbeteren, maar mijn vraag blijft toch staan. Die budgetplafonds zijn een systeem dat eerst nog veel overheersender was. Ik doel dan op de periode voor de huidige gereguleerde marktwerking en voordat wij met de Zorgverzekeringswet hebben geprobeerd om de zorg te organiseren. Ik probeer toch wat afstand te nemen van het beeld dat het systeem dat we nu hebben en waar we nog veel aan moeten verbeteren, zou leiden tot budgetplafonds. Volgens mij was het vroeger nog veel erger en moeten we ook durven erkennen dat sommige dingen beter gaan dan eerst.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ja. Ik heb niet echt een vraag gehoord, behalve dan de stelling dat wij zouden zeggen dat vroeger alles beter was. Maar daar ben ik al op ingegaan door aan te geven dat wij helemaal niet zeggen dat vroeger alles beter was. Wat wij wel echt vinden, is dat er nu te veel macht ligt bij de zorgverzekeraars. U refereert eraan dat de budgetplafonds vroeger nog erger waren, omdat we toen wachtlijsten hadden. Dat mag zo zijn, maar dat had natuurlijk wel een andere oorzaak. Het gaat erom dat er veel meer zeggenschap moet gaan naar de zorgprofessionals. U hebt gelijk als u zegt dat dat waarschijnlijk niet kan binnen het zorgsysteem zoals wij dat nu hebben georganiseerd. Dat is ook de reden waarom de SP pleit voor een totaal ander zorgsysteem, een systeem waarin je veel meer vertrouwen kunt hebben in degene die de zorg verleent. In theorie heb je geen budgetplafonds meer nodig als je vertrouwen durft te hebben in degene die de zorg verleent. Ik ga er daarbij natuurlijk van uit dat die het niet doet als het niet helemaal nodig is. Wij hebben toch wat perverse marktprikkels georganiseerd, waardoor aanbieders soms aan het pushen zijn: doe nog maar wat, want anders komen we niet uit. Of andersom: ze verlenen niet de zorg die nodig is, omdat ze al aan dat zogenaamde budgetplafond zijn. Met zo'n systeem zijn we volgens mij op de verkeerde weg.

De voorzitter:

Dank u wel.

Er was eigenlijk geen vraag gesteld en ik probeer de interrupties een beetje te stroomlijnen.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Prima.

De voorzitter:

Mevrouw Bergkamp heeft ook een vraag.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind de opmerkingen van mevrouw Ellemeet terecht. Ik wil nu geen heel brede systeemdificussie gaan voeren, maar ik wil wel opmerken dat de SP toch ook altijd heel erg kritisch is over de Wmo en de rol van de gemeenten. Ze is ook heel kritisch over de rol van de zorgverzekeraars, ook al hebben we nu toch weten te regelen dat de wijkverpleegkundige

veel meer in de lead is bij de indicatiestelling. Dat is natuurlijk een heel grote wijziging. Dat het nog niet helemaal perfect gaat, ben ik met de SP eens, maar dat laat onverlet dat we de verantwoordelijkheid nu veel meer hebben neergelegd bij de verpleegkundigen. Ik snap eerlijk gezegd niet waarom dat zo'n groot kritisch punt is in de bijdrage van de SP.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dat heeft alles te maken met wat ik net zei. Welke wijkverpleegkundige ik ook spreek, ze beginnen allemaal over die vermaledijde macht van de zorgverzekeraars. Ik weet niet of ik de enige ben die met wijkverpleegkundigen spreek die dat aangeven. Dat degenen die opgeleid zijn voor de zorg, bij de indicatiestelling in de lead zijn, is prima. Dat is absoluut iets wat wij toejuichen. Maar het is niet goed dat zij zich vervolgens door een perverse prikkel aangemoedigd voelen om zorg te leveren die eigenlijk niet nodig is omdat er wel een bepaalde productie gehaald moet worden. Of andersom: ze willen eigenlijk zorg geven, maar dat kan niet want er is een budgetplafond bereikt. We hebben vandaag gehoord dat nu ook de V&VN aan de noodrem trekt, omdat het duidelijk wordt dat het op heel veel plekken niet gaat zoals het moet. Dat is wel iets wat onze aandacht heeft.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Wat wij in ieder geval delen, is dat de verpleegkundige zo veel mogelijk in de lead moet zijn bij het indiceren. Maar ik weet dan niet of wij met twee verschillende groepen wijkverpleegkundigen praten, want ik hoor dat wijkverpleegkundigen vooral tegen die enorme administratieve last aanlopen en de onduidelijkheid bij de verwijzing. Die onduidelijkheid ontstaat door al die verschillende systemen: de Wlz, de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Dat zijn de kritiekpunten die ik hoor en ik hoor dus niet zozeer kritiek op de zorgverzekeraars als wel kritiek op het gebrek aan ruimte door de opstelling van zorgaanbieders. Herkent mevrouw Marijnissen ook deze kant van het verhaal?

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Daar kan ik heel kort over zijn: dat herken ik absoluut.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

De NZa heeft berekend dat er 3,3 miljard nodig is voor de wijkverpleging. Dat is 300 miljoen euro minder dan de Staatssecretaris hiervoor heeft uitgetrokken. Hoe oordeelt de Staatssecretaris hierover en deelt hij de mening dat zorgverzekeraars wellicht de hand op de knip houden ten koste van de patiënt?

Tot slot: vandaag hoorden we natuurlijk ook nog dat de noodklok wordt geluid. Ik ben erg benieuwd of de Staatssecretaris in de gelegenheid is om daarop te reageren.

Een ander punt dat ik graag ook nog in dit AO naar voren wilde brengen, hoewel het vandaag niet helemaal aan de orde is, is dat gisteren het nieuws kwam dat er extra geld beschikbaar is gekomen voor de verpleeghuizen. Dit is de laatste keer dat wij de kans krijgen om voor het zomerreces hierover te spreken met de Staatssecretaris. Ik wil eens te meer daarover spreken omdat de zomerperiode voor de deur staat en wij allemaal met reces gaan. Wij hebben erg hierop aangedrongen en gezegd: kom nou snel over de brug met dat geld, want die kritieke zomerperiode komt et cetera. Plus, als we in 2018 echt extra mensen willen laten rondlopen, moeten organisaties nu al beginnen. Kan de Staatssecretaris hier iets meer over vertellen? Wordt die 435 miljoen een integrale ophoging van de zzp-tarieven of gaat de Staatssecretaris dat geld anders

inzetten? Hoe denkt de Staatssecretaris dat dit zich gaat verhouden tot het feit dat wij de garantie willen dat het extra geld echt gaat naar de beoogde 7.000 extra verzorgenden en verpleegkundigen en niet naar andere dingen? Zij moeten aangenomen worden. Met andere woorden: komt er een wat meer bindende bezettingsnorm dan nu om dat af te dwingen?

De voorzitter:

Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Bergkamp. Zij spreekt namens de fractie van D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter. Het is goed dat er een bestuurlijk akkoord is voor de wijkverpleging, zodat wijkverpleegkundigen meer ruimte krijgen om de benodigde zorg te kunnen leveren. In alle debatten hebben wij aangegeven dat de wijkverpleegkundige een heel belangrijke rol speelt, eigenlijk een spilfunctie. Mensen kunnen door de hulp van een wijkverpleegkundige veilig thuis blijven wonen. De ontwikkelagenda als onderdeel van het akkoord is heel belangrijk voor de stimulering van de kwaliteit, de arbeidsmarktsubstitutie en de samenwerking. Het is heel goed dat dit speerpunten worden. Hoe gaan wij al die ambities monitoren? Hoe zorgen wij daar met elkaar voor? Er is inderdaad extra geld. De laatste weken kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat de miljoenen je om de oren vliegen in de nadagen van dit kabinet. Het is ons aller wens dat het geld goed terechtkomt, dus daar waar het voor bedoeld is. Ik heb ook een vraag in aansluiting op wat mevrouw Marijnissen zei over het extra geld voor de verpleeghuizen. Ik ga ervan uit dat dit extra geld is voor de verpleeghuiszorg. Wij moeten dat breder bekijken en ook kijken naar de knelpunten bij de wijkverpleegkundigen. Graag krijg ik daar duidelijkheid over.

De voorzitter:

Ik onderbreek u even, niet omdat er een interruptie is, maar omdat het nu de tweede keer is dat dit punt aan de orde wordt gesteld. De brief hebben wij vanmorgen bij de procedurevergadering toegevoegd aan het algemeen overleg Verpleeghuiszorg. Dat onderwerp is controversieel. Wij laten het even aan de Staatssecretaris om daarop te antwoorden, maar het lijkt me goed om dit even te melden voor de mensen die dit debat volgen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben heel benieuwd hoe mensen dit interpreteren. Het lijkt wel alsof er een soort spreekverbod is op een onderwerp. Maar wat de voorzitter zegt, is correct. Vanavond vindt een debat plaats over de Voorjaarsnota. Daar zullen ook vragen hierover gesteld worden. Je kunt niet zomaar de media opzoeken met een groot verhaal en dan verwachten dat de Kamer daar geen vragen over stelt.

Er zijn behoorlijk wat uitdagingen en ik merk op dat er zorgen zijn. Je vraagt je af of de bestaande en nieuwe cliënten wel voldoende zorg krijgen in de tweede helft van 2017. Dat is een belangrijke vraag.

Nu kom ik op het persoonsgebonden budget. Daar gebeurt toch wat eigenaardigs. Per Saldo zei dat er een daling is van het aantal pgb's, maar we zien aan de andere kant ook dat de kosten van de wijkverpleging toenemen. Het onderzoek van Panteia geeft daar geen heldere verklaring voor. Hoe kan het nou dat er aan de ene kant minder pgb's zijn, maar aan de andere kant wel grotere uitgaven?

Een andere vraag gaat over het indiceren. Hoe gaat dat in zijn werk bij de wijkverpleging en bijvoorbeeld de informele zorg thuis?

Er is een tekort aan verpleegkundigen op heel veel verschillende niveaus. Wij hebben jaren geleden al aangekaart dat daar een belangrijk probleem ligt. Wij horen dat er bij de wijkverpleegkundigen soms ook een tekort is

aan kennis over het indiceren. Naar welke wet moet bijvoorbeeld verwezen worden?

De voorzitter:

Op het vorige punt is er een vraag van mevrouw Gerbrands.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dank u wel voorzitter. Ik zat netjes te wachten totdat het stukje «bestuurlijk akkoord» afgelopen was. Op die manier kon mevrouw Bergkamp allemaal vragen stellen. Net in het interruptiedebatje met mevrouw Marijnissen ging het over de rol van de zorgverzekeraar. In Den Haag is CZ de grootste zorgverzekeraar. Die houdt de wijkverpleegkundigen wel aan het lijntje, want zij hebben als primaire opdracht het ontzorgen en zo veel mogelijk uren indiceren. Dus hoezo gaat het goed met de zorgverzekeraars? Dat wil ik weleens weten.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb in mijn betoog niet gezegd dat het allemaal halleluja is bij de zorgverzekeraars. Ik vind echt dat er aandachtspunten zijn, maar ik vind ook dat we de discussie zuiver moeten voeren. We hadden net een interruptiedebat over de rol van de wijkverpleegkundige. Het is juist de bedoeling dat die kan indiceren in plaats van dat dit allemaal via het CIZ gaat. De wijkverpleegkundige kan daar een belangrijke rol in spelen. Uit het interruptiedebatje met mevrouw Ellemet bleek dat er vroeger ook budgetplafonds en grote wachtlijsten waren. Dus ik probeer de discussie wel in evenwicht te brengen. Maar natuurlijk zijn er ook aandachtspunten. Mensen hebben gewoon de zorg nodig die ze nodig hebben en het kan niet zo zijn dat er op een heel verkeerde manier gestuurd wordt. Dat ben ik met de PVV eens.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Het is prima dat we discussie zuiver houden, want dat zijn wel dingen die gebeuren. Wij vinden allemaal dat de wijkverpleegkundige de spil is. Die moet indiceren en bekijken wat er nodig is. Vervolgens worden de wijkverpleegkundigen teruggefloten door een heel groot gedeelte – niet alle – van de zorgverzekeraars. Zeker als er wijkgericht gestuurd wordt, zoals in Den Haag door CZ, spelen de zorgverzekeraars een heel kwalijke rol. Ik vind dat daar best wat over gezegd mag worden, want het is niet allemaal jubel en jolijt met de overgang naar de Zorgverzekeringswet. Integendeel, zou ik willen zeggen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik herhaal mijn opmerking dat ik niet gezegd heb dat het allemaal halleluja is. Als er zorgen zijn – die zijn er bij een aantal zorgverzekeraars – moeten we die ook benoemen. Wij moeten de wijkverpleegkundigen de omstandigheden geven om hun werk zo goed mogelijk te kunnen doen. Dat deel ik met de PVV.

Ik vervolg mijn betoog. Het is belangrijk dat de wijkverpleegkundigen voor het indiceren voldoende kennis hebben van al die wetten. Hoe kunnen wij dat voor elkaar krijgen? Het is ontzettend zonde van de tijd als de wijkverpleegkundige aan het zoeken is naar welk loket hij of zij moet. Dit is ook wel een teken aan de wand, want als de wijkverpleegkundige het zelfs niet weet, hoe moet de patiënt of cliënt het dan weten?

Ik wil ook specifiek aandacht vragen voor een ander tekort. Er is echt een tekort aan jeugdwijkverpleegkundigen. Onderkent de Staatssecretaris dit? Kan dat onderdeel worden van de ontwikkelagenda? Is dat ook onderdeel van het bestuurlijke akkoord? Zijn er wel voldoende verpleegkundigen op niveau 5 om te kunnen indiceren? BTN adviseerde om de overgangstermijn te verlengen. Panteia heeft een arbeidsmarktanalyse gemaakt van

de kinderverpleegkundigen. Is de Staatssecretaris bereid om de aanbevelingen over te nemen?

Nu kom ik op een heel belangrijk onderwerp, namelijk de brandbrief van V&VN over de zomerperiode. Wij hebben uit meerdere invalshoeken signalen ontvangen, maar V&VN slaat alarm met betrekking tot deze periode en dat is heel serieus. Eigenlijk is dat ieder jaar het geval, want mensen gaan op vakantie en veel komt terecht bij de mantelzorgers. De Minister heeft heel veel acties ingezet voor ouderen op de spoedeisende hulp. Daar komt nog een debat over. Maar ik maak mij hier toch echt grote zorgen over. Graag krijg ik hier een reactie op.

Dan kom ik op de overgang van Zorgverzekeringswet naar Wlz. Er zijn knelpunten. Voor de wijkverpleging wordt er geen eigen bijdrage gevraagd. Voor de Wlz wel. Je ziet toch dat daar een soort perverse prikkel van uitgaat en dat kan natuurlijk niet zo zijn. Als mensen in de Wlz thuis horen, moet daar natuurlijk een oplossing voor komen.

Vpt en mpt zijn twee heel mooie initiatieven. Ik ben benieuwd hoe het staat met de omvang daarvan. Is dat voldoende bekend? Hoe zit het met de tevredenheid? Is de Staatssecretaris anders bereid om dat te onderzoeken? Verder vraag ik mij af of er bij de wijkverpleging voldoende aandacht is voor innovatie.

De voorzitter:

Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Zij spreekt namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ook mijn fractie is blij met het bestuurlijke akkoord en met de investering van 170 miljoen euro in de wijkverpleging. Dat is in mijn ogen hard nodig, maar niet genoeg om alle problemen in de wijkverpleging op te lossen. Dat geld is niet hetzelfde als een toverstokje waarmee we alle problemen doen verdwijnen. We zien wel dat er in 2016 een onderschijding van 194 miljoen was in het kader van de wijkverpleging. Dat wijst erop dat geld niet zozeer of niet alleen het probleem is, maar dat het er ook om gaat dat het geld gebruikt wordt. Mijn vraag is dan ook hoe de Staatssecretaris ervoor wil zorgen dat het geld echt bij de wijkverpleging terechtkomt. Hoe wil hij daaraan bijdragen? Ik hoor het graag.

Dan kom ik op de aparte betaaltitel voor casemanagement dementie. Wij hadden het daar in een eerder debat al over. Toen vroeg de Staatssecretaris de Kamer om geduld te hebben. Hij zou daar in dit debat op terugkomen. Ik hoor dus heel graag van de Staatssecretaris waarom het nu wel of niet nodig zou zijn om deze aparte betaaltitel te introduceren. Wij hebben al vaak gedebatteerd over het tekort aan zorgmedewerkers. Mijn collega's hadden het daar ook al over. Het is een heel urgent probleem deze zomer, ook in de wijkverpleging. De Staatssecretaris heeft hele mooie plannen en ook heeft hij heel wat miljoenen uit een grote kast getrokken, maar voor dit jaar is dat nog zeer beperkt. De grote investeringen, 335 miljoen erbij, vinden vanaf 2018 plaats. Hebben we nu wel voldoende geld om die personeelstekorten op te lossen? Graag krijg ik een reactie hierop.

Ik sluit mij graag aan bij mijn collega Bergkamp in verband met de zorgelijke signalen over de kinderverpleegkunde. Zeker voor de groep ernstig zieke kinderen is het ontzettend belangrijk dat dit probleem snel opgelost wordt. Er wordt dan ook aanbevolen om voor deze ernstig zieke kinderen een actieplan te maken. Gaat de Staatssecretaris dit oppakken? Op welke manier gaat hij dat doen? Kan de Staatssecretaris daarnaast inzicht geven in de specifieke tekorten voor de wijkverpleging en ook in waar er vooral behoefte is aan zorgmedewerkers, zodat er gericht ingegrepen kan worden of gezocht kan worden naar oplossingen?

Verder vraag ik mij af of de Staatssecretaris ons kan informeren over de werkdruk van de verpleegkundigen. Is daar een recente monitor van? Hebben wij daar informatie over? Graag krijg ik een reactie hierop. Wij hebben het onlangs in een ander debat gehad over de positie van de mantelzorger. De mantelzorger speelt ook in relatie met de wijkverpleging een ontzettend belangrijke rol. Het tekort aan wijkverpleegkundigen betekent namelijk dat er nog meer druk op de mantelzorgers komt te liggen, en dat terwijl deze groep mantelzorgers er juist vaak niet nog meer bij kan hebben. In de beleidsstukken die ons voor dit debat zijn toegestuurd, bijvoorbeeld het bestuurlijke akkoord wijkverpleging, mis ik de aandacht voor de versterking van de positie van de mantelzorger. Kan de Staatssecretaris toelichten welke concrete maatregelen genomen worden om de mantelzorger te helpen nu die soms juist in het gat moet springen van het tekort aan wijkverpleging? Onlangs is er een motie aangenomen voor een voorlichtingscampagne over de rechten van mantelzorgers. Kan de Staatssecretaris vertellen hoe het staat met de uitvoering daarvan, ook in het licht van het tekort aan wijkverpleging?

Op het vlak van keuzevrijheid in de zorg – welke zorg past het beste bij je? – valt ook nog het een en ander te verbeteren, ook voor de wijkverpleging. Er is bijvoorbeeld een keuze tussen zorg in natura en zorg via een pgb, maar lang niet alle mensen zijn hiervan op de hoogte. Ook schort het nogal eens aan adequate informatievoorziening over de kosten. Er is een informatieplicht voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het vlak van kosten en vergoedingen, maar we zien dat deze informatieplicht nu vaak heel passief wordt ingevuld, dus dat je de informatie op de website kunt vinden. GroenLinks vindt dat die informatie duidelijker en beter toegankelijk moet zijn, zodat mensen op de hoogte zijn van de mogelijkheden en de kosten en geen onverwacht hoge rekeningen krijgen. Hoe ziet de Staatssecretaris de rol van de verzekeraars en de zorgaanbieders hierin? Deelt de Staatssecretaris de opvatting dat het ook hierbij beter kan qua informatie, dus vollediger en duidelijker, en dat dit ook wettelijk verplicht is? Zo ja, wat gaat de Staatssecretaris hierin betekenen? Ook daar krijg ik graag een reactie op.

Ik heb nog een aantal andere zaken. In de ontwikkelagenda wijkverpleging wordt onder andere aangegeven dat er nog een wereld te winnen is op het vlak van zorg op afstand en domotica. Daar sluit mijn fractie zich volledig bij aan. In de agenda wordt gezegd dat hieraan met behulp van innovatiemiddelen een gerichte impuls gegeven kan worden. Kan de Staatssecretaris uitleggen wat er met die gerichte impuls bedoeld wordt? Ik ben het namelijk met de Staatssecretaris eens dat we heel goed moeten bekijken wat we allemaal nog kunnen doen op dit gebied. Ook het grote personeelstekort zullen we deels moeten oplossen met innovatieve maatregelen.

De voorzitter:

Gaat u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik ga afronden, voorzitter. In de ontwikkelagenda wordt terecht gesproken over de toegevoegde waarde van meerjarencontracten. Welke rol ziet de Staatssecretaris voor zichzelf weggelegd om die te bevorderen?

De voorzitter:

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Gerbrands. Zij spreekt namens de fractie van de PVV.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Verzorgingshuizen worden gesloten. De spoedeisende hulp ligt vol kwetsbare ouderen die niet naar huis kunnen. En de zorg thuis heeft te maken met budgetplafonds, cliëntenstops, niet uitbetaalde overproductie

en nog meer van dat soort ellende. De zorg thuis schiet tekort en deze ongein is een jaarlijks terugkerend fenomeen. VGZ-klanten bij Brabant-Zorg krijgen sinds kort een factuur, een factuur dus voor verzekerde zorg, waarvoor je verplicht verzekerd bent en dus verplicht betaalt via de Zorgverzekeringswet. BrabantZorg is door het omzetplafond van de zorgverzekeraar heen en gesprekken tussen BrabantZorg en VGZ hebben niets opgeleverd. VGZ-klanten moeten zelf de factuur indienen en dat betekent dat zij ook het risico lopen dat ze niet alles vergoed krijgen. Kan de Staatssecretaris garanderen dat VGZ-klanten de volledige rekening vergoed krijgen? Patiënten mogen nooit de dupe worden van gesteggel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wat hebben patiënten nog voor keuzevrijheid als het budgetplafond bereikt is?

Met een hoop bombarie kwam het nieuws van een bestuurlijk akkoord wijkverpleging. Dat klinkt allemaal heel mooi, maar wat gaat dat akkoord nou eigenlijk allemaal regelen? De wijkverpleegkundigen krijgen de ruimte die nodig is om hun vak met trots uit te oefenen en verder te ontwikkelen. Maar hoe kun je je vak met trots uitoefenen en verder ontwikkelen als het wurgkoord van de zorgverzekeraars om je nek hangt? De wijkverpleegkundige zou de spil in de zorg worden, maar de zorgverzekeraars steken constant spaken in de wielen. Partijen hebben afspraken gemaakt over de verbetering van de contractering. Wat zijn dat voor afspraken? Dit gaat echt niet zorgen voor een einde van de budgetplafonds. Waarom staat er niet in dat akkoord dat de keuzevrijheid vooropstaat en patiënten altijd terecht moeten kunnen bij de zorgaanbieder van hun keuze, ongeacht het budgetplafond? Waarom wordt dit niet geregeld? Waarom staat er niet in het akkoord dat overproductie voortaan uitbetaald wordt? Uit de antwoorden bij het jaarverslag blijkt dat er bij 330 contracten overproductie heeft plaatsgevonden. Hiermee was een bedrag gemoeid van 37 miljoen euro. Waarom wordt dat niet uitbetaald? Er is nota bene een onderschijding op het budget voor de wijkverpleging. Waarom wordt dit niet geregeld?

Eind 2016 was er een tekort van 1.000 wijkverpleegkundigen. Dit tekort wordt alleen maar groter. Er is ook een tekort aan verzorgenden in de wijk. Vacatures staan lang open, het verloop is groot en verzorgenden in de wijk werken bijna standaard meer en hebben zelfs gebroken diensten. En dan staat de zomer nog voor de deur. Het kon best, hè, die bezuiniging op de verpleging en de verzorging? Kom nu niet aan met de opmerking dat we extra budget hebben geregeld, zoals mijn buurvrouw net aangaf, want er is voor 600 miljoen euro bezuinigd. Dan kun je niet met droge ogen zeggen dat er 170 miljoen extra bij komt. Dan gaat er echt nog steeds geld af. Of ligt dat soms aan mij?

Deze hele situatie is het gevolg van het onderbrengen van de wijkverpleging bij de Zorgverzekeringswet. Daar was de PVV tegen en daar is de PVV nog steeds tegen. Ook de casemanager dementie en de palliatieve terminale zorg zouden goed geregeld moeten worden. We hebben echter allemaal gezien hoe het daarmee gaat. Veel zorgaanbieders geven aan kritisch te zijn op de inkoop van het casemanagement, dat een specialistische zorgvorm is. Te scherp inkopen gaat ten koste van de kwaliteit, zorg en deskundigheid van het personeel. Een groot risico van te scherp inkopen is het feit dat als de vraag naar deze zorg toeneemt – dat gaat gewoon gebeuren – zorgaanbieders niet de juiste deskundigheidsniveaus kunnen inzetten. Wij zijn dan ook heel benieuwd naar de reactie van de Staatssecretaris op onze motie om in ieder geval voor de casemanager dementie een aparte betaaltitel met vast tarief in te voeren. Volgens mij heeft de Staatssecretaris toegezegd ons schriftelijk iets te doen toekomen over het verloop van de gesprekken die gevoerd zijn, maar dat hebben we nog niet gehad. Ik heb het in de Handelingen nagekeken: dat heeft de Staatssecretaris echt gezegd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van der Staaij, die spreekt namens de fractie van de SGP.

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

Voorzitter. In de bijdragen tot nu toe ging het niet alleen over de wijkverpleging, maar ook over extra geld voor de verpleeghuiszorg. Het zijn verschillende onderwerpen, maar ergens zijn het ook communicerende vaten. Als je meer geld in de verpleeghuiszorg stopt, wat we zeer toejuichen en waarvan ook iedereen zegt dat het moet gebeuren, kan dat leiden tot verlichting van de werkdruk daar. Het kan het werk aantrekkelijker maken en meer mogelijkheden bieden om daar aan het werk te gaan. Dan kan tegelijkertijd de vraag rijzen hoe het in de thuiszorg en de wijkverpleging zit. Ik wil dus ook nadrukkelijk aandacht vragen voor die samenhang en die communicerende vaten. Hoe kijkt de Staatssecretaris daartegen aan?

Het personeelstekort – V&VN schreef daarover een brandbrief – is structureel. Het geldt echter niet alleen op de langere termijn, waarvoor nog onvoldoende oplossingen zijn. Ook deze zomer wordt met angst en beven tegemoetgezien. Wat is de reactie van de Staatssecretaris op die brandbrief?

Het bestuurlijk akkoord juicht de SGP-fractie toe. Fijn dat die rol verder verhelderd wordt, de verantwoordelijkheden expliciet worden gemaakt en de zorgplicht ook nadrukkelijk bij de zorgverzekeraar wordt geadresseerd. Ik denk dat het voor de praktijk ongelooflijk belangrijk is dat er iets meer financiële lucht komt, maar ook dat er niet alleen naar elkaar wordt gekeken en die verantwoordelijkheden worden toebedeeld. Het is prima dat dit gebeurt en dit is waardevol. Ik heb nog wel een vraag over de monitoring. Hoe wordt nagegaan of verzekeraars zich aan de gemaakte afspraken houden en de zorgplicht niet wordt doorgeschoven?

Ik wil vanuit de praktijkervaring, waarmee wij allemaal geconfronteerd worden, ook een vraag op tafel leggen. We zien heel veel situaties, waarbij je klachten hoort over de schraalheid van de zorg. Als je doorvraagt, blijkt het niet zozeer om de verzorging en de verpleging te gaan, maar ook om een stuk Wmo. Heel vaak moet je zeggen: ik schaam me wel een beetje dat er in zo'n ernstige situatie zo weinig beschikbaar is. Maar het gaat er ook om dat men in de praktijk makkelijker de weg vindt vanuit de thuis-situatie naar de zorg. Wie pakt er nou zijn verantwoordelijkheid? Gaat het bestuurlijk akkoord ook op dat praktische niveau helpen?

Het is belangrijk dat wijkverpleegkundigen de ruimte krijgen om hun vak met trots uit te oefenen en verder te ontwikkelen. Daarom ben ik blij dat er in de ontwikkelagenda verdere afspraken over de ontwikkeling van het vak zitten en de verdere professionele standaarden onderdeel zijn van het akkoord. Het is wel zaak dat bij het inkopen van zorg die professionele standaarden als uitgangspunt worden genomen. De grote verschillen tussen verzekeraars bij de zorginkoop leiden ook volgens de NZa tot grote risico's, zoals belemmering van samenwerking en geen doelmatige inzet van beschikbare capaciteit. Ik denk dat het verminderen van de administratieve lasten in de praktijk een ongelooflijk belangrijke factor is om het werkplezier van de mensen in de zorg te vergroten, en daarmee de te verlenen zorg te verbeteren. Graag krijg ik een reactie op dit punt.

De **voorzitter**:

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

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik ben bewust een beetje achteraan in de rij gaan zitten. Ik had een verwachting van tevoren en die kwam uit. Tegen de tijd dat ik aan het woord zou komen, heeft iedereen zo veel rampspoed over de wijkverpleegkundige zorg uitgestrooid dat we er ongeveer van uit zouden mogen

gaan dat die zorg in Nederland nauwelijks bestaat. Ik zie mevrouw Ellemeet kijken van: dat heb ik toch niet gedaan? Dat klopt. Mevrouw Ellemeet heeft dat niet gedaan. Desalniettemin hebben we veel ellendigs gehoord over hoe erg en verschrikkelijk het allemaal wel niet is. Laat ik daar dus wat anders tegenover zetten. De VVD is er ontzettend trots op dat de vorige coalitie, die nu nog steeds demissionair regeert trouwens, de wijkverpleegkundige teruggebracht heeft in de wijk. De wijkverpleegkundige indiceert nu zelf. Er zit geen indicatieorgaan meer tussen zoals in de tijd van de AWBZ. De enorme hoeveelheid verschillende vinkjes en hokjes zijn we aan het terugdringen. De wijkverpleegkundigen die ik spreek, zeggen: ik heb eindelijk mijn vak weer terug. Daar zijn wij gewoon heel erg trots op.

De wijkverpleegkundige is verschrikkelijk belangrijk in de manier waarop we de zorg hebben georganiseerd, juist omdat we willen dat mensen langer thuis blijven wonen. Dat kraakt en piept ongetwijfeld, want het is best ingewikkeld om ervoor te zorgen dat je altijd precies de zorg kunt krijgen die je nodig hebt, dat die gefinancierd wordt en dat je die snel kunt vinden, maar dat gaat elke dag een stukje beter, ook al wordt hier veel rampspoed verkondigd. Ik deel dat soort verhalen absoluut niet.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Marijnissen een vraag.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Als ik de heer Rutte zo hoor, vraag ik mij af of hij vanochtend de brandbrief van V&VN wel heeft gelezen. Hij begint zijn betoog met een verhaal dat het allemaal hartstikke goed gaat en dat hij trots is. Volgens mij zijn de verpleegkundigen voorop trots op hun vak en mogen ze dat ook zijn, en wij met hen. Maar volgens mij is dat helemaal niet waar het vandaag over gaat. Is het niet een beetje een naar signaal naar een beroepsorganisatie die een brandbrief stuurt? Dat doen ze meestal niet voor niks. Dat doen ze meestal als er echt iets aan de hand is. Als de heer Rutte dan zijn betoog begint met dat het allemaal hartstikke goed gaat, doet hij de beroepsgroep dan niet ontzettend tekort?

De heer Arno Rutte (VVD):

Er zijn absoluut uitdagingen en problemen. Dat zal ik absoluut niet ontkennen. Velen hebben al gedeeld dat er uitdagingen liggen ten aanzien van het vinden van voldoende verpleegkundigen. Dat is écht een uitdaging. Dat speelt overigens niet alleen in de wijkverpleging, maar ook in de verpleeghuizen en de ziekenhuizen; hoe gespecialiseerder, hoe lastiger. Dat deel ik allemaal. Dat mensen die zich bezighouden met dit mooie vak zich daar soms zorgen over maken, deel ik ook. Maar dat is heel wat anders dan doen alsof alles helemaal verkeerd is, alsof verzekeraars verpleegkundigen tot op het bot uitwringen en alsof allerhande mensen structureel zonder zorg komen te zitten. Dat soort verhalen bestrijd ik, want die zijn structureel niet waar. En als ze al waar zijn, hebben andere partijen daar ook geen oplossing voor.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik wil bezwaar maken tegen het feit dat de heer Rutte het verwacht met «trots zijn op». Dat is een punt dat ik graag wil maken. Volgens mij zijn wij met z'n allen ontzettend trots op het belangrijke werk dat zorgmedewerkers doen. V&VN is daar ook ontzettend trots op. Het feit dat juist die organisatie aan de bel trekt, maakt dat ik vind dat wij het ons als volksvertegenwoordigers niet kunnen permitteren om daar niet naar om te kijken. Dan kun je je verhaal niet vertellen vanuit de uitgangspositie dat het allemaal goed gaat. Ze schrijven die brandbrief niet voor niks. Het is geen telefoontje van: goh jongens, let eens op. Het is een brandbrief. Volgens

mij staan we voor grote problemen en past het de VVD – en ons allen overigens – niet om dat een beetje weg te wuiven.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Kennelijk wordt er een open zenuw geraakt als ook de VVD zegt dat we hartstikke trots zijn op de wijkverpleegkundigen en dat we vinden dat de wijkverpleegkundige zorg er veel beter voorstaat dan een aantal jaren geleden. Dat staat los van het feit dat er wel degelijk ook uitdagingen zijn. Ik vind het belangrijk om uit te spreken dat ik echt oprecht vind dat het nu veel beter is en dat we de wijkverpleegkundige veel meer van zijn of haar vak hebben teruggegeven dan in het verleden. Met die stappen ben ik heel blij. Laten we ervoor zorgen dat we dit met elkaar stap voor stap beter maken. Als er knelpunten zijn, zullen we die moeten oplossen. Daar kijk ik niet van weg. Ik heb wel moeite met permanente rampverhalen, want die doen geen recht aan hoe de sector en de wijkverpleegkundigen ervoor staan.

De wijkverpleegkundige zorg is natuurlijk belangrijk voor mensen. Steeds meer mensen willen gebruikmaken van die zorg. Eigenlijk vanaf het moment dat de wijkverpleegkundige zorg naar de Zorgverzekeringswet is overgeheveld, was er de zorg of het wel zou lukken binnen de budgettaire kaders. Er wordt geen eigen risico geheven over deze vorm van zorg. Dat was ook een reden om te denken dat het niet goed zou kunnen gaan. Dan is het opmerkelijk dat die zorg vorig jaar al met al toch binnen de budgettaire kaders is gebleven. Er heeft dus een onderschrijding plaatsgevonden. Op zich is dat positief. Dat biedt ook perspectief en ruimte om de sector samen met verzekeraars zijn weg te laten vinden. Ik ben benieuwd hoe de verzekeraar daarnaar kijkt. Ach, ik bedoel natuurlijk de Staatssecretaris. De verzekeraar? Dat zal allemaal wel.

Ik zou wel een punt willen maken van het volgende. De VVD hecht enorm aan kwalitatief heel goede wijkverpleegkundige zorg. Ik geloof dat goede zorg uiteindelijk leidt tot betaalbare zorg. We zien dat de contracteergraad van de zorg onder spanning staat. Ik krijg steeds vaker signalen dat vooral eenpitters zich niet laten contracteren, maar misschien ook niet te contracteren zijn, en dat er heel weinig sturing is te krijgen op de hoeveelheid geleverde uren en de kwaliteit daarvan. Hoe ziet de Staatssecretaris mogelijkheden om daar toch met elkaar wat grip op te krijgen? Of moet ik dan vooral gaan kijken naar het kwaliteitskader dat op dit moment ontwikkeld wordt?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De laatste zinnen van de heer Rutte nuanceren zijn verhaal. Hij wil ook weten hoe het precies zit, maar ik hoor hem toch zeggen dat het mooi is dat we binnen de budgetten gebleven zijn. Maar een onderschrijding van 194 miljoen voor de wijkverpleging vind ik eerder een heel zorgelijk signaal. Er is een bedrag gereserveerd voor de wijkverpleging. De wijkverpleging is hard nodig; dat blijkt wel uit signalen uit het land. Er blijkt echter veel te weinig terecht te komen bij de wijkverpleging. Ziet de heer Rutte die forse onderschrijding niet eerder als een zorgelijk dan als een positief signaal?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dit vind ik altijd een beetje vreemd. Wat betreft de inkoop van zorg – dat geldt ook bij de wijkverpleging – voorspel ik nu al dat in september de aanbieders gaan zeggen dat het helemaal misgaat en dat ze absoluut niet uitkomen met het budget. Rampspoed! Vorig jaar hebben we daar zelfs debatten over gehad. Het kon allemaal absoluut niet. Maar wat bleek aan het einde van het jaar? Geen overschrijding maar een onderschrijding. Er worden continu rampsignalen afgegeven dat ze er niet uit komen, terwijl de realisatie anders is. Laten we dus ook een beetje voorzichtig zijn en niet altijd maar doen alsof het allemaal heel slecht is. Uiteindelijk zijn we

binnen de budgettaire kaders gebleven afgelopen jaar. Ik denk dat het gewoon een goed signaal is dat het lukt om binnen de budgettaire kaders goede zorg te leveren. Dat wordt anders als geconstateerd moet worden dat mensen noodzakelijke zorg niet krijgen. Dan voldoen we niet aan de zorgplicht. Dan vind ik dat de NZa direct moet ingrijpen, want dat is onacceptabel. Maar als mensen de noodzakelijke zorg krijgen en we onder budget blijven, moeten we daar ook eens tevreden mee zijn in plaats van dat als een probleem te zien.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Twée dingen. De heer Rutte zegt dat mensen tevreden zijn. Volgens mij krijgen we van alle kanten uit het veld signalen dat de wijkverpleging niet toereikend is en dat er behoefte is aan een stevigere positie van de wijkverpleging. Volgens mij is dat waar we naar streven. Dat de aanbieders moord en brand schreeuwen en dat we uiteindelijk met een onderschrijding zitten, komt doordat de aanbieders er weinig over te zeggen hebben. Het zijn immers de verzekeraars die contracteren. Als je moet zeggen hoe de onderschrijding veroorzaakt wordt, komt dat door de zorgverzekeraars. Mijn vraag zou dus eerder zijn: hoe zorgen we ervoor dat er echt voldoende gecontracteerd wordt zodat iedereen de wijkverpleging krijgt die hij nodig heeft?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Met dat laatste ben ik het helemaal eens. Er moet voldoende gecontracteerd worden en iedereen moet de wijkverpleegkundige zorg krijgen die hij of zij nodig heeft. Dat heet zorgplicht. Daar ziet de NZa op toe. Daar móét de NZa ook op toezien. Dat is essentieel. Maar laat ik het omkeren. Als er het afgelopen jaar een heel grote budgetoverschrijding was geweest, had iedereen hier moord en brand geschreeuwd en gezegd dat de budgetten veel te laag zijn en dat het heel erg is. Dat is dus een reden om hier te zeggen hoe erg het is. Nu is er een budgetonderschrijding en dat is dan evengoed voor dezelfde partijen weer een reden om te zeggen hoe erg het allemaal is. Moet ik dan constateren dat het altijd rampspoed is, omdat dat nu eenmaal hier de cultuur is? Nee, een onderschrijding is an sich een goed signaal, tenzij blijkt dat partijen niet aan de zorgplicht voldoen. Als dat gebeurt, moet er opgetreden worden. Sterker nog, dan wil ik ook dat er per direct opgetreden wordt, want dat is onacceptabel.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Volgens mij verbleef de heer Rutte het afgelopen jaar op Mars. Hij sneert over debatten die wij vorig jaar gevoerd hebben over budgetplafonds. Mensen die palliatieve zorg nodig hadden, zijn onterecht in het ziekenhuis overleden, omdat de palliatieve zorg niet vergoed werd door de zorgverzekeraar, die al aan het budget zat. Dat vind ik dus geen onterechte debatten. Dat zijn terechte debatten. Dat is het laatste wat iemand kan doen: kiezen waar hij wil overlijden en wie hij erbij wil hebben. Ik vind het dus schandelijk dat de heer Rutte die opmerking maakt. Dan wil ik gelijk mijn tweede punt maken, want de heer Rutte stortte een heleboel ellende uit. Hij had het over eenpitters die niet gecontracteerd willen worden. Heeft de heer Rutte weleens gevraagd aan die organisaties, dus ook aan die kleine organisaties die niet gecontracteerd worden, waarom dat zo is? Dat is omdat de tarieven die de zorgverzekeraars bieden, zwaar onder de maat zijn. Daar kunnen ze de zorg gewoon niet voor leveren. Maar gelukkig heeft de heer Rutte wel zijn onderschrijding van 300 miljoen, dus dan is alles goed.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik hecht toch wel aan enige zorgvuldigheid. Het punt dat mevrouw Gerbrands maakt over de palliatieve thuiszorg heb ik hier ook nog staan. Dat is een heel specifieke vorm van thuiszorg, waarbij ernstige twijfel

bestond of wel aan de zorgplicht werd voldaan. Dat is inderdaad absoluut onacceptabel. Dat heb ik niet alleen in de pers maar ook in debatten nadrukkelijk uitgesproken. Op dat punt zijn we het gewoon eens. Dat is wat anders dan in zijn algemeenheid continu achter een lobby van aanbieders aanrennen die zeggen: ik heb geen mooi contract; politiek, doe er wat aan. Ik vind dat onverstandig. Voor de toekomst van de zorg moeten we een heel goede balans vinden tussen de belangen van de patiënten en de aanbieders – die zijn extreem belangrijk – en de belangen van degenen die voor die zorg betalen. Dat is een vereiste. Die belangen worden heel zelden hier besproken. Dat zijn organisaties die niet apart lobbyen. Er is maar een beperkt aantal verzekeraars. Het gaat om de balans. Ik vind het onverstandig om altijd maar aan één kant van de medaille te hangen in de zorg. Dat maakt je misschien heel populair, maar het brengt de zorg in gevaar. Ik doe daar niet aan mee.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Er wordt nu wel een hoop duidelijk. Volgens de heer Rutte betalen de zorgverzekeraars voor de zorg, maar volgens mij zijn wij dat. Als ik heel eerlijk mag zijn: ik loop liever achter de lobby van de zorgaanbieders aan dan achter de lobby van de zorgverzekeraars. Ik heb geen antwoord op mijn vraag gekregen over de organisaties die niet gecontracteerd worden en de tarieven die geboden worden. Heeft de heer Rutte zich daar weleens in verdiept? Niemand kan hier met droge ogen beweren dat je als zorgaanbieder maar ja en amen moet zeggen tegen tarieven die af en toe 75% onder de kostprijs zitten.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik spreek wel degelijk met iedereen, ook in het veld. Ik krijg vaak als signaal dat mensen de contractering vervelend vinden omdat ze dan aan allerlei eisen moeten voldoen. Ze werken nog liever voor 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dat, 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief, is namelijk hetgeen men uitbetaald krijgt, dus veel minder dan wanneer je een contract hebt. Als mensen daarvoor kiezen, is het mijn zorg dat dit wellicht kan leiden tot overproductie, dus dat men te veel zorg levert, meer dan nodig is. Daar wordt niemand beter van. Ik wil juist dat er een goede dialoog is tussen de verzekeraar en de aanbieder, gericht op kwaliteit, zodat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Laat duidelijk zijn: daarin is alles van belang. Het is essentieel dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Die moet kwalitatief goed zijn en we moeten die met elkaar kunnen betalen. Ik vind het altijd heel raar als hier wordt gezegd dat ik praat namens zorgverzekeraars. Nee, dat interesseert me helemaal niks. Ik praat wel mede namens de premiebetaler. Dat zijn we allemaal. Als we die balans niet bewaken, komt de zorg in gevaar. Daarin staat de zorgplicht voorop. Het is geen zorggunst, het is niet iets wat je eventueel kunt doen, nee, het is een zorgplicht. Daar ga ik straks nog verder op in in mijn betoog. Ik meen echter dat er nog meer vragen zijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik ga kijken of we elkaar misschien kunnen vinden, want heen en weer hakketakken leidt niet tot oplossingen. Ik hoorde de heer Rutte net iets heel interessants zeggen, namelijk dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Als er niet voldoende zorg wordt ingekocht met de erbij behorende kwaliteit, moet er opgetreden worden. Uit de monitor wijkverpleging blijkt bijvoorbeeld dat voor casemanagement dementie te lage tarieven worden betaald. Dat zegt de NZa. In het AO Dementie hebben we daar drie mogelijke oplossingen voor gezien: we maken er een aparte aanspraak van, we komen tot minimumtarieven of we vragen de NZa om een aanwijzing te geven. Welke van de drie wil de heer Rutte?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik neem iets meer tijd voor het ingaan op deze interruptie, maar in mijn antwoord neem ik ook een deel van mijn betoog mee. Daarmee besparen we wat spreektekst. Het gaat niet alleen om casemanagement dementie, maar het gaat ook, zoals mevrouw Gerbrands al zei, over de palliatieve thuiszorg. De intensieve kindzorg is ook een specifiek onderdeel, evenals de verpleegkundige topzorg, bijvoorbeeld wondzorg. Dat is heel hoogwaardige, intensieve en complexe wijkverpleegkundige zorg. Ik krijg veel signalen dat die onder grote druk staat. Dit heeft voor een deel te maken met wat wij hier in de Kamer willen, namelijk minder tarieven of één tarief en minder vinkjes. We hebben vanuit de Kamer tegen de Staatssecretaris gezegd: doe dat nou. Als blijkt dat daardoor de inkoop van die heel specifieke vormen van zorg onder de maat blijft, vind ik dat heel zorgwekkend. Dat wil ik heel graag anders. Ik vind het van belang dat er in de tariefstructuur ruimte komt voor de inkoop van die heel zware specifieke vormen van zorg. Daar wordt op dit moment aan gewerkt. Dat is ook noodzakelijk voor alle categorieën die ik heb genoemd, maar ik had ook andere kunnen noemen. We moeten dus komen tot een nieuw tarief. Er wordt gewerkt aan een nieuw tariefmodel. Ik heb er wel vertrouwen in dat dit goed komt, maar ik vraag me wel af wat dit betekent voor de inkoop per 2018 en of we met zekerheid kunnen stellen dat het dan voor elkaar is. Daar maak ik me zorgen over. Dit is een deel van mijn betoog, maar volgens mij ook een antwoord op de vraag van mevrouw Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Nee, want dat betekent dat je het voor je uit schuift. Volgens mij hebben we net gelezen dat dat nieuwe tarief er helemaal niet komt. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft gezegd dat zij alleen gaat indexeren, omdat het te ingewikkeld is. Dat indexeren gaat dus over de inkoop voor 2018. Dat is het enige wat er gebeurt, met een procentje of zo. Dat lost dus helemaal niks op. Ik herhaal dus mijn vraag. Niet alleen wij hebben dit geconstateerd, maar zelfs de Nederlandse Zorgautoriteit, die erover gaat, constateert dat de tarieven te laag zijn, waardoor niet geleverd kan worden wat er geleverd moet worden. Ik heb casemanagement dementie genoemd, maar er zijn meerdere voorbeelden. Ik ben ontzettend op zoek naar wat we gaan eisen van deze Staatssecretaris. Ik wil daar graag samen met de VVD naar kijken. In het vorige overleg, met mevrouw Hermans, leek daar ook ruimte voor te zijn. Wat gaan we vandaag eisen van deze Staatssecretaris? Er zijn drie opties: minimumtarieven, een aparte aanspraak met een bijbehorend tarief of de Staatssecretaris vragen om de NZa te vragen om een aanwijzing te geven. Welke van deze drie? Welke andere? Ik wil echter niet horen dat we gaan monitoren. Dan weet ik het al. Dat ligt al op tafel en daarvan zegt de NZa dat het onvoldoende is.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Er zit weinig licht tussen wat mevrouw Hermans hierover gezegd heeft en wat ik zeg. Ik vind het cruciaal dat deze zorg ingekocht wordt. Daarvoor is het noodzakelijk dat voor die zorg een fatsoenlijk tarief wordt betaald. De zorgverzekeraar heeft ook de plicht om dit daadwerkelijk te doen. De NZa heeft de plicht om erop toe te zien dat dit gebeurt. Als de NZa constateert dat er onvoldoende wordt ingekocht, moet ze ingrijpen en moet ze komen met een aanwijzing of iets wat daarop lijkt. Ik vind dat de verzekeraars de dure plicht hebben om dan zelf maar tot een diversifiëring van het tarief te komen, om er zo voor te zorgen dat deze zorg geleverd kan en gaat worden aan iedereen die er gebruik van wil of moet maken per januari 2018. Iedereen moet daar toegang toe hebben. Volgens mij is daar geen woord Spaans bij. Ik ben wel heel erg tegen een aparte aanspraak in de Zorgverzekeringswet, omdat dit een gebed zonder eind is. Dan begin je met de casemanager dementie, maar voordat je het weet, heb je een aparte aanspraak palliatieve zorg of intensieve kindzorg. Dat lijkt me

onverstandig. Ik wil een en ander wel graag bundelen onder de wijkverpleegkundige zorg. Het is essentieel dat daarvoor fatsoenlijke tarieven worden betaald en dat die voldoende wordt ingekocht. Het gevoel dat de NZa soms wat te veel achteroverleunt, deel ik met velen hier. Dat mag allemaal wel wat scherper aan de wind.
Voorzitter, tot slot.

De **voorzitter**:

Nou, voordat u verdergaat, hebt u nog een vraag van mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

We hebben laatst een AO gehad dat met name ging over casemanagement dementie. Toen hebben we echt met moeite voor elkaar gekregen – ik kan me dat nog goed herinneren – dat de Staatssecretaris in overleg gaat met de NZa en gaat bespreken of er signalen zijn. We hebben dat voor elkaar gekregen voor casemanagement dementie, maar is de heer Rutte het ermee eens dat het goed zou zijn als die andere specifieke groepen, zoals intensieve kindzorg en wondzorg, meteen in het hele pakket meegenomen worden? De zorgen hierover zijn te vergelijken met de zorgen over casemanagement. Wat vindt de heer Rutte daarvan?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik kan wel even voorlezen wat er in mijn bijdrage staat: ik wil van de Staatssecretaris weten wat hij gaat doen om te borgen dat deze specialistische vormen van specialistische thuiszorg gecontracteerd kunnen blijven worden en op die manier beschikbaar blijven voor patiënten. Ik vind dus dat de Staatssecretaris het gesprek moet aangaan en zich ervan moet verzekeren dat die zorg volgend jaar beschikbaar is voor iedereen die er gebruik van wil maken en dat die zorg aangeboden kan blijven worden. Dat is wel een beetje een zorg. Ik denk aan de wondzorg. Een mooi voorbeeld is de specialistische wondzorg van het UMCG (Universitair Medisch Centrum Groningen). Ze hebben echt hooggekwalificeerde specialisten. Als die worden ingekocht en naar een patiënt gaan, zul je zien dat de wond veel sneller geneest. De totale kosten vallen dan waarschijnlijk wel mee. Ze worden echter geconfronteerd met een gemiddeld tarief en daarvoor kunnen ze het niet doen. Er moet dus echt wat gebeuren in de tarifiering en in de inkoop.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben blij dat de heer Rutte vindt dat de Staatssecretaris in actie moet komen richting de NZa en de andere onderwerpen daarin mee moet nemen. Dat begrijp ik uit zijn woorden. De Staatssecretaris heeft vorige week toegezegd om de Kamer hierover in de zomer, of zelfs voor de zomer, te informeren. Voor vandaag zelfs, hoor ik. Kijk eens aan. Het lijkt me heel erg goed om daarin de vraag mee te nemen hoe de gesprekken geweest zijn. Mevrouw Keijzer heeft namelijk wel gelijk. Je kunt iets doen met de aanspraken, maar daar is de NZa niet zo enthousiast over. Minimale tarieven lijken me ook niet zo handig. Dan blijft over een actie van de Staatssecretaris en de NZa om die goede tarieven voor elkaar te krijgen.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat ben ik met mevrouw Bergkamp eens. Ik ben benieuwd naar de reactie van de Staatssecretaris. Ik ken hem als een man die dit soort toezeggingen uiteindelijk gestand doet. Ik neem aan dat we dit zo te horen krijgen. Ik ben er benieuwd naar.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ja. Ik wil mij tot slot aansluiten bij wat mevrouw Ellemeet zei over domotica en e-health. Ik ben het daar enorm mee eens. Er zijn heel mooie projecten op het gebied van zorg op afstand die ertoe leiden dat mensen snel toegang hebben tot een wijkverpleegkundige als dat nodig is. Soms kan dat via een beeldverbinding, bijvoorbeeld om te ondersteunen bij complexe medicatie. Die initiatieven zijn er her en der wel, maar die ondervinden vaak last van het niet goed van de grond komen van de inkoop en noem maar op. Als die dingen wel gebeuren, kunnen ze enorm helpen om niet alleen de zorg voor de patiënt veel aangenamer en sneller toegankelijk te maken, maar ook om een deel van de problematiek van het personeelstekort in de toekomst op te lossen. Ik ben heel benieuwd of de Staatssecretaris mogelijkheden ziet om hier wat meer aandacht aan te geven, ook in de inkoopvoorwaarden die de zorgverzekeraars hanteren. Voorzitter, hier wil ik het bij laten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Keijzer.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Ik gooi mijn inbreng even helemaal om en ik ga door op waar mijn interruptie net over ging, namelijk de monitor wijkverpleging. Tijdens het AO Casemanagement dementie heb ik hier al uitgebreid over gesproken. Ik zou dat vandaag kunnen herhalen, omdat casemanagement dementie een onderdeel is van wijkverpleging. De problemen daar gelden eigenlijk voor de complete wijkverpleging.

Mijn inbreng in dat AO ben ik begonnen met de vraag of er geen minimumtarieven moeten komen. De eerste termijn ben ik geëindigd met de vraag of er niet een aanwijzing moet komen. Ik heb uiteindelijk een motie ingediend waarin ik heb voorgesteld een aparte aanspraak te maken. Ziedaar de drie opties die er zijn. De motie heb ik aangehouden in afwachting van vandaag, van wat de Staatssecretaris gaat doen. Hij zou met de NZa spreken. Dat is nodig, want de Nederlandse Zorgautoriteit zegt zelf al in de monitor dat te scherp – lees: te goedkoop – inkopen ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg en daarmee van de deskundigheid van het personeel. Dan kom je volgens mij uiteindelijk in de knoei met je zorgplicht, want je kunt niet leveren conform de bestaande kwaliteitsstandaarden en aanspraken.

Wat is er vervolgens gebeurd? Ik heb het al gezegd. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft besloten de tarieven voor de wijkverpleging niet te herijken. Hier was een discussie over: een en ander was te laag voor het een en te hoog voor het ander en het was in ieder geval niet passend, dus er moest herijkt worden. Maar nee, voor 2018 gaat er geïndexeerd worden. Wij gaan ervan uit dat het ministerie betrokken is bij deze beslissing. Wij horen vandaag graag gedetailleerd waarom dit besluit is genomen. Vindt de Staatssecretaris niet dat dit haaks staat op de uitkomst van de NZa-monitor? Zo lossen we het probleem namelijk niet op. In de brief waarin al onze vragen over de verpleeghuizen beantwoord werden, staat ook iets over casemanagement dementie, op pagina 29 en 30 bovenaan. Zorgverzekeraars moeten zorg inkopen zodat de kwaliteit van de ingekochte zorg wordt geborgd. De NZa ziet daarop toe. Dus nogmaals mijn vraag: wanneer gaat de NZa handhaven? Ik krijg graag een reactie hierop van de Staatssecretaris.

Ik kom op het pgb in de Zorgverzekeringswet voor het onderdeel wijkverpleging. We zien dat er een dalende trend is wat het aantal budgethouders betreft. Dat was vorig jaar ook al zo. Ik stel de vraag maar een beetje plat, maar dan is die wel duidelijk: is er sprake van een ontmoedigingsbeleid? Ik krijg graag een reactie van de Staatssecretaris. Ik ga terug naar het begin, het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging. Er komt 170 miljoen bij, of eigenlijk valt de bezuiniging lager uit, en dat is goed.

Dat is namelijk nodig. Lost dit echter de vele problemen in de wijkverpleging op? Volgens de CDA-fractie is het allergrootste probleem het tekort aan verpleegkundigen: in de ziekenhuizen, in de verpleeghuizen en in de wijkverpleging. Hoeveel mensen zijn er nou in deze drie sectoren nodig? 50.000 in vier jaar in de verpleeghuizen, lezen we. En verder? Ook in de intensieve kindzorg is er een groot tekort. Er komt een plan van aanpak. Wanneer? Hoeveel mensen zijn er nodig? Komt dit goed? Elk jaar doen zo'n 180.000 jongeren eindexamen, van wie 100.000 jongens en meiden op het vmbo. De helft daarvan zijn meisjes, en het zijn helaas nog steeds meestal meisjes die instromen in de verpleging. Hoeveel moeten er een zorgopleiding gaan doen? Is de vergrijzing onder het verpleegkundig personeel meegenomen? Hoeveel zwaaien er de komende jaren af? Ik citeer uit een mail van V&VN, en als je dit leest, denk je dat dit niet meer goed gaat komen: bij een wijkzorgorganisatie staan op dit moment honderden diensten in de vakantieperiode open, terwijl de uitzendbureaus al zijn leeggetrokken. Ik maak me echt grote zorgen. Wat gaan we hier nou aan doen?

Tot slot: het indiceren of herindiceren van de budgethouders door de wijkverpleegkundigen. Dat is een lang traject. Probeer maar eens een verpleegkundige te vinden die het wil en kan, terwijl snel acute zorg benodigd is. Dit is geen nieuw punt, het loopt al sinds de overheveling van de wijkverpleging naar de zorgverzekeraars. Hoe gaan we dit nou oplossen? Een budgethouder staat er toch niet alleen voor?

De voorzitter:

U hebt nog twintig seconden.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dit is het. Anders heb ik nog een tweede termijn.

De voorzitter:

Daarmee zijn we aan het eind van de eerste termijn van de kant van de Kamer gekomen.

De vergadering wordt van 14.38 uur tot 14.50 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef de Staatssecretaris graag de gelegenheid voor de beantwoording in eerste termijn. Met de leden spreek ik af dat ik twee interrupties zal toestaan. Hopelijk hebben wij ook voldoende tijd voor een tweede termijn.

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Ook vandaag is in vele toonaarden gezegd dat de wijkverpleging een ongelofelijk waardevol instrument is in de zorg, namelijk om de zorg dicht bij de mensen te brengen die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Ik heb zelf ook in vele toonaarden gezegd dat de wijkverpleging het speerpunt is van de verandering in de zorg, namelijk om de zorg weer de menselijke maat terug te geven. Daarom vind ik het ook ongelofelijk belangrijk dat de wijkverpleegkundige zijn of haar werk kan uitvoeren met de nodige ruimte en vrijheid, want dat is een van de belangrijkste verworvenheden die wij de afgelopen periode misschien nog niet helemaal hebben bereikt, maar wel met elkaar in gang hebben gezet. Ik ben ook blij dat het bestuurlijke akkoord, dat eigenlijk een financieel tussenakkoord is voor 2018, niet alleen gaat over het geld, maar juist ook over al die andere onderwerpen die zo van belang zijn om knelpunten die er nog zijn, op te lossen en om te bekijken of we de toekomst van het vak verder vorm kunnen geven. De komende jaren zullen de partijen zich dus inzetten voor de verdere ontwikkeling van het vak. Ook zullen zij de ontwikkeling van het vak van wijkverpleegkundige verder mogelijk maken.

Laten we even kijken naar het bestuurlijke akkoord. Daar staan enkele elementen in, zoals de ontwikkeling van de kwaliteit – daar had ik het net over – de arbeidsmarkt, die erg van belang is, de contractering, de rol van de Zorgautoriteit, de samenwerking met gemeenten en ook het casemanagement dementie. Eigenlijk hebben de Kamerleden daar in wisselende samenstelling allerlei vragen over gesteld, dus ik denk dat ik die onderwerpen zo maar even zal aflopen.

Ik begin met de arbeidsmarkt. Hoe goed we ook bezig zijn om ervoor te zorgen dat de ontwikkeling van het vak plaatsvindt, de arbeidsmarkt is inderdaad een van de grote vraagstukken die we de komende periode, niet alleen in de wijkverpleegkundige zorg maar in zijn algemeenheid, voor de kiezen gaan krijgen. Om die reden ondernemen wij een aantal acties, ook om gewoon goed in beeld te krijgen waar de knelpunten en de witte vlekken zitten. De arbeidsmarkt speelt vooral een rol op regionaal niveau. Onder andere met het zorgpact stimuleren wij de samenwerking tussen onderwijs en arbeidsmarkt, want de onderwijsinstellingen en de zorgaanbieders werken nog te veel langs elkaar heen. Wij zorgen er nu met dat zorgpact voor dat er gezamenlijke afspraken gemaakt worden over de opleidingen, de instroom en de stages, zodat dat gemakkelijker en op een veel adequatere manier gaat. VWS ondersteunt de partijen actief, bijvoorbeeld met het stagefonds, waar 112 miljoen per jaar in zit. Wij hebben ook gezegd: zou het niet goed zijn om naast het zorgpact sectorbreed met alle partijen om tafel te gaan zitten om een arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector te ontwikkelen? Je moet namelijk niet in elkaars vijver vissen, dus iedereen met een andere worm en haak in dezelfde vijver, maar bekijken of je bijvoorbeeld een gemeenschappelijk doorstroomperspectief kunt maken. Daarin is er geen concurrentie tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen en wijkverpleging. Wij moeten dat meer als eenheid gaan benaderen. Ik ben daar positief over gestemd. Ik denk dat zowel werkgevers als werknemers dat belang zien.

We zijn nu ook met al die partijen bezig om te bekijken of we tot een gezamenlijke arbeidsmarkt kunnen komen. Enerzijds hebben we afspraken tussen zorgopleidingen en zorgaanbieders. Anderzijds moeten wij op regionaal niveau goed in beeld zien te krijgen waar de witte plekken zitten en welke gaten er zijn. Verder moeten wij samen met de beroepsgroep bekijken hoe we dat in de komende periode niet in concurrentie maar veel meer in samenwerking met gemeenschappelijke doorontwikkelpaden voor elkaar kunnen krijgen. Daar zetten wij op in. Wij zullen binnenkort, wat mij betreft ook nog in de demissionaire periode, bekijken of we de gezamenlijke arbeidsmarkt nog verder kunnen vormgeven. De eerste stukken daarover heeft de Kamer al gekregen. Het is een heel belangrijk punt, maar ik heb niet de illusie dat we dat allemaal met een toverstafje kunnen oplossen. Daarvoor zal nog heel veel water naar de zee stromen. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de korte termijn. Dit zijn als het ware noodzakelijke voorwaarden om ervoor te zorgen dat de arbeidsmarkt voor de zorg aantrekkelijker wordt. Het moet het aantrekkelijker worden om daar te werken en mensen moeten dat ook weten. Waar ik mezelf heel erg druk over kan maken, is dat we mensen aan het opleiden zijn maar dat deze mensen pas als ze stage lopen of aan het werk gaan, zeggen: oh, ik wist niet dat het dát werk was. Dat moet echt veel dichterbij elkaar komen.

Maar ik ben me er natuurlijk zeer van bewust dat dit niet hét antwoord is op problemen die op korte termijn, rond de zomer, zullen spelen en waar V&VN op heeft gewezen. Ik denk dat daar drie stappen voor nodig zijn, maar ik heb geen toverstaf. Er zal op regionaal niveau bekeken moeten worden waar plussen en minnen zitten, zodat partijen elkaar kunnen helpen. Ik zal de Zorgautoriteit vragen om in het kader van de afspraak met de wijkverpleging een rapid response team in te richten om partijen bij acute knelpunten heel snel bij elkaar te brengen. Waar dat het geval is, zal er bijgecontracteerd moeten worden zodra de zorg onder druk komt te

staan. Dat levert niet meer mensen op, maar als er gaten ontstaan, moet je de capaciteit snel kunnen uitbreiden, als geld het probleem zou zijn. Dit zijn de drie stappen: regionaal in kaart brengen, rapid response team van de Zorgautoriteit en bijcontracteren als geld het probleem is. Ik denk dat dit op de korte termijn een aantal instrumenten biedt. Wij moeten dat heel scherp in de gaten houden in het besef dat het arbeidsmarktprobleem niet iets is van de korte termijn, maar echt van de langere termijn. Daar zullen wij in de komende periode heel veel aandacht aan moeten geven.

De voorzitter:

Was dit het einde van het blokje arbeidsmarkt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Het gebeurt niet vaak, maar ik ben het eens met alles wat de Staatssecretaris zegt.

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

Alles?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ja, ik heb alleen nog een aanvullende vraag, mijnheer Van der Staaij. Ik herken het dat mensen een zorgopleiding doen en uiteindelijk in jaar vier, als ze stage gaan lopen, denken: dit was niet helemaal wat ik voor ogen had. Een nog groter probleem is dat mensen die stage gaan lopen, vanwege de chaos ineens dubbele diensten of gebroken diensten moeten gaan meedraaien. Anders kunnen ze niet begeleid worden, doordat het probleem op de arbeidsmarkt zo groot is. Die stagiaires haken daardoor af. Hoe gaan wij ervoor zorgen dat de basis op orde is, voordat we dat hele traject instarten? Als de basis niet goed is, houd je mensen niet vast. Dan kun je een heleboel afspraken maken en nog zo veel regelen, maar als mensen schrikken van de werkdruk of de arbeidsomstandigheden als gevolg van het tekort aan personeel, haken ze alsnog af.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik kan niet anders dan een antwoord geven in de trant van en-en. Wij moeten ervoor zorgen dat de kwaliteit van de basis op orde is. Daarom werken wij aan de kwaliteit van de verpleeghuizen, zoals u weet, en aan de verdere kwaliteit van de wijkverpleging. Wij zorgen er ook voor dat zorgaanbieders en zorgopleidingen veel beter met elkaar communiceren en dat men over en weer kan begeleiden. Vaak is het verhaal namelijk: we willen wel meer leveren, maar er is geen begeleiding. Nou, laten we daar dan afspraken over maken. Je ziet ook steeds meer dat zorgopleidingen en zorgopleiders bij de zorgaanbieder zelf aan het opleiden slaan. Ik ben het in hoofdlijnen eens met de opmerking die mevrouw Gerbrands maakt. Dat komt ook niet zo vaak voor.

Het is ook zo – dat vind ik op zichzelf bemoedigend – dat mensen die een stage gaan lopen, dus meelopen met de wijkverpleging of in een verpleeghuis, zeggen: goh, ik wist niet dat dát het werk was en dat het zo mooi was; dat had ik op mijn opleiding niet gehoord, maar nu ervaar ik hoe het is. Aan het eerder laten ervaren hoe dat werk is, zitten ook prachtige kanten. Als we die slag kunnen maken, zouden we echt meters maken. Daar zijn we heel hard mee bezig.

De voorzitter:

U bent het helemaal eens. Dat is ook een moment om te markeren.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik moet er een beetje aan wennen, voorzitter.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Heel eng, dit.

De **voorzitter**:

Ik zeg niks.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik voel me bijna bezwaard om hier tussen te komen, want straks is het weg, terwijl het nu zo mooi aan het groeien is. Ik ben het eens met mevrouw Gerbrands dat je heel veel kunt sleutelen als de basis niet goed is. De Staatssecretaris zegt dat we wat meer gaan uniformeren en dat het niet uit zou mogen maken of je in een ziekenhuis, in een verpleeghuis of in de gehandicaptensector werkt, maar toch zie je grote verschillen. Ik doel bijvoorbeeld op het aanvangssalaris, loopbaanmogelijkheden, werkdruk, stagevergoeding en begeleiding. Ik zou heel graag willen dat we daar nu zo snel mogelijk afspraken over maken. Ik houd me nu vier jaar met dit onderwerp bezig en ik voel een soort herhaling in de zaken die ik vraag aan de Staatssecretaris en ook in wat de Staatssecretaris zegt. Ik vind de brandbrief van V&VN een signaal om nu echt in actie te gaan en het bijvoorbeeld gelijk te trekken, want er zijn nog altijd verschillende cao's. Je zou je kunnen afvragen of je daar ook niet eens heel kritisch naar moet kijken.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ja, dat is overigens een van de redenen waarom ik aan partijen met enige nadruk heb verzocht om tot een gezamenlijke agenda te komen en niet met een agenda voor elke sector afzonderlijk. Dat leidt tot de vraag: hoe zit het dan met onze opleiding en onze arbeidsvoorwaarden? De sociale partners moeten dat doen, maar je moet spreken over de vraag of dat een belemmering is voor de betere doorstroming en voor de aantrekkelijkheid van het vak. De integrale agenda is er niet voor niks. Gelet op de arbeidsmarktproblematiek is de tijd bijna op waarin ieder kan denken dat hij dat voor zich kan oplossen. Dat zal niet het geval zijn. Je zult het dus gezamenlijk moeten doen. Ook mogen er geen taboes zijn. Je moet dus ook kijken naar cao's en arbeidsvoorwaarden en bekijken waar je grensoverschrijdend moet werken. Ik heb gemerkt dat het soms best snel kan gaan. Een aantal zorgopleidingen in regionaal verband maakt bijvoorbeeld aan de basis helemaal geen onderscheid in de opleiding. Daar gaat men pas later specialiseren. Aan de basis bieden zij iedereen de mogelijkheid om met alle kanten van het vak kennis te maken in ziekenhuizen, verpleeghuizen en wijkverpleging, zodat studenten daar veel eerder een beeld van krijgen. Ik vind de eerste berichten hierover heel positief. Maar in antwoord op de vraag van mevrouw Bergkamp zeg ik: ja, ik voel de urgentie ook. Precies om die reden wil ik tot een integrale agenda komen. Dat moet gebeuren samen met werknemers en werkgevers, omdat hier ook cao-aspecten aan zitten. Daar gaan we niet over, maar die horen hier wel bij.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik ben blij dat de Staatssecretaris zegt dat er geen taboes zijn. Dat spreekt D66 aan. Ik ga ervan uit dat de aanvangssalarissen en al die concrete onderwerpen onderdeel zijn van de arbeidsmarktagenda. Aan de Staatssecretaris vraag ik om de input van studenten mee te nemen. Waarom kiezen ze voor de ene sector en niet voor de andere als ze eenmaal stage lopen? Wij moeten die input meenemen, want dan krijgen we echt input vanuit de praktijk in plaats van een theoretisch model. Is de Staatssecretaris bereid om de input van studenten en stagiair(e)s mee te nemen? Kan de Staatssecretaris iets zeggen over het vervolgproces? Wanneer hoort de Kamer iets over de arbeidsmarktagenda, die volgens mij heel waardevol is?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Op wat mevrouw Bergkamp zei over de input van studenten, zeg ik volmondig: ja. Zij hebben de meest recente ervaringen. Zij zijn tegen zaken opgelopen en hebben van alles ontdekt. Wij hebben al wat gesprekken met hen gevoerd. Die zullen wij inderdaad voortzetten. Partijen zijn al heel ver met de gezamenlijke integrale agenda. Er lopen ook nog wat over-en-weerdiscussies over de relatie tussen die agenda en de cao-tafels. De bonden denken daar nog verschillend over. Ik wil daar nog wat gesprekjes over voeren. Kortom, ik hoop dat wij deze maand nog iets kunnen laten zien van de arbeidsmarktagenda, maar ik ben wel een beetje afhankelijk van partijen. Willen zij dat gezamenlijk?

Nu kom ik op het punt van de kwaliteit. Er zijn in het hoofdlijnenakkoord enkele bestuurlijke afspraken gemaakt over de kwaliteit en de ontwikkeling van het vak. Wat ik zelf heel belangrijk vond en vind, is de vraag of verpleegkundigen daar nou wat aan hebben. Wij maken een bestuurlijk akkoord met allemaal bestuurlijke partijen, maar we doen dat voor de verpleegkundigen. Ik wil weten of dat herkend wordt. De reactie was dat dit precies de onderwerpen zijn waar het om gaat. Want verpleegkundigen willen graag de ruimte hebben. Zij willen graag meer vrijheid en ruimte krijgen. Iedereen waardeert het zeer dat men zelf de indicaties kan doen en dat daar meer ruimte voor is. De heer Rutte zei inderdaad terecht dat veel verpleegkundigen zeggen: voor een belangrijk deel krijg ik mijn vak weer terug. Dat neemt niet weg dat er nog problemen zijn. De administratieve lasten zijn al genoemd. Maar de wijkverpleegkundigen zeggen ook: het indiceren is een zware taak en daar moeten wij reflectietijd voor hebben, evenals tijd voor onderlinge intervisie. Ook moeten daarvoor kwaliteitsstandaarden worden gemaakt, want de wijkverpleegkundigen moeten eerder ziektebeelden herkennen en bekijken welke interventies daarop kunnen worden ingezet. Ik heb mij ervan laten overtuigen dat de ontwikkelagenda die met partijen is afgesproken, veel draagvlak heeft bij de wijkverpleegkundigen zelf. Ze worden niet alleen ondersteund in hun indicatietaak, maar ook in de ontwikkeling van het vak, de expertise en de kwaliteitsstandaarden. Die kunnen vervolgens weer een rol spelen bij de zorginkoop. Wij moeten, net zoals het in andere delen van de zorg gaat, zo veel mogelijk vrijheid laten aan de beroepsbeoefenaren om met elkaar de kwaliteit te bepalen. Verder kun je de standaarden voor het vak, het toezicht en de inkoop aanreiken, nadat die zijn getoetst op doelmatigheid, efficiency en geld. Op die manier gaan wij een volgende fase van de wijkverpleging in. Ik ben blij dat wij in het hoofdlijnenakkoord ook kwaliteitsafspraken hebben kunnen maken.

Er is een aantal opmerkingen gemaakt over het budgettaire kader. Ik ben blij dat partijen het budgettaire kader voor de komende periode met elkaar hebben ondertekend. Zij zeggen: hier gaan we het mee doen. Daar zitten wel een paar kanttekeningen bij die aansluiten bij de vragen die de Kamer ook gesteld heeft. Enerzijds werd gevraagd: hoe zit het dan precies met de inkoop en de contractering? Ik kom daar straks uitgebreider op terug. Anderzijds is er het fenomeen van de ongecontracteerde zorg. De heer Rutte wees daarop. Dan kom je een beetje in een spagaat terecht, want er wordt veel effort gestoken in inkoop, contractering en gecontracteerde zorg, terwijl de ongecontracteerde zorg toeneemt, met alle risico's van dien. Het kan dan gaan om de kwaliteit of, zoals mevrouw Gerbrands schetst, er kan een veel te lage prijs worden afgesproken, die het totaal ondermijnt, zodat je over het geheel vershraling van zorg zou krijgen. Om die reden hebben partijen afgesproken om hier dieper in te duiken. Wat zit er achter die ongecontracteerde zorg? Wordt dit gedaan vanwege het gedoe, dus omdat men geen contracten wil afspreken of gebeurt dit, omdat men bewust onder de prijs wil gaan zitten, omdat men het niet zo nauw neemt met de kwaliteit? Dat zou echt heel verkeerd zijn. Daarom wordt daar apart onderzoek naar gedaan.

Ik kom nu op inkoop en contractering. Ik denk dat er een paar zaken spelen.

De voorzitter:

Hebt u een vraag over het vorige punt, mevrouw Gerbrands?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik hoor de Staatssecretaris iets zeggen over onderzoek. Wat voor onderzoek? Wanneer? Hoe? Krijgen wij dat ook?

Staatssecretaris **Van Rijn:**

Jazeker. Dat zal ik uiteraard aan de Kamer doen toekomen. Partijen vinden het noodzakelijk om meer zicht te krijgen op de aard, oorzaak en omvang van de ongecontracteerde zorg. Ik heb niet precies voor ogen om wat voor tijdschema het gaat, want partijen hebben dit net afgesproken in het akkoord, maar zodra dit er is, zal het uiteraard aan de Kamer toegezonden worden.

Dan kom ik op de inkoop en de contractering. Als je de twee partijen vraagt wat ze ervan vonden en de zorgverzekeraars zeggen dat ze het eigenlijk wel goed vonden gaan, terwijl de zorgaanbieders zeggen dat ze het niet goed vonden gaan, kan dat niet allebei waar zijn. Maar misschien is het allebei wel niet het geval. Ik denk dat er van alles speelt. Enerzijds kopen zorgverzekeraars wijkverpleging in, inclusief de aanspraak casemanagement dementie, en gaan zij ervan uit dat dit in de praktijk goed plaatsvindt. Anderzijds speelt de tariefdiscussie, waar de Zorgautoriteit op heeft gewezen. Als je dieper hiernaar kijkt en je je afvraagt waarom wij er zo weinig zicht op hebben, zie je dat dat zo is, omdat er eigenlijk nog vrij weinig informatie is over bijvoorbeeld de dementievraag. Wij hebben met een aantal mensen hierover gesproken. Zij zeggen: wij weten wat wij willen en er is ook een zorgstandaard waar wij op inkopen, dus wij willen dit wel, maar als je ons vraagt of casemanagement wordt aangeboden, hoeveel mensen aanspraak maken op het casemanagement en wat mensen daarop zeggen, zijn daar maar weinig facts and figures over. Om die reden hebben alle partijen aan de Zorgautoriteit gevraagd om voor hen te regelen dat de uitvraag hierover gestandaardiseerd wordt. Dan weet men heel scherp: zoveel maal komt wijkverpleging dementie voor, op deze wijze is casemanagement aangeboden en op die manier kunnen wij volgen of er voldoende wordt ingekocht. De indruk is nu dat er op papier misschien wel voldoende wordt ingekocht, maar dat dit in de praktijk onvoldoende wordt gerealiseerd. Dat is het eerste punt. Het tweede punt dat we met de Zorgautoriteit hebben besproken, is zo'n beetje het derde model van mevrouw Keijzer. Als een aparte aanspraak eigenlijk geen toevoeging is, omdat dit al in de aanspraak zit, en als een aparte prestatie eigenlijk tot meer lasten en administratie leidt, zonder dat die iets oplost, hoe regelen we dan dat we dit wel goed volgen en dat in de praktijk gebeurt wat er moet gebeuren? Daarover hebben wij met de Zorgautoriteit nadere afspraken gemaakt. We zorgen ervoor dat het toezicht niet alleen gericht wordt op de inkoopdocumenten – heb je wel voldoende ingekocht? – maar dat ook in de praktijk wordt bekeken of dit daadwerkelijk plaatsvindt. Er is een transparantieplichting: hoeveel mensen met dementie worden bereikt, wat is er ingekocht en is casemanagement aangeboden? Daarnaast kijken we ook naar de wachtlijsten. Daar gaan we op af. Ook zorgen we samen met Alzheimer Nederland ervoor dat er een meldpunt is waar klachten gemeld kunnen worden. De Zorgautoriteit gaat naast de algemene monitor ook de afspraken met de zorgverzekeraars apart volgen om te zien of er in de praktijk voldoende casemanagement wordt gerealiseerd. Ik zou dat een beetje een activistische handhaving willen noemen. Daarin vragen wij de Zorgautoriteit om niet alleen naar de afspraken te kijken, maar ook naar de praktijk. ActiZ en BTN hebben in het bestuurlijk overleg aangegeven dat ze achter de

verplichting om te registreren staan, zodat we een beter overzicht hebben. Alle partijen hebben ook gezegd dat het goed is dat de Zorgautoriteit de praktijk op deze wijze volgt. Ik heb gisteren met de zorgverzekeraars gesproken en hen er nadrukkelijk op gewezen dat we op dit punt geen zwarte letters op wit papier verwachten, maar acties in de praktijk, zodat we kunnen zien wat er met het casemanagement gebeurt. Zij hebben gezegd dat ze niet als iedere verzekeraar voor zich maar als verzekeraars samen ervoor zullen zorgen dat de ketens van dementie plaatsvinden, zodat dit niet voor iedere verzekeraar apart geregeld moet worden. Bovendien zijn zij bereid om alle informatie aan de Zorgautoriteit te geven, zodat die kan bekijken of het ook plaatsvindt in de praktijk. Zij zullen hun leden oproepen om ervoor te zorgen dat alle afspraken die in dit bestuurlijke akkoord zijn gemaakt, op deze wijze worden gevolgd en bij de leden onder de aandacht gebracht worden.

Ik besef dat we natuurlijk een aparte aanspraak kunnen regelen of ervoor kunnen zorgen dat dit een prestatie wordt, maar de vraag is of dat in de praktijk veel helpt. Dat is mijn conclusie. Het is wel zo dat we niet erop moeten vertrouwen dat het allemaal vanzelf goed komt. Die activistische handhaving van de Zorgautoriteit vind ik erg belangrijk. Maar ik kan me ook voorstellen dat u zegt: dit is allemaal mooi, maar eerst zien en dan geloven. Ik denk dat het daarom goed is om met u af te spreken dat wij, pak «m beet, drie keer per jaar of zo de stand van zaken aan de Kamer melden, zodat de acties die de Zorgautoriteit onderneemt op basis van haar bevindingen, vroegtijdig zichtbaar worden voor de Kamer.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben nog niet zo heel lang Kamerlid, dus ik verbaas me nogal eens over het nodige. Hierover verbaas ik me oprecht. Ik ben heel benieuwd hoe de Staatssecretaris hier zelf op reflecteert. Wat we te horen krijgen van een partij als Alzheimer Nederland is dat er al heel lang aan de bel getrokken wordt over casemanagement dementie. Het probleem is al heel lang bekend. Het is ook al eerder door mijn GroenLinks-collega benoemd. Nu hoor ik de Staatssecretaris eigenlijk zeggen: we moeten activistische handhaving hebben en de facts and figures boven tafel krijgen. Ik verbaas me daarover. Ik vind het opvallend dat we nu concluderen dat we die facts and figures boven tafel moeten krijgen. Ik ben het met de Staatssecretaris eens dat je die moet hebben om tot een juiste oplossing te komen, maar tegelijkertijd is de Zorgautoriteit ook al aan het werk gezet om een analyse te maken voor de Kamer over de aparte aanspraken al dan niet. Nu blijkt dat er volgens mij terechte zorg is over nieuwe bureaucratie. Daar moeten we dus terughoudend mee zijn, maar tegelijkertijd lijkt het nu alsof we opnieuw beginnen. Het lijkt alsof we beginnen met een probleem dat we net constateren. Ik hoor heel graag van de Staatssecretaris hoe hij hier zelf over denkt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik denk dat hierbij geldt: hoe kom je nou van een actieplan tot meer structurele actie? Alle partijen hebben inderdaad op grond van die signalen bij elkaar gezeten. Dat heeft ook geleid tot een afspraak over een manier waarop we eerst rust en herstel kunnen brengen in de ketens dementie. Dat is aan het lukken. Het is nog niet helemaal zover, maar het is aan het lukken.

Verder is er gewerkt aan de Zorgstandaard Dementie, want we hebben wel een zorgstandaard, maar die moet verder verbeterd en geëxpliciteerd worden.

Ook hebben wij een discussie gevoerd over de vraag of er apart casemanagement nodig is of dat wijkverpleegkundigen dat ook kunnen doen, en met welke opleiding dan en op basis van welke zorgstandaard. Dat is allemaal gebeurd, want dat zijn noodzakelijke randvoorwaarden. De algemene notie is dat er te weinig casemanagement dementie is

ingekocht, terwijl anderen zeggen: het zit toch in de aanspraak. Ik heb gezegd: dat is allemaal leuk, maar ik wil gewoon precies weten hoe het in de praktijk zit. Dat moet de volgende stap zijn. Wij hebben dus aan de ene kant een aantal randvoorwaarden vervuld. Wij hebben gezorgd voor herstel van de ketens en voor een zorgstandaard en we hebben ervoor gezorgd dat partijen weten hoe de contractering loopt, want daar moest iedereen aan wennen in de Zorgverzekeringswet. Aan de andere kant zeg ik: het gaat nu niet meer om de zorginkoopdocumenten, maar om de realisatie in de praktijk. Dat is de slag die wij maken. Je zou verwachten dat het als volgt gaat: bij zoveel mensen is dementie gediagnosticeerd en bij zoveel mensen is dat aangeboden, dus dan weten wij hoeveel mensen ja of nee zeggen. Maar die data hebben wij niet – daar zijn we misschien samen verbaasd over – althans niet scherp genoeg. Dat vind ik niet goed en daarom hebben wij daar transparantieafspraken over gemaakt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik hoor de Staatssecretaris zeggen: we hebben eigenlijk alle partijen nodig. We hebben partijen nodig om te signaleren. De Staatssecretaris heeft het over een meldpunt, maar wat doet dat meldpunt? Op welke manier gaan we nu niet alleen een periode monitoren, maar ook meteen problemen oplossen? Welke doorzettingsmacht heeft zo'n meldpunt? De Staatssecretaris zegt dat de zorgverzekeraars zich samen willen inzetten voor een sluitende keten. Dat klinkt heel mooi, maar die woorden kunnen ook gratis zijn. Dus wat wordt dan concreet de inzet van de verzekeraars gezamenlijk om dit voldoende en goed te contracteren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Eerst kom ik even op de NZa. Die gaat niet alleen naar de inkoopdocumenten zelf kijken – ik zeg het nu echt te simpel – maar ook in de praktijk bekijken wat er gerealiseerd is. De zorgplicht wordt dus niet alleen vertaald naar afspraken, maar ook naar wat er gerealiseerd wordt. Dat is één.

Twee is dat de Zorgautoriteit haar informatie niet alleen zal baseren op haar eigen onderzoek, maar ook op meldingen die mensen zelf kunnen doen bij meldpunten die samenwerken met Alzheimer Nederland. De Zorgautoriteit zal daar ook een responsteam op inzetten, dat meteen kan uitrukken op het moment dat er een probleem is.

Verder is de ketenzorg dementie echt een grote stap. Verzekeraars gaan nu niet ieder voor zich inkopen, maar via een preferente zorgverzekeraar. Dat betekent echt een grote stap in de inkoop van die ketens. Voor mij is dat een signaal dat zorgverzekeraars er helemaal niet op uit zijn om dit niet goed te doen. Ze weten ook wel dat ze daar heel nauwkeurig op bekeken en zwaar op afgerekend worden. Er is ook geen inhoudelijke discussie over de vraag of de ketenzorg dementie en het casemanagement goed geregeld moeten worden. Zij hebben daar belang bij. Dat is een grote stap. Ze gaan voor de ketens inkopen met een preferente zorgverzekeraar. Ik denk dat dat een hoopvolle stap is.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik ben helemaal onder de indruk. Ik vind het gewoon echt goed klinken. Als ik iets te klagen heb, doe ik dat ook. Dat weet de Staatssecretaris. Maar nu denk ik bij mezelf: interessant. Het toezicht moet niet alleen op papier plaatsvinden, dus op de inkoopdocumenten, maar ook in de praktijk. Er moet dus bekeken worden of er in de praktijk daadwerkelijk casemanagement dementie wordt geleverd. Het meldpunt is opgericht samen met Alzheimer Nederland. De mensen die daarmee te maken krijgen, hebben daar een lijn mee. Daar ben ik ook over te spreken. Verder gaat een preferente zorgverzekeraar de inkoop doen. Ik vind dit goede stappen. Als de Zorgautoriteit constateert dat de zorgplicht in de praktijk

niet wordt ingevuld, vindt de Staatssecretaris dat er dan ook een aanwijzing moet komen aan de desbetreffende zorgverzekeraar?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ja, dan is het beschikbare handhavingsinstrumentarium voorhanden. Dat zijn de aanwijzing, de bestuurlijke boete en de last onder dwangsom. Je kunt van alles verzinnen. Maar mag ik ook een beetje hoop en verwachting uitspreken? Bij alle partijen die hiermee bezig zijn, heb ik niet de mening «ik wil niet» aangetroffen. Ik heb wel de vragen «hebben wij wel de goede informatie?» en «snappen wij elkaar?» aangetroffen. Ook was er de vraag: veronderstelt de partij die heeft ingekocht, dat de andere partij het op die manier levert? Er is inderdaad discussie over het tarief. Ik heb echter geen onwil aangetroffen. Als partijen dit met elkaar willen afspreken en de Zorgautoriteit op een activistische manier haar rol speelt, denk ik dat we echt meters kunnen maken en dat er geen onwil is. Integendeel, alle partijen hebben de wil om ervoor te zorgen dat het casemanagement wordt geregeld.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Papier is geduldig en vergadertafels zijn geduldig. Dat mensen constant tegen elkaar zeggen dat ze vinden dat het goed geregeld moet worden, overtuigt mij niet meer. Waarom niet? Omdat er een monitor ligt van de Nederlandse Zorgautoriteit waaruit blijkt dat het gewoon niet goed is. Daarom stelde ik deze vraag. De Staatssecretaris verviel weer even in zijn oude gewoonte van uitleggen dat er een handhavingsinstrumentarium is. Dat weet ik. Mijn vraag was: vindt de Staatssecretaris dat het ook moet worden gebruikt? Die uitspraak zou zomaar eens al die vergadertafels in het gelid kunnen houden.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Het lijkt er nu op dat we hierover verschillend denken, maar dat is helemaal niet zo. Natuurlijk vind ik dat ook. Als dat geconstateerd wordt, moet het ook gebeuren. Mevrouw Keijzer weet ook dat de Zorgautoriteit een eigenstandige bevoegdheid heeft en dat ik niet kan zeggen: geef een aanwijzing of niet. Dat zal natuurlijk moeten gebeuren als dat aan de orde is. Ik denk dat het inderdaad helpt.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik ben helaas toch een stuk minder enthousiast dan mijn collega's. Het is natuurlijk heel raar dat we nu ineens niet weten hoeveel casemanagement dementie er wordt ingekocht, terwijl we volgens mij van een subsidieregeling komen die dat regelde. Die cijfers hadden we dus al. Dit legt wel precies het probleem bloot, namelijk dat je het casemanagement dementie onderbrengt bij de wijkverpleging. De ene zorgverzekeraar zegt: dat kan de wijkverpleegkundige er even bij doen. De andere zorgverzekeraar zegt: daar willen wij expertise voor hebben. Dat is precies waar het hier fout gaat. Wij hameren juist zo op een aparte aanspraak, opdat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar precies weten waar ze aan toen zijn en het casemanagement dementie niet ondersneeuwt in de titel «wijkverpleging». Ik heb de Staatssecretaris namelijk zelfs horen zeggen «wijkverpleging dementie»; ik heb dat opgeschreven. Ik hoor dat voor het eerst. Dat is nieuw. Wijkverpleging dementie is een nieuwe taak. De casemanager dementie speelt een enorm belangrijke rol in het begeleiden en sturen van mensen met dementie en de familie. Dat moffel je niet even weg binnen de wijkverpleging. Ik wil graag een reactie van de Staatssecretaris dat dit dus het probleem is en dat we daarom nu, zoals mevrouw Ellemée zei, van vooraf aan weer beginnen om uiteindelijk tot de conclusie te komen dat dit het probleem is.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat er vanaf het moment van diagnosestelling recht is op casemanagement als onderdeel van de aanspraak op wijkverpleging. Dat is dus gewoon geregeld. In het veld is een hele tijd discussie geweest – misschien is er nu nog wel discussie over – over de vraag of het daarbij alleen kan gaan om de functie casemanager of dat het ook anders kan worden ingevuld. In de praktijk zie je dat het verschillend is. Voorheen waren er zo'n beetje 40 verschillende regelingen. Hoe belangrijk de discussie ook wordt gevonden, voor de patiënten en cliënten is het niet zo belangrijk. Vanaf dat moment hebben zij er behoefte aan om het aangeboden te krijgen, aangezien er dan iemand voor hen is. In een aantal gevallen zal het de aparte functie casemanager betreffen en in een aantal andere gevallen zal het de gespecialiseerde wijkverpleegkundige zijn die toch al over de vloer kwam omdat daar wijkverpleegkundige zorg werd gegeven. Dan zou het onzin zijn om daar een aparte functionaris bij te stoppen die aan casemanagement doet. Het vereist dus heel praktische afspraken over de vraag: wat gaan we in dit geval doen? In de praktijk kun je je afvragen: als er iets is afgesproken over wijkverpleging, kan het er dan bij en voldoet het dan aan de standaard? Als dat niet het geval is of als er al veel ervaring is met casemanagement, maak je natuurlijk een andere afspraak. Het gaat om die afspraken. Iedereen die dat wil, moet casemanagement kunnen krijgen. Achter de voordeur moeten we maar met de professionals en de zorgaanbieders uitzoeken door wie en hoe dat geregeld wordt. Daar zou de persoon in kwestie geen last van moeten hebben. Dat zou mijn eindbeeld zijn.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dan blijft het toch heel raar dat je nu niet ergens op een knop kunt drukken om te zien hoeveel aanvragen voor casemanagement dementie er zijn en wie het gedaan heeft, Pietje of Klaasje. Ik vind dat heel erg raar. Het belemmert ook de controle. Het belemmert ons om te bekijken of het allemaal goed geregeld is en om te controleren of er geen mensen zijn die helemaal geen casemanagement krijgen. Als je het allemaal op de grote hoop gooit, is er geen controle. Dat wordt hier maar weer eens mee bewezen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nu komen we volgens mij weer dicht bij elkaar, want dit is precies de reden waarom we die transparantieafpraak hebben gemaakt. De Zorgautoriteit zegt: zorg ervoor dat ik deze, deze en deze informatie van je krijg, zodat ik kan volgen wat er in de praktijk gebeurt. Dat is ook precies de reden voor die transparantieafpraak. Dan kunnen we inderdaad veel beter controle uitoefenen. Dan blijven we niet in zijn algemeenheid praten over het punt dat er te weinig is ingekocht. Dan weten we de rugnummers en waar en wanneer iets heeft plaatsgevonden, zodat we dat op een goede manier kunnen controleren.

De **voorzitter**:

Ik zie dat u nog iets wilt zeggen, mevrouw Gerbrands. Uw eerste interruptie was maar een halve, dus ik wil u graag in de gelegenheid stellen om een afsluitende vraag te stellen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Dan kan ik dus concluderen dat we eerst de chaos gecreëerd hebben door het allemaal op één hoop bij de zorgverzekeraar onder te brengen en dat we nu na anderhalf jaar denken dat transparantie misschien toch wel handig is en ineens wel dingen gaan registreren, terwijl er voorheen een goede regeling was. Je kunt erover discussiëren of het wenselijk is om het via een subsidieregeling te doen, maar het was in ieder geval wel over-

zichtelijk. Dat is het nu niet. Het is nu al anderhalf à twee jaar niet overzichtelijk.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik vind een wettelijke aanspraak waaraan de zorgplicht is gekoppeld steviger dan een subsidieregeling. We komen van een situatie waarin het aan het groeien was en waarin er nog geen goede zorgstandaard was. Er waren, geloof ik, 40 verschillende regelingen waarmee het geregeld werd. Ik snap best dat de overgang naar de Zorgverzekeringswet ook allerlei veranderingen en onzekerheden met zich mee hebben gebracht, maar het creëren van een wettelijk recht met zorgplicht, waarbij we het structureel inbedden in een samenleving die met veel meer dementie te maken krijgt, is voor de lange termijn echt een goede oplossing.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik heb een korte procedurele vraag. Gaat de Staatssecretaris nog in op andere vormen van gespecialiseerde wijkverpleegkundige zorg? Zo niet, dan wil ik er nog op doorvragen bij dit onderwerp. Ik kan de vraag ook meteen stellen.

De **voorzitter**:

Stelt u uw vraag maar.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben ongelooflijk blij met de opmerking van de Staatssecretaris over de stappen die nu gezet worden voor het casemanagement dementie. De uitdaging dat het moet gebeuren, ligt er al heel lang. Er wordt niet ingekocht. Alle partijen kijken naar elkaar. Op deze manier kan het wel gebeuren. Daar worden nu heel specifieke afspraken over gemaakt. Maar kan deze route ook bewandeld worden voor andere vormen van gespecialiseerde wijkverpleegkundige zorg? Dan denk ik in de eerste plaats aan de palliatieve thuiszorg. Dat is ook een heel zware vorm van zorg. In iets mindere mate denk ik aan de intensieve kindzorg en de wondverpleging, maar die zijn ook belangrijk. Dat zijn ook zware vormen van wijkverpleegkundige zorg, waarbij er indicaties zijn dat die zorg onvoldoende wordt ingekocht.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ja. Dit sluit overigens aan bij een vraag van mevrouw Bergkamp. Zij zei: we hebben het nu even hier, maar je moet eigenlijk integraler kijken naar specialistische functies. Het antwoord daarop is: ja. Er is een vraag gesteld over kinderverpleegkundigen. Zoals u weet, heeft Panteia een rapport daarover aangeboden. Dat onderzoek werd begeleid door een heel brede groep van ervaringsdeskundigen, wetenschappelijke instituten en de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen). Er is nu een werkgroep gevormd om juist dat aspect te gaan bekijken. Die werkgroep brengt de best practices in kaart en zal hopelijk dit najaar nog een rapport uitbrengen.

Maar ik denk dat er een aantal specialistischer vormen zijn, zoals palliatieve zorg, kinderverpleegkundige zorg en casemanagement dementie. We moeten bekijken hoe we daar een bepaalde kwaliteitsstandaard voor krijgen en of daar meer voor nodig is, zodat het ook aparte aandacht kan krijgen in de zorginkoop. Ik heb het in mijn gesprek met de zorgverzekeraars als volgt geformuleerd. Aan de ene kant moeten we ervoor zorgen dat er in Nederland voldoende zorg wordt ingekocht. Dat hoort er gewoon bij. De basiszorg moet goed op orde zijn. Tegelijkertijd zijn er soms specialistische afspraken nodig om ervoor te zorgen dat bijzondere doelgroepen goed worden bediend. Ik vind dat dit cruciaal is, ook voor het imago van de verzekeraars. Het gaat er niet alleen om dat verzekeraars zorginkoper zijn en goed op de centen letten. Dat is een heel

belangrijke functie in ons stelsel; die is cruciaal. Maar het gaat er ook om dat verzekeraars een individuele zorgplicht hebben, zelfs bij een heel specialistische zorgvraag, of dat nou palliatieve zorg is of kinderverpleegkundige zorg of casemanagement dementie. Daar staat of valt het imago van de zorgverzekeraars mee. Het is ook erg belangrijk dat het op die manier wordt vormgegeven. Wij gaan dit ondersteunen met kennis, kunde en expertise, waarbij we de gespecialiseerde zorg veel meer voor voetlicht kunnen brengen, opdat er standaarden ontstaan die zowel bij het toezicht als bij de zorginkoop als door de zorgaanbieder zelf kunnen worden gebruikt om op de kwaliteit te kunnen blijven letten. Dat lijkt mij ongelooflijk belangrijk. Dat is ook een van de redenen waarom de Zorgautoriteit heeft gezegd: je kunt nu wel even een integraal tarief vaststellen, maar op dit moment hebben we eigenlijk wat meer nodig. Het gaat daarbij om de vraag: moeten we niet ietsje meer weten van gespecialiseerde zorg om het goed te kunnen doen? Ik ben dus eigenlijk wel blij met de beslissing van de Zorgautoriteit.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat is goed om te horen, maar ik maak mij wel een beetje zorgen over iets anders. Je zou dit als volgt kunnen interpreteren. Voor casemanagement dementie hebben we nu de hele keten gedicht en heldere en strakke afspraken gemaakt. In andere vormen van specialistische zorg zijn we nog aan het zoeken naar de zorgstandaard. Als we die hebben, kunnen we die ook actief gaan handhaven. Maar laten we het er in ieder geval over eens zijn dat palliatieve thuiszorg – daar hebben we al vaker debatten over gehad – zorg is die geleverd moet worden. Zou de Staatssecretaris, voor zover dat gesprek nog niet is gevoerd, de NZa kunnen vragen om ook daarvoor dat hele actieve handhavingskader te gebruiken? Zou hij de NZa kunnen vragen om niet alleen te kijken naar het inkoopdocument maar om ook daadwerkelijk in de praktijk handhavend op te treden als verzekeraars niet voldoende ingekocht blijken te hebben?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Daar heb ik geen enkel bezwaar tegen. Ik heb de Kamer overigens onlangs een brief gestuurd over de stand van zaken in de palliatieve zorg. Daarin hebben we ook verslag gedaan van de kwaliteitsstandaarden, de aparte financiële afspraken die we hebben gemaakt en de toekomst daarvan. Misschien kunnen we daar nog op terugkomen als we over de palliatieve zorg praten, maar op voorhand zeg ik «zeker» in antwoord op de vraag van de heer Rutte.

Ik heb nog een paar opmerkingen over de toekomst van de wijkverpleging, ook in relatie tot het budget. Er zijn een aantal vragen gesteld die ook enigszins betrekking hadden op de antwoorden in het VSO over de verpleeghuizen. U allen hebt goed kunnen zien dat ik in mijn brieven probeer om consequent te spreken van «verpleegzorg» en niet van «verpleeghuiszorg». Het moet inderdaad in samenhang worden gezien. Ik heb wel gemerkt dat in de commentaren wordt gezegd: nu zijn we bezig om de kwaliteit van de verpleeghuizen te verbeteren. Dat was heel hard nodig, gelet op alle discussies en debatten die we hebben gehad. Maar je moet het inderdaad niet los van elkaar zien. Een goede wijkverpleging en, als het thuis niet langer gaat, goede zorg in een verpleeghuis, waar je misschien nog op en neer kunt schalen, zijn ongelooflijk van belang. Het is voor de toekomst dus van wezenlijk belang dat we niet alleen maar kijken naar de kwaliteit van de verpleeghuizen, maar dat we die in relatie zien tot de kwaliteit van de wijkverpleging en overigens ook in relatie tot de kwaliteit van de ondersteuning thuis door bijvoorbeeld de gemeente. Dat is een van de redenen dat bij het hoofdlijnenakkoord is gezegd: wij maken hier afspraken, maar we zullen ook de gemeenten erbij betrekken, omdat zij ook een cruciale rol spelen in het ervoor zorgen dat het «niet plus»-gevoel thuis tot en met «het gaat niet langer thuis» een doorlopende lijn

kan zijn. Ik ben het dus eens met degenen die zeggen: laten we er met het oog op de toekomst vooral voor zorgen dat we wanneer we praten over de kwaliteit van zorg, niet alleen maar naar de kwaliteit van instellingszorg kijken, maar een en ander ook in relatie zien tot goede zorg en ondersteuning in de thuissituatie.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Misschien loop ik het gevaar dat ik nu vooruitloop op iets waar de Staatssecretaris nog op komt. Maar als ik dit zo beluister, vraag ik mij het volgende af. Gisteren hebben we kunnen vernemen dat het gaat om 435 miljoen. Mijn zorg betreft niet zozeer de discussie, want volgens mij zijn we het erover eens dat er zowel in de intramurale zorg, in de verpleeghuizen, als in de zorg thuis, als mensen langer thuis blijven wonen, extra investeringen nodig zijn. Het extra geld of wellicht het minder bezuinigen op de wijkverpleging – dan gaat het om 170 miljoen – heeft de Staatssecretaris apart aangekondigd. Dat was een apart bericht, zo van: op dat vlak wordt minder bezuinigd / komt er extra geld. Ik had begrepen dat het toch vooral ging over de verpleeghuizen. Mijn angst zit hem erin dat de Staatssecretaris dat breder trekt en zegt: het is voor de verpleeghuizen, maar het is natuurlijk veel breder, want er zijn ook mensen die langer thuis wonen et cetera, et cetera. Is dat niet ook meteen een rem? Ik hoor de zorgorganisaties alweer roepen: van die 435 miljoen was 200 miljoen al vergeven, dus eigenlijk hebben we het over 235 miljoen extra. Dan zegt Van Rijn ook nog eens: ja, het is niet specifiek voor de verpleeghuizen; het moet ook worden gedeeld met de wijkverpleging. Is de Staatssecretaris niet bang dat het dan verwaait en niet leidt tot directe actie bij de verpleeghuizen, terwijl dat óók heel erg hard nodig is?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik maak hierover een paar opmerkingen. Ten eerste hebt u in de impactanalyse van de Zorgautoriteit gezien dat we praten over een bedrag dat naar huidig inzicht uiteindelijk in de richting gaat van 2 miljard. Ten tweede hebben we gezegd: luister eens, we moeten al begin juli de zorgkantoren informeren over het zorginkoopkader voor volgend jaar. Dat hebben we nu ook al gedaan. Dat doen we elk jaar. Daarom hebben we ook gezegd: laten we nu ook duidelijk maken wat er volgend jaar en de jaren daarna structureel beschikbaar is. Dan gaat het om die 435 miljoen. Iedereen weet dan waar hij aan toe is. Op basis daarvan kan de inkoop plaatsvinden. Ik zeg tegen mevrouw Marijnissen dat we nog een beetje aan het zoeken zijn naar enige strengheid daarbij, omdat we vinden dat het geld vooral besteed moet worden aan de zorg- en aan de personeelskant, en niet aan andere zaken. We zullen daar ook op letten. Daarnaast is er sprake van een proces waar ook het komende kabinet beslissingen over moet nemen. Dan gaat het erom wat er eventueel met de volgende tranches gaat gebeuren. Dan krijg je een discussie zoals die ook wordt gevoerd in de ziekenhuiszorg: hoeveel budget moet er naar de ziekenhuizen, gelet op de zorg en de kwaliteit daar, en hoeveel substitutie kun je met elkaar afspreken, opdat er nog efficiëntere zorgverlening kan plaatsvinden? Een soortgelijke vraag zal ook aan de orde zijn bij de volgende fase van de discussie over de verpleeghuizen. Voor het snel op orde brengen van de kwaliteit is een eerste bedrag ter beschikking gesteld. We gaan deze week de kaderbrief met de budgetten voor de komende jaren – dan gaat het om die 435 miljoen – al naar de zorgkantoren sturen. Overigens zal er in de toekomst nog veel discussie zijn over de vraag hoe je op weg gaat naar die 2 miljard, hoe je dat gaat doen in relatie tot de wijkverpleegkundige zorg en of je daar wel of niet substitutie wilt stimuleren.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik probeer heel goed te luisteren, hoor, maar mijn vraag staat eigenlijk nog steeds overeind. Maar neemt u het mij niet kwalijk als ik niet goed geluisterd heb. Klopt het bericht dat het aanvankelijk 200 miljoen was, dat er nu 235 miljoen bij komt en dat het voor komend jaar 435 miljoen in zijn geheel is? Is die 435 miljoen exclusief voor de verpleeghuizen? Of moet dat bedrag gedeeld worden, uitgedeeld worden of door de zorgkantoren verspreid worden over de langdurige ouderenzorg?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nee. Dat is ook de reden waarom die 435 miljoen bekend gemaakt moet worden. Ik moet de zorgkantoren een kaderbrief sturen over de zorginkoop voor de verpleeghuizen voor het komende jaar en daarna. Dat is een bedrag van 435 miljoen structureel, opgebouwd uit de 100 miljoen die al structureel was en de 335 miljoen die daarbij komt, los van de 100 miljoen incidenteel in 2017. Dat geld is voor de verpleeghuizen en de kwaliteit. We zullen erop letten dat het voor het personeel in aanmerking wordt genomen.

Er werd mij ook gevraagd om een langetermijnvisie: wat gaat er verder nog gebeuren? In mijn brief over die 2 miljard heb ik al geschreven dat je bij de ontwikkeling van de kwaliteit van de verpleeghuizen niet alleen moet kijken naar de verpleeghuiszorg maar ook naar de ontwikkelingen van de verpleegzorg. Dan kun je nog allerlei andere varianten bedenken, maar die zijn echt voor het nieuwe kabinet.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bergkamp, dit is uw tweede interruptie.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb toch nog een vraag over die 2,1 miljard. De Staatssecretaris geeft aan dat er ruimte is om daarbinnen te kiezen. Hoewel, gelet op de antwoorden op de vragen, is het gebonden aan het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg. Daarmee zou dat behoorlijke bedrag gekoppeld zijn aan de verpleeghuizen. Of zegt de Staatssecretaris: nee, daar is ruimte; men heeft de vrijheid om te zeggen dat een stuk naar de wijkverpleging gaat en een stuk naar de zorg thuis? Daar wil ik graag een concreet antwoord op.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nu ga ik natuurlijk proberen precies hetzelfde te zeggen als wat ik geschreven heb in de antwoorden. Die 2,1 miljard is op basis van de impactanalyse van de Zorgautoriteit, gelet op de huidige stand van zaken en de huidige raming over de verpleeghuispopulatie. Laat ik nu eens heel erg overdrijven. Stel dat de teneur om nog langer thuis te blijven wonen, nog veel verder doorzet en dat verpleegzorg in de thuissituatie met behulp van moderne technieken, ICT en domotica nog veel langer mogelijk wordt. Dan zul je zien dat de populatie in verpleeghuizen nog verder afneemt en dat de populatie in de thuiszorg nog verder toeneemt. Daar zul je dan weer budgettaire beslissingen over moeten nemen. Dit is de stand van zaken nu, met het huidige beleid. We willen een kwaliteitsimpuls geven en er is uitgerekend dat dit daarvoor nodig is. Als je naar de langere termijn kijkt en nagaat hoe het zich ontwikkelt, dan zie je dat er nog keuzes te maken zijn, afhankelijk van het beleid dat daar ingezet wordt.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Het lijkt alsof het helder is, maar het roept bij mij toch wel weer een vraag op. Ik wil het gewoon echt begrijpen. De Staatssecretaris geeft aan dat die 2,1 miljard in de toekomst – er is ruimte in fasering – wel gekoppeld moet worden aan verpleeghuiszorg; dat kan thuis of in een instelling zijn. Heb ik het zo goed begrepen? Die 2,1 miljard – ik zal het maar heel klip-en-klaar

zeggen – is dus niet gekoppeld aan instellingszorg, maar kan ook gebruikt worden voor zorg thuis.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat is natuurlijk afhankelijk van de keuzes die een volgend kabinet maakt. Wat wij nu gedaan hebben, op verzoek van de Kamer, is uitrekenen wat er nodig is om het kwaliteitskader zorg te implementeren bij de verpleeghuizen zoals we die nu kennen. Daar is die 2,1 miljard voor.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank voor de gelegenheid om nog een vraag ter verheldering te stellen, voorzitter. De Staatssecretaris heeft gezegd dat het kwaliteitskader voor de instellingszorg juridisch bindend is. Ik zou hier toch graag duidelijkheid over willen: is die 2,1 miljard nu bestemd voor instellingszorg – ik heb het dan over juridische bindendheid en niet over de keuzes van een volgend kabinet – of kan dat bedrag ook ingezet worden voor verpleeghuiszorg thuis?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nu ga ik het nog ingewikkelder maken, want de juridische bindendheid ontstaat, zoals ik ook geschreven heb, op het moment dat de NZa tarieven heeft vastgesteld. Daar is zij nu mee bezig. Aan het einde van dit jaar of het begin van het volgende jaar ontstaat de definitieve juridische bindendheid. De Kamer heeft gevraagd om een impactanalyse. Die is geleverd. Die 2,1 miljard gaat over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Er zijn nog verdere vragen gesteld. Hoe ontwikkelt zich dat nu? Wat zijn de varianten en keuzemogelijkheden in de toekomst? Daar kun je met elkaar over discussiëren. Willen we een andere mix tussen verpleeghuiszorg en zorg thuis? Moet je een en ander meer in samenhang met elkaar zien? Wordt het mogelijk om intensieve verpleeghuiszorg ook in de thuissituatie te krijgen? Nu ga ik mijn eigen woorden echter herhalen. Er zijn dus keuzes mogelijk, maar het verhaal is nu dat die 2,1 miljard bestemd is voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, intramuraal. Dat is de huidige situatie.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Ellemeet haar tweede interruptie wil plaatsen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, want nou wil ik het ook echt begrijpen, zeg ik volgens mij ook namens mijn collega's. De Staatssecretaris zegt dat er, op het moment dat de tarieven zijn vastgesteld, sprake is van juridische bindendheid. Zo is het. Alle partijen willen tarieven die recht doen aan de zorg en waarmee de zorg betaald kan worden. De impactanalyse is gebaseerd op redelijke tarieven; men is niet los van de manier waarop tarieven vastgesteld worden tot die 2,1 miljard gekomen. We kunnen dus redelijkerwijs vaststellen dat die 2,1 miljard besteed zal worden aan de instellingen, aan de verpleeghuiszorg. De Staatssecretaris zegt: misschien wordt het in de toekomst aantrekkelijker om langer thuis te blijven, dus dan bouw je die instellingszorg af. Daar heb ik toch nog wat vragen over. Hoe moet ik dat zien? Ik begrijp de Staatssecretaris als volgt. Die 2,1 miljard gaat volledig naar instellingen. Er is dus geen financiële ruimte gecreëerd voor de zorg voor mensen thuis.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Nee, dit is een antwoord op de discussie die we met elkaar gevoerd hebben over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Dat is uitgerekend. Daar hebben we dan de discussie over.

Ik heb geprobeerd het volgende aan te geven. Er is een mooie parallel met de ziekenhuiszorg. Je raamt wat de kosten van de ziekenhuiszorg zijn. In

de Zorgverzekeringswet staat dat ziekenhuiszorg zorg is zoals specialisten die plegen te bieden. Daar worden de kosten voor geraamd en de tarieven voor bepaald en daar komt dan uit wat de kosten voor de ziekenhuiszorg zijn. Wat je daarbij zag en ziet, is dat er in de loop van de tijd een discussie op gang is gekomen: zijn dit nu taken die alleen in het ziekenhuis moeten worden verricht of kan bijvoorbeeld de huisarts meer dingen doen? Dan kom je voor de volgende beslissing te staan: blijven we al dat budget naar de ziekenhuizen sturen, of laten we de huisartsen een gedeelte van die taken uitvoeren? Dan is er een taakverschuiving. Die dingen moet je de komende periode goed met elkaar bekijken: wat willen de mensen, wat kan er volgens de techniek, wat kan tot een optimale kwaliteit van zorg leiden? Wij hebben nu puur uitgerekend: 2,1 miljard voor kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We hebben het juridisch bindende kwaliteitskader. Dat geld gaat naar de instellingen. Zo kunnen we het kort samenvatten. Als er een taakher-schikking is, is de vraag of het budget is geormerkt voor die taken en of je een deel van het budget kunt overhevelen. Dat zou kunnen. Tegelij-kertijd is de verwachting – dat staat volgens mij ook in de impactanalyse – dat hoe beter de kwaliteit van de verpleeghuizen is, hoe groter de aantrek-kingskracht van die instellingen. Op basis van wat ik in de impactanalyse lees, is de kans dat er meer vraag naar instellingszorg komt eerder groter dan kleiner.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat zal de toekomst toch moeten leren. Ik weet niet zeker of je wel kunt stellen dat mensen zullen zeggen «we gaan fijn naar het verpleeghuis» als de verpleeghuizen aantrekkelijker worden. De afweging die mensen maken tussen zorg thuis of zorg in een verpleeghuis zal heel veel te maken hebben met de vraag of het thuis nog wel gaat, of het nog verantwoord is in de thuissituatie, of het op te vangen is met mantelzorg en intensieve wijkverpleging of niet. Ik verwacht dat dat eerder de beweegredenen van mensen zullen zijn dan de kwaliteit van de verpleeg-huizen. De discussie over de kwaliteit van verpleeghuizen wordt gevoed door twee zaken. Enerzijds komen mensen later in een verpleeghuis en hebben zij complexere zorgvragen. Anderzijds gaat het niet alleen om zorg, maar ook om kwaliteit van leven en welbevinden: is het een beetje gezellig, zijn er dagactiviteiten? Dat maakt dat er een kwaliteitsimpuls is. Welke afweging mensen in de toekomst zullen maken, hangt af van veel meer factoren dan hoeveel geld we er nu in steken.

De **voorzitter**:

De Staatssecretaris vervolgt zijn betoog.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik kom nu toe aan de meer specifieke vragen, voor zover die nog niet zijn beantwoord.

Mevrouw Sazias vroeg hoe het staat met de pilot van Zilveren Kruis en of dat juridisch mag. Ik wil daar nog één algemene opmerking bij maken. De pilot van Zilveren Kruis is erop gericht om te bezien of de zorg in de wijk iets meer georganiseerd kan worden, zodat afspraken gemaakt kunnen worden over de preferente zorgaanbieders. Op die manier hebben mensen duidelijkheid over de vraag waar zij wel of niet terecht kunnen. Dat gaat een beetje in de richting van wat mevrouw Marijnissen zei, namelijk: laten we de zorg eens een beetje meer organiseren. Aan de andere kant kun je ook zeggen: dat doen we niet, want iedereen moet zijn eigen keuzes kunnen maken en moet naar de zorgaanbieder, klein of groot, van zijn of haar keuze kunnen gaan. De pilot van Zilveren Kruis was ingegeven door het feit dat er wel heel veel discussie was over allerlei

vragen. Is de vindbaarheid goed? Kunnen we het niet wat meer organiseren? Nu wordt bekeken of dat werkt. Er is een tussenevaluatie gedaan. Daarin zijn aanbevelingen gedaan voor het vervolg. Er zijn ook aanpassingen doorgevoerd. De zorgverzekeraar zal de betrokken partijen hierover nader informeren. Dat betekent dat er in de nieuwe pilot, in de vervolgfase, alweer meer aanbieders zijn gecontracteerd. Er zijn nu meerdere aanbieders geselecteerd in plaats van één hoofdaannemer met daarna andere. Laten we de resultaten van die pilot afwachten. Het kan juridisch. Het is een afweging tussen het streng organiseren van de infrastructuur versus het bieden van volstrekte keuzevrijheid aan de patiënten. Daartussen beweegt zich deze pilot. Ik denk dat het wel heel interessant is om te kijken of daar een goed model uit komt.

Mevrouw Marijnissen had nog een aparte vraag gesteld over Brabant-Zorg. Ik denk – ik probeer het maar even – dat wij het er met elkaar over eens zijn dat dit soort discussies niet over de rug van patiënten moet worden gevoerd, of dat nu door de zorgverzekeraar of door de zorgaanbieder wordt gedaan. In de AWBZ waren de budgetplafonds eigenlijk standaard en nu zijn ze het resultaat van contractafspraken die partijen met elkaar maken. Het is ook een beetje van tweeën één: of je zegt «dit is het budget» en je maakt een afspraak over wat er gebeurt als je daarna doorgaat en legt dat vast in een contract, of je zegt «er is geen budgetafspraken» en dan is er persoonsgebonden bekostiging, waar we ook mee experimenteren. Het nadeel daarvan is dat je dan helemaal niet weet hoeveel budget je krijgt. Dat er een afspraak is – we gaan inkopen; dit is je budget; dit is de afspraak als je het budget overschrijdt – is niet zo gek, maar ik vind wel dat de discussie en het gevecht daarover niet over de rug van patiënten moeten plaatsvinden, of het nu een zorgverzekeraar of een zorgaanbieder betreft. De Zorgautoriteit heeft bekeken of de hoeveelheid zorg die is ingekocht in deze regio of op deze plekken voldoende is en zij heeft geconstateerd dat dat het geval is. Dat betekent dat cliënten dus heel goed geïnformeerd moeten worden, dus niet «zo'n beetje» maar echt heel goed. De Zorgautoriteit heeft mij overigens toegezegd heel scherp op deze situatie te blijven toezien, zodat de zorgplicht niet in het geding komt. Partijen moeten gewoon niet via de media over hun cliënten communiceren, lijkt mij.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik dank de Staatssecretaris voor de beantwoording van mijn vraag, maar ik heb nog een vraag. Je kunt natuurlijk de analyse maken dat er in de regio voldoende is ingekocht. Ik kan overigens nog steeds slecht wennen aan die term als het over zorg gaat, maar goed. Dus: niet zeuren, VGZ'er, je kunt niet bij BrabantZorg terecht, maar wel bij de burens, even kort door de bocht gezegd. Hoe verhoudt dat zich tot een redelijke mate van keuzevrijheid? Die vraag blijft overeind staan. Ik gaf in mijn inbreng in eerste termijn al aan dat ik zelf als VGZ-verzekerde heb gebeld en BrabantZorg gewoon zei: helaas, doe. Daar kwam het op neer.

Maar BrabantZorg is natuurlijk niet de enige die dit overkomt. We zien het bij meer zorgorganisaties. De brancheorganisatie trekt aan de bel en zegt: voor de tweede helft van het jaar voorzien wij dit voor veel meer zorgaanbieders en -verzekeraars. Hoe gaan wij ervoor zorgen dat we straks niet allerlei verschillende BrabantZorg/VGZ-taferelen krijgen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Via de Zorgautoriteit, die erop moet letten dat er voldoende zorg blijft worden ingekocht en die dus ook kan ingrijpen op het moment dat dat niet het geval is. Overigens, als je dit niet zou doen, zou je bij wijze van spreken bij de een het budget moeten vergroten en bij de ander weer geld moeten weghalen. Dan krijg je dat soort gedoe weer. Ik denk dus enerzijds dat er gewoon goede contractafspraken moeten worden gemaakt en anderzijds dat de Zorgautoriteit erop moet blijven letten dat er overal

goede zorg wordt ingekocht, zodat mensen niet, omdat ze ergens niet terechtkunnen, helemaal nergens terechtkunnen. Dat zou natuurlijk een heel foute zaak zijn. Dat ben ik met mevrouw Marijnissen eens.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Dat is wel mijn punt. We horen van verschillende wijkverpleegkundigen dat ze te maken hebben met patiënten- en cliëntenstops, dat er gewoon niet meer mensen bij kunnen, ook in deze regio. Het verbaast mij dus dat de Zorgautoriteit dit zegt. Wij hebben ook rondgebeld naar andere zorgaanbieders en die zeggen allemaal hetzelfde: we zitten vol. Volgens mij is de brancheorganisatie ook niet een organisatie die zomaar aan de bel trekt, maar zij geeft nu al een waarschuwing af voor de tweede helft van het jaar. Ik stel dus nogmaals de vraag: hoe kunnen we de garantie krijgen dat er geen taferelen ontstaan waarbij we weer wachtlijsten krijgen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat willen we volgens mij allemaal niet, dus ik zal de Zorgautoriteit hier nog eens op wijzen. Verder kun je je zorgverzekeraar bellen. Dat is nog een tamelijk ongebruikt fenomeen, terwijl het toch wel werkt; dat is eigenlijk een beetje jammer. Ik begrijp dat mevrouw Marijnissen het zelf geprobeerd heeft. Je kunt inderdaad bellen en zeggen: ik kan daar niet terecht, maar ik heb wel zorg nodig, dus kunt u voor mij bemiddelen bij een andere zorgaanbieder? De zorgaanbieder heeft daar hele teams voor zitten die dat kunnen doen. Er wordt nog een beetje weinig gebruik van gemaakt, maar zorgaanbieders kunnen actief voor je bemiddelen bij een andere zorgaanbieder als je vraagt: ik kan daar niet terecht, maar waar dan wel? Zorgaanbieders zijn verplicht om dat te doen en doen dat ook, maar in de praktijk wordt er eigenlijk nog te weinig gebruik van gemaakt. Mevrouw Bergkamp heeft ook een aantal vragen gesteld, met name over kennis en kunde. Zij zei eigenlijk: als een wijkverpleegkundige al bijna niet weet waar je de zorg kunt krijgen, hoe moet een cliënt dat dan weten? Zoals zij weet, heeft de Patiëntenfederatie een groot project over keuze-informatie afgerond, waarin zij iedereen, zowel de beroepsgroep als de gemeenten, heeft geïnformeerd over de wijze waarop patiënten beter geïnformeerd kunnen worden. Mevrouw Bergkamp zei dat de wijkverpleegkundige al kennis tekortkomt; als dat zo is, moeten we die invullen. Ik vind het een mooie ontwikkeling dat wijkverpleegkundigen het steeds meer zien als onderdeel van hun werk – en overigens als een leuk onderdeel van hun werk – om de relatie met de huisarts en de gemeente te onderhouden en mensen daardoor nog beter te kunnen helpen. Ik denk dat we, als de wijkverpleegkundige het weet en er een goede cliëntondersteuning is, in staat zijn om dat veel beter te maken. Er lopen dus acties op, maar ik denk dat de wijkverpleegkundige steeds meer in staat is om in de praktijk een goede wegwijzer te zijn.

Er is gevraagd hoe het kan dat er minder pgb's, maar hogere uitgaven zijn. Dat komt door een stijging van het gemiddelde gedeclareerde bedrag per cliënt. Er zijn dus inderdaad minder mensen die er gebruik van maken, maar de mensen die er gebruik van maken, komen hoger uit. Overigens zijn ook de uitgaven voor zorg in natura toegenomen. Dat kunnen de leden zien aan de budgetten. Ik denk niet dat er een ontmoediging plaatsvindt. Ik denk wel dat gemeenten, anders dan vroeger misschien, nu zij er verantwoordelijk voor zijn, ook kijken of degene die een budget aanvraagt, wel in staat is om het te beheren, of dat er alternatieven aan te reiken zijn die dat mogelijk maken. Dit is dus de verklaring: de gemiddelde prijs per pgb.

De vraag naar kennis van verpleegkundigen over het indiceren heb ik, denk ik, al beantwoord. V&VN is met ondersteuning van VWS juist voor de wijkverpleegkundigen een hulpmiddel aan het maken om het indiceren makkelijker te maken en de kennis beter te delen. Dat hulpmiddel zal eind

2017 klaar zijn. Het is een zeer praktisch hulpmiddel voor verpleegkundigen, dat hen helpt in het indicatieproces.

Mevrouw Ellemeeet heeft een vraag gesteld over de mantelzorgers. De Kamer weet dat we de positie van de mantelzorgers met de Wmo ook wettelijk hebben versterkt. Mantelzorg is niet verplicht, maar moet wel verplicht worden betrokken. Ik heb de Kamer in mijn brief over de mantelzorg ook laten weten welke ondersteuningsprogramma's er lopen. Onlangs heb ik mijn brief over de cliëntondersteuning gestuurd. Die cliëntondersteuning is juist ook bedoeld om niet alleen de cliënt zelf, maar ook de mantelzorg verder te ondersteunen. Dit zal ook een impuls geven aan de ondersteuning van de mantelzorger. We zijn dus inderdaad vanaf 2015 al bezig om de positie van de mantelzorger verder te versterken. Mevrouw Ellemeeet had het ook over een motie over de rechten van mantelzorgers. Die motie is inderdaad net door de Kamer aangenomen. Ik zal de Kamer over de stand van zaken hiervan informeren bij de eerstvolgende voortgangsrapportage over de mantelzorg, eind 2017.

Ik ben het zeer met mevrouw Ellemeeet eens dat innovatie, ICT, domotica heel belangrijke factoren kunnen zijn, zeker in de toekomst. In het bestuurlijk akkoord hebben partijen afgesproken om kansrijke toepassingen van e-health breed in de zorg ingevoerd te krijgen. Er komt een apart onderzoek naar de vraag welke innovaties bijvoorbeeld binnen de wijkverpleging kunnen helpen en welke gerichte investeringen mogelijk zijn. De Kamer heeft ook kunnen zien dat we bezig zijn met het geven van een aantal impulsen rond startups en opschaling van e-health. We zorgen dat we duidelijk maken welke mogelijkheden er allemaal zijn en dat ze voor de hele sector beschikbaar komen. Er is een sectorbreed informatie-beraad, waarin onder andere ook alle toepassingen van e-health aan de orde zullen komen. Dus ik voorspel dat we in de komende periode met name op dit terrein beter zicht krijgen op wat er allemaal speelt. We zullen ook beter zicht krijgen op welke best practices er zijn. Het gaat er nu om, op een aantal punten gewoon door te pakken. Dit zal de toekomst voor een deel echt mede gaan bepalen.

Mevrouw Ellemeeet heeft ook een vraag gesteld over de monitor over de werkdruk. Er is onlangs een enquête gehouden door V&VN. Daaruit blijkt dat de werkdruk inderdaad is toegenomen. Ik denk dat het zeer belangrijk is om dit te blijven volgen. Alle inspanningen die we nu doen voor dit vak, door te zorgen voor wat extra middelen en door ervoor te zorgen dat de vrijheid toeneemt, zijn er ook op gericht om ervoor te zorgen dat die werkdruk beheersbaar is. Ik zal de Kamer voor het einde van dit jaar de uitkomsten sturen van een nieuwe werknemersenquête, die op dit moment wordt afgenomen. Dan kunnen we ook bekijken en met z'n allen volgen hoe die werkdruk zich ontwikkelt.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Gerbrands. Over de zorginkoop en de contractering hebben we het volgens mij voldoende gehad. Hetzelfde geldt voor de rol van de verzekeraars bij de inkoop, en volgens mij ook voor de overproductie.

Zij vroeg ook waarom de 37 miljoen overproductie niet wordt betaald. Dat hangt toch een beetje af van de contractafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar hebben gemaakt. Je kunt je voorstellen dat er bijvoorbeeld een afspraak wordt gemaakt over een bepaald budget. Dat wordt gevuld met declaraties tegen een bepaald tarief. Als er meer wordt gedaan, is een deel daarvan voor eigen rekening. Dat zijn afspraken die je met elkaar kunt maken. Onder die afspraken staan dan de handtekeningen van de partijen. Ja, dan zal de ene partij de andere aan de handtekening willen houden. Dat staat los van de vraag of er voldoende zorg wordt ingekocht voor de burger. De burger mag namelijk van die afspraken natuurlijk geen last hebben. Dat betekent dus dat er altijd bekeken moet worden of er in totaal voldoende zorg wordt ingekocht. Maar als dit in de contracten staat, kan ik moeilijk zeggen: u moet zich niet aan het contract houden. Dat blijft zo.

De heer Van der Staaij vroeg of er in dat akkoord ook iets staat over wie er verantwoordelijk voor is dat mensen de juiste zorg vinden. Dat gebeurt via twee lijnen. Ik denk dat de meeste mensen als ze zorg zoeken, die via de meest laagdrempelige kanalen gaan vinden, dus via de huisarts, via de wijkverpleegkundige, of soms via anderen met andere ervaringen. Daarom is het zo belangrijk dat huisartsen en wijkverpleegkundigen weten wat er te vinden is. Ik heb onlangs overleg gevoerd met de huisartsen en de gemeenten, waarbij ik zei: kunnen we er nou niet voor zorgen dat het eigenlijk in elke gemeente voor de huisartsen duidelijk is welke ondersteuning de gemeente te bieden heeft? Daarover gaan we ook afspraken maken zodat dat duidelijk is. Hetzelfde geldt voor de wijkverpleegkundigen. Zij vormen de spil in de wijk. Zij moeten weten welke contracten met de huisartsen er zijn en welke contacten er zullen zijn met de gemeente. Dit moet ook in samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars plaatsvinden. Dit is een van de redenen waarom er in dit hoofdlijnenakkoord een aparte passage is opgenomen over meer samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars.

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

In algemene termen lijkt me dat prachtig en lijkt het me een goede stap die wordt gezet. Maar volgens mij is er best nog een sprong te maken naar de echte praktijk in thuissituaties. Je merkt dat daar soms toch de huisarts of de wijkverpleegkundige, het eerste contact, ontzettend druk is met andere dingen. Daardoor komt men er soms toch niet echt aan toe om in zo'n concrete thuissituatie te bekijken wat er nou meer nodig is wat te vinden is bij anderen. Hoe kunnen we dat verder stimuleren? De eerste die in beeld komt, moet die rol ook een beetje oppakken. Hoe kunnen we dat stimuleren?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben het zeer met de heer Van der Staaij eens. Precies daarom heb ik bij de VNG en de Landelijke Huisartsen Vereniging dit onderwerp aangesneden. Ik heb het maar een beetje praktisch gezegd. Als je bij de huisarts komt en er is een klacht waarvoor specialistische zorg nodig is, dan heeft de huisarts naast zijn telefoon zo'n geplastificeerd lijstje liggen – het zal tegenwoordig wel meer digitaal zijn geregeld – waarop staat dat hij bij een bepaalde klacht die en die kan bellen of consulteren of naar hem kan verwijzen. Zo'n lijstje bestaat eigenlijk niet voor de zorg en ondersteuning die de gemeente biedt, terwijl dat wel ongelooflijk belangrijk is. In Utrecht Overvecht gebeurt dat wel. «Welzijn op Recept» heet het daar. Daar zie je dat het werkt. Ik heb dus gezegd: moeten we nou niet afspreken dat zowel de VNG als de Landelijke Huisartsen Vereniging het vanaf het komend jaar gaat stimuleren dat dit overal gebeurt, dus dat er structureel overleg plaatsvindt tussen huisartsen en gemeenten, dat duidelijk is welke ondersteuning de gemeente heeft ingekocht en dat huisartsen dat weten? Beide partijen hebben gezegd: eigenlijk is het te gek voor woorden dat dat nog niet zo is. Ze hebben gezegd: wij zijn bereid om er samen aan te gaan werken om dat wél voor elkaar te krijgen. We hebben ook afgesproken dat we dit overleg gaan voortzetten om de voortgang hiervan in de gaten te houden. Dit is inderdaad een heel praktische manier om te bevorderen dat een heel simpele vraag heel snel beantwoord kan worden.

Naar aanleiding van een vraag van de heer Rutte heb ik volgens mij over e-health en domotica al het nodige gezegd.

Zowel de heer Rutte als mevrouw Keijzer zei dat de tarieven niet vastgesteld zijn of nog niet vastgesteld worden, maar alleen maar worden geïndiceerd. Ik dacht dat ik al had gezegd dat ik dat geen onverstandige beslissing vind van de Zorgautoriteit. Daar zegt men: we kunnen nu wel het tarief herijken, maar er wordt gediscussieerd over de kwaliteit van het casemanagement, over de kwaliteit van de palliatieve zorg, over de kwaliteit van de wondverzorging en de intensieve kindzorg. Men zegt

daar: we kunnen dan wel zeggen dat er een bepaald integraal tarief komt, maar we willen daar toch wel iets scherper naar kijken. De indicatie zou nu zelfs zijn dat in sommige opzichten het tarief naar beneden kan als je heel sec naar de huidige onderdelen kijkt. Daarover zegt de Zorgautoriteit: dat vinden we eigenlijk een contrabeweging en dat gaan we niet doen. Men zegt: we gaan nu gewoon maar indiceren, om vervolgens met behulp van die aangescherpte kwaliteitskaders te bekijken wat een betere onderbouwing van het tarief zou kunnen zijn. Ik denk dat dat een verstandige beslissing is.

Mevrouw Keijzer stelde een vraag over de extra verpleegkundigen die nodig zijn. Volgens het Centraal Planbureau zal de werkgelegenheid in de gehele sector zorg en welzijn zodanig groeien dat er straks plaats is voor, schrik niet, 125.000 extra medewerkers. Ik heb zelf in het verleden weleens rekensommen gemaakt waaruit blijkt dat bij ongewijzigd beleid eigenlijk iedere schoolverlater onmiddellijk voor de zorg moet kiezen. Alleen op die manier zou er voldoende personeel in de zorg zijn. Nu wordt dat beleid al gewijzigd. Maar het gaat dus niet gebeuren dat elke schoolverlater voor de zorg kiest. Er zijn ook nog andere sectoren waar men mensen nodig heeft. Dat betekent dat we over de hele linie naar mogelijkheden moeten kijken. We moeten kijken naar nieuwe functies, naar de mogelijkheden van ICT en domotica, naar uitbreiding van bestaande contracten. Hoe kunnen we herinstromen en zijnstromen verder bevorderen? Ik vind zelf nog steeds dat er in instellingen heel weinig grote contracten zijn. Dat merk ik steeds als ik in een instelling rondloop. Er zijn dus nog heel veel mensen met kleine contracten. Misschien klopt het wel vanuit de gedachte van de bestuurders dat zij op de piekmomenten meer mensen nodig hebben dan op de dalmomenten. Maar dat gaat natuurlijk helemaal niet meer zo op, zeker als je uitgaat van de gedachte dat het niet alleen om zorg, maar ook om welzijn gaat. Uitbreiding van de bestaande contracten kan dus ook een van de instrumenten zijn. Maar mevrouw Keijzer voert dit punt volgens mij heel terecht aan. In de hele zorg moeten we heel veel werk maken van de arbeidsmarktproblematiek. En we moeten ons afvragen hoe de zorg een voldoende aantrekkelijke arbeidsmarkt zal kunnen zijn. Nemen wij vergrijzing mee in de analyse van de tekorten? Ja. Tot zover mijn bijdrage in de eerste termijn, voorzitter.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn. Is er behoefte aan het houden van een tweede termijn? Ik zie dat dat het geval is. In de tweede termijn krijgt mevrouw Marijnissen als eerste het woord. Elke spreker heeft in de tweede termijn twee minuten spreektijd.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Voorzitter. Ik kan het heel kort houden, hoor, want veel is volgens mij in de interrupties al aan de orde gekomen.

Onze grootste zorg zit echt nog bij de spanning die er zit tussen enerzijds de vraag of er voldoende zorg is ingekocht en anderzijds de cliënt/patiënt, die natuurlijk altijd in een afhankelijkheidsrelatie zit als hij zorg nodig heeft. Bot gezegd: je hebt dan gewoon geen zin in gedoe, maar je wilt dan gewoon de zorg krijgen die je nodig hebt. We hebben ook het alarm-sigitaal gehoord dat V&VN vandaag heeft afgegeven en we hebben zelf ook nog steeds zorgen. Daarom wil ik wellicht toch een motie indienen op dit punt. Hoe gaan we er nou voor zorgen dat we niet in de tweede helft van het jaar nóg meer problemen krijgen bij de wijkverpleging, met discussies met zorgverzekeraars, met patiëntenstops? Wij horen nu al dat er volop patiëntenstops zijn. Maar goed, misschien verschillen onze bronnen en die van de Staatssecretaris van mening. Dit is eigenlijk het belangrijkste punt waarover onze zorg nog steeds niet is weggenomen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter. Ik dank de Staatssecretaris voor zijn reactie. Ik vind het ook mooi om te horen dat er bij het casemanagement dementie een activistische NZa komt. Ik denk dat dat ook een beetje hoort bij het volwassen worden van het systeem. Ik ben dus heel benieuwd hoe dat zal aflopen. Ik vind het heel fijn dat er al binnen een maand een arbeidsmarktagenda zal liggen. Ik hoop dat de FNV daarbij aan tafel zit, want het lijkt me dat we dit echt breed met elkaar moeten gaan oppakken. Worden ook de zijinstromers daarbij meegenomen? Is meer aandacht voor zijinstromers daarin een van de ideeën waarmee ervoor kan worden gezorgd dat er meer mensen in de zorg gaan werken?

Ik kom bij de brandbrief van V&VN. Daarin staat dat er in de zomermaanden gewoon te weinig personeel is. De Staatssecretaris zegt dat hij daarbij de vinger aan de pols houdt en hij heeft het over de rapid response teams. In hoeverre is V&VN daar nou eigenlijk bij betrokken? Die vereniging stuurt natuurlijk vandaag niet voor niets een brandbrief. In hoeverre is er nou een oplossing voor die zorgen? Of moet er nog meer gebeuren?

Verder heeft Panteia een arbeidsmarktanalyse over kinderverpleegkundigen gedaan. De Staatssecretaris zegt dat er een werkgroep komt en dat er ook nog een rapport komt. Mijn vraag aan de Staatssecretaris was echter eigenlijk of hij de aanbevelingen uit dat rapport overneemt.

Verder heeft de Staatssecretaris mijn vraag over het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt) nog niet beantwoord. Is de Staatssecretaris bereid om daar nu een onderzoek naar te laten doen? Wat is de omvang? Hoe wordt dat nou gebruikt? Zijn mensen tevreden? Is het voldoende bekend?

Verder had ik nog een vraag gesteld over de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Daarin zitten perverse prikkels. Voor het ene wordt een eigen bijdrage gevraagd en voor het andere niet. Is de Staatssecretaris bereid om daar onderzoek naar te doen?

De laatste vraag die nog niet is beantwoord, gaat over het advies van Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) over een overgangsregeling bij de indicatiestelling. Daar zegt men: er zijn gewoon onvoldoende verpleegkundigen niveau 5. Dat is volgens BTN een probleem voor het indiceren volgend jaar.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Kunt u de vraag die u stelde voor de vraag over de perverse prikkels nog even herhalen? Die heb ik even niet meegekregen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ja, dat heb je met onderwerpen met een perverse prikkel. U hebt de vraag over vpt/mpt gemist? Is de Staatssecretaris bereid om een onderzoek te doen naar de omvang? Hoe wordt dat nou gebruikt? Zijn mensen tevreden? Is het voldoende bekend?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ook ik dank de Staatssecretaris voor de beantwoording van de vragen. Ik mis nog antwoorden op twee vragen van mij. Een vraag ging over de goede informatievoorziening, over de keuzes en de kosten bij de wijkverpleging. Dat is juist zo belangrijk omdat niet altijd alles automatisch wordt gefinancierd. Je hebt dus soms met eigen betalingen te maken. Dan is het ook wel zaak dat de cliënt daar goed over wordt geïnformeerd. Die informatieplicht moet dus actief worden opgepakt in plaats van passief. Ik hoor daar graag nog een reactie op.

De tweede vraag waar nog een antwoord op moet komen, was welke rol de Staatssecretaris voor zichzelf weggelegd ziet bij het bevorderen van de meerjarencontractering in de wijkverpleging. Ik denk dat we allebei vinden dat het een goede zaak zou zijn als er meer meerjarencontracten komen. Ik denk dat we dat allebei willen bevorderen.

We delen de verbazing over de blijkbaar nog steeds onvoldoende beschikbare facts and figures over het casemanagement dementie, ondanks dat al jarenlang aan de bel wordt getrokken dat men geen casemanagement dementie krijgt als dat wel wenselijk is.

Ik heb nog een vraag over dat rapid response team waar de Staatssecretaris het over had. Wat gaat dat team dan doen aan het oplossen van de problemen rond het casemanagement dementie?

Over de preferente zorgverzekeraar zeg ik: heel mooi. Ik denk dat dat de ontwikkeling is die we willen zien in ons huidige stelsel. We willen dat verzekeraars waar mogelijk zaken afstemmen. We willen niet dat ze allerlei onnodige onderhandelingsrondes en administratie veroorzaken.

Net als mevrouw Bergkamp vroeg ook ik me af hoe V&VN nu is aangehaakt bij de oplossingen voor de problemen die deze zomer dreigen rond personeelskrapte. De Staatssecretaris gaf een aantal oplossingsrichtingen aan. In hoeverre is het veld daar goed bij aangehaakt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Ik wil toch nog wel vraagtekens zetten bij die 330 contracten waarbij er overproductie was. Ik wil geen 1.600 ambtenaren aan het werk zetten, maar ik ben wel benieuwd naar de oorzaak. Is er te weinig ingekocht? Wat is ermee gedaan? Is er voor het volgende jaar meer ingekocht? Ik zou daar graag meer over horen. Dat hoeft niet nu meteen, maar kan bijvoorbeeld bij de volgende voortgangsrapportage. Ik zou daar graag wat inzicht in willen hebben. Hoe komt het nou en wat is er voor de volgende jaren mee gedaan? Want er is wel gewoon zorg geleverd.

Linksom of rechtsom, het moet ergens gebeven zijn, denk ik dan. Bij de motie die we hebben aangehouden ga ik de Staatssecretaris echt enorm helpen, want ik ga haar in stemming brengen. Als zij wordt aangenomen, komt er een aparte betaaltitel. Dan kunnen we volgend jaar zo op een knopje drukken, waarna we precies weten hoeveel zorg er is geleverd.

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

Voorzitter. Ik wil de Staatssecretaris danken voor de beantwoording. Het is positief om te horen welke stappen er inmiddels al zijn gezet en welke afspraken er zijn gemaakt rond casemanagement dementie. Het is ook positief om te horen dat de druk en de bijzondere aandacht daarvoor echt helpen om ook stappen te zetten waardoor ieder die die zorg nodig heeft, die ook krijgt.

Ik heb ook waardering voor wat er naar aanleiding van het bestuurlijk akkoord of in het bestuurlijk akkoord in gang wordt gezet, bijvoorbeeld op het vlak van de betere afstemming tussen huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars. Het streven is dat zo vroeg mogelijk wordt gesignaleerd welke zorg mensen nodig hebben, en dat die zorg ook wordt gevonden. Ik herinner me dat we over de mantelzorg mooie debatten hadden over «verlichten, versterken en verbinden» en dat er later het woord «vinden» bij kwam. Ik denk dat dat op andere terreinen ook vaak aan de orde is. Hoe vinden we ook in de praktijk de oplossingen die er al zijn? Dan vind je snel het haakje. In de eerste termijn was er een interruptiedebat over hoe mooi het systeem in elkaar zit en wat er in de praktijk allemaal misgaat. Mij valt vaak op dat iets in de praktijk best ook wel heel goed had kunnen gaan, maar dat daarbij dan toch schrijnende situaties ontstaan, waarover we met z'n allen zeggen: dat zou toch niet moeten kunnen. Het goed en snel vinden van wat ook mogelijk is, vormt dus echt de kracht van ons zorgstelsel in de praktijk.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik zal het heel kort houden. Er is al veel gezegd vandaag. De antwoorden van de Staatssecretaris op de vragen die ik heb gesteld, waren zeer duidelijk. Ik ben heel blij dat er nu door alle partijen echt druk

wordt gezet achter die gespecialiseerde wijkverpleegkundige zorg. Dat is enorm belangrijk. Het mag niet bij mooie woorden blijven, maar aangezien er een commitment is van de NZa, van de verzekeraars en van de aanbieders om het deze keer voor elkaar te boksen, heb ik er vertrouwen in dat het lukt. Ik zie uit naar de updates die de Staatssecretaris heeft beloofd.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Voorzitter. Ik kom toch nog even terug op het feit dat de NZa heeft besloten om de tarieven niet te herijken, maar alleen te indexeren. We weten uit de monitor van de NZa dat de tarieven voor casemanagement dementie te laag zijn. In sommige gevallen liggen die zelfs onder het tarief voor persoonlijke verzorging. Nou was ik blij met wat de Staatssecretaris vertelde. Hij zei dat de Nederlandse Zorgautoriteit in de praktijk gaat bekijken of er voldoende casemanagement en begeleiding voor mensen met dementie is ingekocht en of die van voldoende kwaliteit is. Ik ga er wel van uit dat dit niets te maken heeft met het feit dat nu niet de tarieven herijkt worden. Ik zie de Staatssecretaris op dit moment nee knikken, dus daar ben ik blij om. Anders zouden we straks in een situatie komen waarin de Nederlandse Zorgautoriteit niets zou kunnen, omdat dan het weerwoord zou zijn: er zijn geen actuele tarieven. Dan zouden we blij zijn met een dode mus, en daar zit ik hier niet voor.

Ik heb nog een laatste punt, over de intensieve kindzorg. Wij horen regelmatig verhalen van ouders met deze intensievezorgkinderen, die helemaal vast komen te zitten in de bureaucratie van aanvragen van wijkverpleging. Ze krijgen tientallen uren minder zorg en ze lopen aan tegen het feit dat alleen de medische zorghandeling geïndiceerd en dus betaald wordt. De Staatssecretaris schrijft in zijn brief dat zorgverzekeraars meer mogen indiceren. Zij mogen dus meer dan alleen de daadwerkelijk medische handelingen indiceren. Maar dat gebeurt nou juist niet altijd. Is er ook voor deze groep mensen een taskforce of een meldpunt waar ze zich kunnen melden als zorgverzekeraars dit doen? Als zorgverzekeraars alleen medische handelingen indiceren, frustreren ze daarmee dus de zorg voor deze kinderen. Waar kunnen mensen zich melden als dit gebeurt? Het moet een plek zijn waar ze ook geholpen kunnen worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Hiermee is er een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. De Staatssecretaris krijgt het woord voor de beantwoording van de vragen die in de tweede termijn zijn gesteld.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter. Ik parafraseer maar even wat mevrouw Marijnissen eigenlijk zei. Zij zei: alles goed en wel, maar laten we wel goed in de gaten houden dat we niet in het tweede deel van het jaar met problemen worden geconfronteerd. Volgens mij zegt ze dat heel terecht. Volgens mij is het een van de taken van onder andere de Zorgautoriteit om dat goed in de gaten te houden en het vroegtijdig te signaleren als die problemen zich mochten voordoen. Wijkverpleegkundige zorg is in veel opzichten een speerpunt. Er moet gewoon voldoende zorg zijn ingekocht. Mensen hebben geen zin in gedoe. Ik denk dat dat een korte samenvatting is van de woorden van mevrouw Marijnissen, waar ik het eigenlijk alleen maar mee eens kan zijn.

Met mevrouw Bergkamp spreek ik de wens uit dat we die arbeidsmarktagenda zo snel mogelijk kunnen afronden. Ik doe ook een beroep op de FNV om daaraan mee te blijven werken. Ik zal daar ook nog wat gesprekjes over voeren. Ik kijk in dit verband een beetje naar mevrouw Marijnissen; ik weet eigenlijk niet waarom. Misschien kan zij ook meehelpen.

Mevrouw Bergkamp vroeg ook of V&VN voldoende betrokken is. We hebben een brief gekregen van V&VN, die op teletekst een «brandbrief» werd genoemd. Daarin zegt men: luister eens, heb nou voldoende aandacht voor die wijkverpleging. Dat lijkt me een terecht punt. We hebben niet voor niets een akkoord gesloten. Verder brengt men in de brief naar voren: deel onze zorgen over de arbeidsmarkt. Dat punt hebben we volgens mij zojuist uitgebreid besproken. En verder schrijft men: let op, die arbeidsmarktproblematiek gaat misschien ook op de korte termijn al een rol spelen, bij het vinden van voldoende personeel voor in de zomermaanden. Ik zal zeker met V&VN nog nader contact opnemen. Er is al contact. Ik zal navragen of men bij deze vereniging nog andere ideeën heeft. Maar het zijn natuurlijk vooral de zorgaanbieders die dit probleem samen moeten gaan oplossen. Ik heb zelf niet een toverstaf waarmee ik even voldoende personeel voor de zomer kan regelen. Daar moeten de zorgaanbieders natuurlijk zelf voor zorgen. Maar we zullen zeker contact opnemen.

Zijinstromers worden inderdaad ook nadrukkelijk meegenomen in die arbeidsmarktagenda.

Mevrouw Bergkamp had het ook nog over de aanbevelingen van Panteia. We maken nu een plan van aanpak op basis van die aanbevelingen van Panteia. Dus het antwoord op de vraag die hierover is gesteld, is: ja. VWS ondersteunt de partijen daarbij ook. In het najaar krijgen we inderdaad de stand van zaken op dat punt aangeleverd.

Er is ook nog gesproken over mpt/vpt. Eind 2016 waren er 7.300 mensen met een vpt en 24.000 mensen met een mpt. Daarmee is 413 miljoen gemoeid. Het laatste onderzoek naar tevredenheid stamt al van enige tijd geleden; dat klopt wel. Het onderzoek is van voor de grote veranderingen. Dus ik denk dat het zinvol is om het onderzoek te herhalen. Wij zullen dat dus gaan doen.

De voorzitter:

Daarbij staat vpt voor «volledig pakket thuis» en mpt voor «modulair pakket thuis».

Staatssecretaris Van Rijn:

Zo is het. Dat zegt u terecht, voorzitter.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Ik ben blij dat de Staatssecretaris een nieuw onderzoek gaat doen. Het lijkt mij dat daarin de mate van tevredenheid moet worden meegenomen, maar ook de bekendheid. Wanneer start dat onderzoek? En kan de Staatssecretaris iets zeggen over het tijdstip waarop wij de resultaten kunnen verwachten?

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik wil dat onderzoek eigenlijk zo snel mogelijk na de zomer opstarten. Laten we hopen dat het dan in het eerste halfjaar van 2018 kan worden afgerond.

Er is gesproken over perverse prikkels. Het is natuurlijk zo dat er bij de wijkverpleging geen eigen bijdrage is en bij de Wet langdurige zorg wel. Die is overigens gebaseerd op kosten die voor andere zaken worden gemaakt, bijvoorbeeld voor eten, huisvesting enzovoorts. Over de samenloop tussen verschillende bijdragen hebben we al diverse brieven gestuurd. We zien gemeenten daarop inmiddels inspelen door ook weer allerlei maatregelen rond collectieve verzekeringen of aanpassingen van die eigen bijdragen in de Wmo zelf. Ik denk maar zo dat dit een onderwerp is dat niet helemaal van onze agenda zal verdwijnen. We zien in de verkiezingsprogramma's van politieke partijen dat zij daar verschillend over denken. Ik ken een partij die voorstelt om het eigen risico dan maar helemaal af te schaffen. Andere partijen zeggen: je moet juist naar de

eigen bijdrage kijken. We hebben in de afgelopen periode die stapeling zo veel mogelijk in beeld gebracht. Ik denk dat dit inderdaad een onderwerp is dat misschien ook zomaar op de formatietafel hoort te liggen. Je moet bekijken wat nou de samenloop is tussen de verschillende bijdragen. Het zou niet zo moeten zijn dat mensen om financiële redenen de zorg niet zouden krijgen waar het om gaat. Je mag best financiële afwegingen maken, maar die mogen er niet toe leiden dat mensen niet de zorg krijgen die ze willen. Het lijkt me daarom goed dat hierover de discussie nog niet is gesloten.

Over de overgangsregeling voor de indicatie zijn er heel praktische afspraken. Als de mensen er niet blijken te zijn die voldoen aan de eisen die je stelt aan degenen die moeten indiceren, dan moeten er ook zekere afspraken worden gemaakt over de vraag wie het dan wel doet. Ik heb gezien dat dat in de praktijk vrij soepel loopt. Waar dat niet het geval is, zullen we er extra op letten. Maar het kan dus in de praktijk wel.

Mevrouw Ellemee had het over de kosten. Ja, de actieve informatieplicht is heel belangrijk, zodat mensen weten waar ze aan toe zijn. Zoals de Kamer weet, hebben we diverse acties in gang gezet bij de gemeenten om dat te doen tijdens de keukentafelgesprekken. Bij wijkverpleging is dat niet nodig, want daarvoor is er geen eigen bijdrage. Bij de Wlz is die er wel, maar daar word je hierover meestal door de zorgaanbieder geïnformeerd. Maar ik ben het met mevrouw Ellemee eens: je moet van tevoren weten waar je aan toe bent.

Over meerjarencontracten hebben we in het akkoord ook afspraken gemaakt. Je kunt je overigens voorstellen dat als er heel veel discussie is over kwaliteit en tarieven en er heel veel verandert, en als partijen onvoldoende zicht hebben op wat er in de toekomst gaat gebeuren, zij ook een beetje voorzichtig zijn met het maken van meerjarenafspraken. Nu hebben we dit akkoord waarin een aantal afspraken is gemaakt. Ik denk dat die voldoende basis bieden om het afsluiten van die meerjarencontracten nog verder te stimuleren. Ik ben er groot voorstander van.

Meerjarencontracten brengen rust. Naarmate het stof een beetje is neergedaald en partijen elkaar wat meer weten te vinden, zullen ook de meerjarencontracten meer opgeld doen. Van mijn kant zal ik die meerjarencontracten bevorderen. Ik heb ook goede hoop dat dat doorgaat.

Waar gaat het om bij het rapid response team van de Zorgautoriteit? Stel dat er ergens concrete signalen zijn over wachtlijsten of groeiende wachtlijsten. Dan gaat het rapid response team met partijen, bijvoorbeeld de zorgverzekeraars, oplossingen zoeken en aanjagen. Dit sluit aan bij het signaalteam dat er nu al is. Dit moet ertoe leiden dat uiteindelijk de zorg geleverd wordt aan mensen die op die zorg wachten. Dat kan gebeuren óf door betere afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders, óf door een aanwijzing dat er bijgecontracteerd moet worden. Kortom, er wordt dan heel nadrukkelijk gekeken naar wat er in de praktijk gebeurt.

Op de vraag over betrokkenheid van V&VN bij de discussie over personeel in de zomer heb ik al geantwoord bij een vraag van mevrouw Bergkamp. Mevrouw Gerbrands vroeg eigenlijk of er in de volgende voortgangsrapportage geen aandacht zou moeten worden besteed aan die ontwikkeling van de overcontractering. Daar ben ik eigenlijk wel voor. We zullen de Zorgautoriteit dus vragen om te bekijken of men dat daar kan meenemen in de monitor. Dan kunnen we daar goede informatie over krijgen. Zij had het ook over die aparte betaaltitel. Ik weet niet of ik haar kan overtuigen. Ik snap waarom ze zegt wat ze hierover heeft gezegd. Ik denk dat die transparantieafspraken die we met de Zorgautoriteit hebben gemaakt, al heel erg die richting uit gaan. Daarbij wordt er om informatie gevraagd om erachter te komen wat er is gebeurd, zodat je kunt ingrijpen. Ik ben er een beetje bevreesd voor dat je weer helemaal teruggaat met een nieuwe betaaltitel, die leidt tot wettelijke aanpassingen en waarbij je een prestatie moet gaan definiëren. Dan gaat men daar weer over spreken, terwijl ik nou juist wil dat men zegt: nee, ik wil dat het in de

praktijk beter gaat. Ik denk dus dat het doel van mevrouw Gerbrands en dat van mij hetzelfde zijn. Door die transparantieafspraken gaan we de informatie ook krijgen. Maar laten we voorkomen dat er een discussie ontstaat over betaaltitels, prestaties en wetten. Ik snap waarom mevrouw Gerbrands het vraagt en we hebben hetzelfde doel, maar ik ben bang dat wat zij voorstelt, het proces niet zal versnellen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

De Staatssecretaris weet natuurlijk dondersgoed dat dit niet de enige reden is waarom ik dit vraag. De discussie hebben we ook tijdens het AO over dementie gevoerd. Het gaat erom dat er gewoon aantoonbaar kwaliteit verloren gaat. Dat wil ik tegengaan. En ik vind het gewoon niet goed als hier nog een jaar over wordt gediscussieerd, gerommeld en als het nog een jaar onder de wijkverpleging wordt weggefrommeld. Er zijn gewoon casemanagers dementie ontslagen omdat ze niet meer betaald werden als casemanager dementie, maar gewoon onder de wijkverpleging kwamen te vallen. Dat wil ik gewoon tegengaan. Dat is er ook mede een reden voor dat ik vind dat er een aparte betaaltitel moet komen voor het beroep van casemanager dementie. Dat beroep is heel belangrijk en dat moet je niet even ergens anders onder frommelen. Dat gebeurt nu wel.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat begrijp ik. Ik wil er echter op wijzen dat het invoeren van een betaaltitel en discussies over prestaties weer tot allerlei juridische discussies zullen leiden. Dat zouden we voor lief kunnen nemen. Maar dat zou ook nog niet de garantie bieden dat het in de praktijk dan ook beter gaat. Daarom heb ik ervoor gekozen om met partijen afspraken te maken die de praktijk zullen verbeteren, in plaats van te kiezen voor afspraken met een juridische kant. Daarom was dat mijn inzet, maar ik denk dat mevrouw Gerbrands en ik elkaar hierin niet kunnen overtuigen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Zolang er in dit land zorgverzekeraars zijn die roepen dat wijkverpleegkundigen die daar over de vloer komen dat er allemaal wel even bij kunnen doen, worden de Staatssecretaris en ik het hierover inderdaad niet eens.

De **voorzitter**:

De Staatssecretaris vervolgt zijn betoog.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Als ik verantwoordelijk zou moeten zijn voor wat iedereen in het land roept, dan zou mijn taak nóg zwaarder zijn, voorzitter.

Volgens mij heeft de heer Van der Staaij behartigenswaardige opmerkingen gemaakt over de vierde V, namelijk de V van «vinden». Waarom hebben wij de brief over de cliëntondersteuning geschreven? Die hebben we inderdaad geschreven omdat we de informatie van de huisartsen willen verbeteren. Als er een cliënt in het zorgaanbod komt, is volgens mij nog het allerbelangrijkste dat de zorgaanbieder zich ook echt verantwoordelijk voelt voor een goede informatievoorziening. Hij moet de cliënt zeggen wat er te koop is. Daar moet nog veel in gevonden worden. De structuur moet worden aangepast, maar ook zijn cliëntondersteuning en informatievoorziening van belang. Verder moet de zorgaanbieder zich ervoor verantwoordelijk voelen dat die goede zorg daadwerkelijk wordt gevonden. Dat lijkt mij inderdaad een van de belangrijkste punten waar in de komende periode aan moet worden gewerkt.

Ik dank de heer Rutte voor zijn opruiende woorden over de Zorgautoriteit. Ik denk dat het goed is dat deze afspraken zijn gemaakt, maar het gaat er natuurlijk om hoe ze in de praktijk worden toegepast. Volgens mij wees de

heer Rutte er terecht op dat we deze afspraken met de Zorgautoriteit aan de hand zullen moeten gaan bevorderen. Mevrouw Keijzer had ik via body language al laten weten dat er twee trajecten lopen ten aanzien van de intensieve kindzorg. Er is inderdaad een speciale groep die met name deze zorg bekijkt. Als er contact is met partijen en er problemen zijn, moet het juiste loket worden gevonden. Met een wisselende intensiteit, maar over het algemeen zeer intensief, bekijken we met ouders die betrokken zijn bij intensieve kindzorg hoe we een standaard kunnen maken voor de intensieve kindzorg die ook een rol kan spelen bij de zorginkoop. De leden hebben verder in mijn brief kunnen lezen dat we onlangs bij de discussie die er werd gevoerd over de vraag hoe de zorg moet worden afgebakend, met alle partijen daar een nadere duiding aan hebben gegeven. Alle partijen zijn daar heel blij mee. Ik denk dat we op dat vlak ook weer een volgende stap kunnen zetten. Die intensieve kindzorg krijgt dus inderdaad ook aparte en voldoende aandacht van ons, wat overigens ook nodig is. Tot zover mijn inbreng in de tweede termijn, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit debat. De griffier heeft een behoorlijk aantal toezeggingen genoteerd. Die neem ik graag met u door. Het zijn toezeggingen op hoofdlijnen, dus zaken die naar de Kamer worden gestuurd.

- De Kamer ontvangt naar verwachting deze maand nog nadere informatie inzake de gezamenlijke integrale arbeidsmarktagenda.
- De Kamer ontvangt te zijner tijd het onderzoek inzake de ongecontracteerde zorg. Is het «te zijner tijd» nader in te vullen, vraag ik de Staatssecretaris.

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat zal ik de Kamer bij de voortgangsrapportage toesturen.

De voorzitter:

Dank u.

- De Kamer zal drie keer per jaar worden geïnformeerd over de activistische handhaving door de NZa op het dossier casemanagement dementie, zorg verlichten in de praktijk. De NZa zal ook bij andere specialistische zorgvormen, zoals palliatieve zorg en intensieve kindzorg, een activistische handhavingsnorm toepassen. Maar nu zie ik de Staatssecretaris bedenkelijk kijken.

Staatssecretaris Van Rijn:

Nou, voorzitter, de afspraak was dat de aandacht die we bij het casemanagement dementie hebben voor tariefvorming en voor het bekijken welke kwaliteitsstandaard nodig is, ook bij andere vormen van zorg zullen hebben. Is daar een «activistische handhaving» voor nodig? Dat is de vervolgstap; zo ver ben ik nog niet.

De voorzitter:

Goed, dan zetten we dat tussen haakjes en kunnen we die altijd weer weghalen als er een volgende stap nodig is.

- Eind 2017 ontvangt de Kamer de volgende rapportage of brief inzake de mantelzorgers, met daarin ook de stand van zaken over de uitvoering van de motie over rechten van mantelzorgers.
- Eind 2017 ontvangt de Kamer de uitkomsten van de werknemersenquête over onder andere de werkdruk.
- De Kamer zal naar verwachting in het eerste deel van 2018 de resultaten van het onderzoek naar het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt) ontvangen.

- In de volgende voortgangsrapportage wordt de Kamer geïnformeerd over de ontwikkeling bij overproductie van contracten.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Die hadden we al, ja.

De **voorzitter**:
Ja. De vraag is even wanneer de volgende voortgangsrapportage komt.

Staatssecretaris **Van Rijn**:
Aan het einde van dit jaar.

De **voorzitter**:
Prima.

Mevrouw Marijnissen heeft een VAO aangekondigd. Ik kijk in haar richting en zie dat ze dat door wil laten gaan. Moet dat nog voor het reces plaatsvinden? Ik zie aan haar dat dat ook het geval is. Dan zal het morgen worden gehouden. Dat zullen we doorgeven aan de plenaire Griffie. Mevrouw Gerbrands had het ook over een motie die zij in stemming wil laten brengen. Dat moet zij zelf regelen en staat los van het VAO. Ik dank de Staatssecretaris en zijn ondersteuning voor hun bijdragen tijdens dit debat. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng en constructieve bijdragen. Ik dank ook de mensen die in deze zaal of op een andere plaats het debat hebben gevolgd voor hun belangstelling.

Sluiting 16.26 uur.