

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 962

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 1 maart 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 december 2018 over de rapportages inzake contractering wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 943).

De vragen en opmerkingen zijn op 31 januari 2019 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 28 februari 2019 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

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

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de Minister uiteenzet wanneer de Kamer stukken kan ontvangen betreffende de contractering van de wijkverpleging. Zij hebben nog een aantal opmerkingen en vragen.

Deze leden zien het contract tussen zorgaanbieder en -verzekeraar als uitgangspunt voor kwalitatief goede zorg en als fundament onder de hoofdlijnenakkoorden die partijen hebben gesloten. De grote toename van ongecontracteerde zorg achten deze leden op basis van de vele onderzoeken die hieromtrent reeds verschenen zijn om verschillende redenen onwenselijk. De belangrijkste reden is dat deze leden van mening zijn dat mensen recht hebben op kwalitatief goede en passende zorg. Die zorg komt onder druk te staan. Zij zien het aandeel niet-gecontracteerde zorg daarom graag dalen en verwelkomen de inspanningen van de Minister en de betrokken partijen om deze daling te bewerkstelligen en verbeteringen in het contracteerproces aan te brengen. Kan de Minister toelichten welke nieuwe informatie de monitors precies gaan opleveren? Daarnaast vragen deze leden of de Vektis-cijfers vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren of dat extra cijfers worden toegevoegd, zodat nieuwe inzichten kunnen ontstaan.

De leden van de VVD-fractie stellen vast dat het contracteerproces in de wijkverpleging aan allerlei deadlines verbonden is en dat het voorbereiden en behandelen van een wetsvoorstel altijd zorgvuldig dient te gebeuren. Is de Minister het met genoemde leden eens dat het ontbreken van een wettelijke grondslag mogelijk kan leiden tot een verdere toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging? In hoeverre kan een toename van ongecontracteerde zorg de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden onder druk zetten? Welke mogelijkheden ziet de Minister in dat geval om partijen alsnog de zorginhoudelijke afspraken, al dan niet gezamenlijk, uit te laten voeren? Deze leden zijn immers van mening dat een contract de voorkeursoptie zou moeten zijn van zorgverzekeraar en zorgaanbieder en dat alles in het werk moet worden gesteld om dit te realiseren.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de opzet van de monitoring rond de contractering van de wijkverpleging. Genoemde leden vinden het belangrijk dat cliënten de vrijheid hebben om te kunnen kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Het streven naar meer gecontracteerde zorg moet samengaan met de wensen van cliënten. De zorgverzekeraars zullen in de contractering, naast toezien op prijs en kwaliteit, een divers aanbod moeten aanbieden aan hun verzekerden. Deze leden hebben een aantal vragen bij de monitoring van gecontracteerde zorg. De leden van de CDA-fractie zijn blij dat bij de monitoring ook gekeken wordt naar de kansen van kleine zorgaanbieders op een contract. Toch hebben genoemde leden daar nog een aantal vragen bij. Wordt alleen gekeken naar de kansen op een contract of wordt ook gemeten hoeveel contracten daadwerkelijk worden afgesloten?

Wordt daarbij ook gekeken naar de verschillen tussen zorgverzekeraars? Heeft de Minister vervolgens mogelijkheden om een zorgverzekeraar aan te spreken, wanneer één of meerdere zorgverzekeraars wel contracten aanbieden aan kleine zorgaanbieders, maar deze uiteindelijk niet afsluiten? Wordt bij de monitoring tevens gemeten of zorgverzekeraars voldoende contracteren voor zorgvragers in kleine kernen of in landelijk gebieden?

De leden van de CDA-fractie worden regelmatig geconfronteerd met signalen dat mensen in afgelegen kleine kernen aangewezen zijn op ongecontracteerde zorg, omdat gecontracteerde zorg bijna niet aanwezig is. Ook vragen genoemde leden of bij de monitoring ook gekeken wordt of rekening wordt gehouden met het tijdstip waarop de cliënt de zorg nodig heeft.

Deze leden ontvangen ook hier signalen dat soms wel gecontracteerde zorg geleverd kan worden, maar niet op een tijdstip dat voor de cliënt van belang is vanwege bijvoorbeeld vertrekken naar het werk. Deze leden informeren daarom of dit in de monitoring wordt meegenomen. Zo ja, op welke wijze?

Kan de Minister aangeven hoeveel verzekerden die zorg inkopen door middel van een persoonsgebonden budget in de zorgverzekeringswet, deze zorg inkopen via de gecontracteerde zorg en hoeveel verzekerden zich wenden tot de ongecontracteerde zorg? Tevens vragen deze leden of een gemiddeld tarief in de gecontracteerde zorg ook bijdraagt aan de toename van de ongecontracteerde zorg.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie in hoeverre in de monitoring rekening wordt gehouden met het aanbod en de vraag naar specialistische wijkverpleging. Denk daarbij aan intensieve kindzorg, palliatieve zorg, zorg voor patiënten met neurologisch of oncologische aandoeningen, maar ook nachtzorg. Op welke wijze wordt gemonitord of dit voldoende wordt aangeboden door de zorgverzekeraar? Genoemde leden krijgen namelijk ook signalen dat hiervoor vaak de ongecontracteerde zorg wordt ingezet of moet worden ingezet.

Tevens vragen deze leden hoe de inzet van specialistische wijkverpleging in kleine kernen verloopt en in landelijk gebieden.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie waarom de Minister al voorsorteert op een voorstel voor wetswijziging waarin sprake kan zijn van een eventueel nadere invulling van een kan-bepaling, terwijl er wellicht ook andere oorzaken kunnen zijn voor het ontstaan van meer ongecontracteerde zorg. Stel dat de oorzaak erin ligt dat voor gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleegkundige zorgverlening in kleine kernen of specialistische zorgvormen financieel onaantrekkelijk zijn, hoe effectief is dan een nadere invulling van de kan-bepaling?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over rapportages contractering wijkverpleging en de voorgenomen opzet van de monitor contractering wijkverpleging. De grote toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging vinden genoemde leden onwenselijk. Contracten vormen immers de basis voor afspraken over bijvoorbeeld kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Dus een hoge contracteergraad is volgens deze leden wenselijk. Het contractproces verloopt echter moeizaam, zo begrijpen deze leden vanuit de praktijk. Er is dus veel te halen wanneer het contracteerproces significant verbeterd wordt. Daar spelen alle partijen, maar vooral zorgverzekeraars een grote rol in. Daar de Minister van plan is, kijkend naar de planning, om op basis van de monitor belangrijke beslissingen te nemen, hebben deze leden hierover nog enkele vragen en suggesties.

Allereerst lezen de leden van de D66-fractie in de planning dat de Minister voornemens is om in het najaar van 2019 te komen met het voorstel voor de wetswijziging die de mogelijkheid biedt om voor bepaalde (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in nadere regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan zorgverzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Genoemde leden lezen echter ook dat er dan slechts twee monitoren van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn uitgekomen. De opzet van deze monitor wordt juist op dit moment vastgesteld. Acht de Minister het, gezien het bovenstaande, wel wenselijk om de wetswijziging al naar de Kamer te sturen?

De leden van de D66-fractie constateren dat afspraken zijn gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging over de contractering van de zorg. Tegelijkertijd is de kritiek die deze leden bereikt namelijk dat de wetswijziging, die als gevolg kan hebben dat enkel door middel van een contract goede en betaalbare zorg geleverd kan worden, al in de maak is terwijl men nog niet eens de kans heeft gehad de onderliggende problemen aan te pakken. Hoe reageert de Minister hierop? Hoe kijkt de Minister aan tegen de kritiek dat verzekeraars, nu er al een wetswijziging is aangekondigd, niet de vereiste stappen zullen nemen om gecontracteerde zorg weer aantrekkelijk(er) te maken?

De leden van de D66-fractie menen dat in de huidige aanpak van de Minister een grote mate van aandacht uitgaat naar het aantrekkelijker maken van een contract terwijl er te weinig aandacht is voor het aantrekkelijker maken van werken in een instelling met een contract. Zij menen dat het aandeel ongecontracteerde zorg niet per definitie gegroeid is omdat ongecontracteerd werken in absolute termen zo aantrekkelijk is. Deze leden hebben hier ook eerder op gewezen. Ongecontracteerd werken zal voor vele zorgverleners en aanbieders een noodsprong zijn. Deze leden ontvangen graag een reflectie van de Minister hierop.

De leden van de D66-fractie lezen dat in de zomer 2019 een kwantitatieve analyse van Vektis zal verschijnen met daarin het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging over 2017, 2018 en het eerste kwartaal van 2019. Vektis zal daarbij ook opnieuw onderzoeken of patiëntkenmerken verschillen tussen de niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg. Allereerst horen deze leden graag in hoeverre de gegevens van de NZa en Vektis, geanonimiseerd, met elkaar gedeeld zullen worden. Deze leden menen immers dat de monitors, analyses en rapportages van beiden als gevolg hiervan verbeterd kunnen worden. Deze leden zouden daarnaast dan wel graag zien dat alle verzekeraars gegevens aanleveren voor de analyse. In de eerdere analyses van Vektis bleek een wezenlijk verschil te zitten in de leeftijdsopbouw tussen de patiëntpopulaties van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Heeft de Minister hiervoor een verklaring en kan hij in de komende analyses en rapportages verder ingaan op dit verschil? Tot slot vernemen deze leden graag waarom palliatieve zorg niet meegenomen is in de eerdere analyse van Vektis. Deze leden achten het meenemen van deze vorm van zorg van groot belang voor het maken van een correcte afweging op dit dossier.

Ten aanzien van de voorgenomen opzet van de monitor contractering wijkverpleging van de NZa hebben de leden van de D66-fractie ook nog enkele vragen. Allereerst vragen genoemde leden wat de verhouding is tussen de meer kwalitatieve monitor van de NZa en de kwantitatieve van Vektis. Deelt de Minister de mening dat een kwalitatieve monitor een grote kans op discussie onder partijen oplevert? Is de Minister daarom bereid om, waar mogelijk, ook aan de kwalitatieve monitor van de NZa

zoveel mogelijk kwantitatieve onderdelen toe te voegen waarover minder discussie kan ontstaan? Daarnaast vragen deze leden waarom, onder het kopje: «Bijcontractering 2018» het uiteindelijk toegekende aantal aanvragen tot bijcontractering ontbreekt. Deze leden vinden deze informatie van belang voor hun uiteindelijke afweging en zien deze dan ook graag opgenomen worden in de monitor. Graag ontvangen zij hierover een reactie. Deze leden constateren daarnaast dat onder het kopje: «Verbeterthema's wijkverpleging 2019 en verder» geen aandacht wordt besteed aan werknemers van gecontracteerde aanbieders. Dit terwijl juist ook ontevredenheid onder werknemers kan leiden tot een mogelijk besluit om als zelfstandige ongecontracteerde zorg te leveren. Is de Minister bereid ook op dit punt de monitor te wijzigen?

De leden van de D66-fractie vragen hoe de Minister toezicht zal houden op het onderdeel: «kleine aanbieders die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces». Betekent dit dat verzekeraars niet meer in hun contracteervoorwaarden mogen stellen dat enkel aanbieders die een minimale omzet van x-duizend euro per jaar behalen mee mogen doen aan het contracteerproces? Zo niet, vanaf hoeveel duizend euro rekent deze Minister een kleine aanbieder? Deelt de Minister de mening, zo vragen genoemde leden, dat het voor kleine zorgaanbieders niet enkel gaat om het deelnemen aan het contracteerproces, maar ook het daadwerkelijk kans maken op een contract. In dat opzicht missen de leden van de D66-fractie onderdelen van de monitor waarin dit juist in de gaten gehouden zou moeten worden. Want ook kleine aanbieders moeten serieus kans maken op een contract en niet uiteindelijk, als een verzekeraar weliswaar op papier schrappt dat een bepaalde omzetgrens gehaald moet worden, afgewezen worden door deze verzekeraar door een impliciete omzetgrens. Graag ontvangen deze leden hierover een reactie. Tevens horen deze leden graag van de Minister welke andere mogelijkheden hij ziet voor de vereenvoudiging van het contracteerproces van verzekeraars, anders dan het werken met volgoovereenkomsten.

De leden van de D66-fractie vinden het bemoedigend om te zien dat steeds meer meerjarencontracten worden afgesloten. Toch gebeurt dit naar de mening van deze leden nog onvoldoende. Deelt de Minister deze mening en welke oorzaken ziet hij voor het achterblijven van de hoeveelheid meerjarencontracten? De leden van de D66-fractie zijn wat dat betreft blij dat er in de monitor en in het hoofdlijnenakkoord aandacht is voor het sluiten van meerjarencontracten. Toch is deze ambitie, kijkend naar eerdere afspraken en brieven, niet nieuw. Graag horen deze leden daarom wat er nu meer gaat gebeuren dan eerder het geval was en hoe de NZa hier precies op zal monitoren.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie lezen in de voorgenomen opzet dat ervaringen met het proces van (bij)contracteren zijn opgenomen. Hierin worden percentages (on)tevredenheid zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderzocht, toegespitst op dominante zorgverzekeraar. Deze leden vragen of niet alleen percentages worden weergegeven, maar ook of percentages en redenen voor (on)tevredenheid per zorgverzekeraar onderzocht en weergegeven worden. Zo neen, waarom niet?

Voorts vinden de leden van de SP-fractie dat bij de maatregelen om het contracteerproces te verbeteren niet voldoende de werkwijze van de zorgverzekeraars wordt meegenomen.

Er wordt wel gewezen op materiële controles, maar de werkwijze van zorgverzekeraars wordt onvoldoende kritisch onder de loep genomen.

Waarom worden de eenzijdig opgelegde contracten, het vooraf bepaalde maximaal aantal behandelingen, budgetplafonds, en te lage tarieven niet onderzocht? Kan de regering dit nader toelichten? Genoemde leden vinden het logisch, dat als onderzocht wordt waarom steeds meer zorgverleners niet-gecontracteerd werken, de werkwijze van zorgverzekeraars hierbij nadrukkelijk moet worden onderzocht. Deelt de regering deze mening? Zo neen, waarom niet? Wordt dit wel meegenomen in deel twee van de Monitor Contractering Wijkverpleging, zo vragen deze leden.

II. Reactie van de Minister

De leden van de VVD-fractie vragen om toe te lichten welke nieuwe informatie de monitors precies gaan opleveren. Daarnaast vragen deze leden of de Vektis-cijfers vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren of dat extra cijfers worden toegevoegd, zodat nieuwe inzichten kunnen ontstaan.

De NZa heeft de monitor contractering wijkverpleging de afgelopen jaren uitgebracht om het inkoopproces in de wijkverpleging te volgen¹. De monitor wijkverpleging 2019 is dus de voortzetting van een bestaande reeks. Nieuw in de monitor 2019 zijn de afspraken die partijen in het kader van het Hoofdpijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 hebben gemaakt. De NZa monitort of deze afspraken daadwerkelijk worden nageleefd door partijen. De monitor van de NZa bevat geen nieuwe Vektis cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde zorg. In de tweede helft van 2019 zullen nieuwe gegevens van Vektis over het aandeel niet-gecontracteerde zorg beschikbaar komen. Dit betreft dus een zelfstandig leesbare publicatie. De nieuwe cijfers van Vektis (over eerste kwartaal 2019, en de jaren 2018 en 2017) sluiten zoveel mogelijk aan op die van het eerdere jaar (2016) waarover gerapporteerd is. Daarbij zal voor de gecontracteerde zorg 2017 en latere jaren de analyses uitgebreid kunnen worden met doelgroepen, een inhoudelijke typering van cliënten op basis van zorgzwaarte.

De leden van de VVD-fractie stellen vragen of ik het met genoemde leden eens ben dat het ontbreken van een wettelijke grondslag mogelijk kan leiden tot een verdere toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Zij vragen in hoeverre een toename van ongecontracteerde zorg de afspraken in de hoofdpijnenakkoorden onder druk kan zetten. Tevens vragen zij welke mogelijkheden ik zie in dat geval om partijen alsnog de zorginhoudelijke afspraken, al dan niet gezamenlijk, uit te laten voeren.

De afspraken in de hoofdpijnenakkoorden zijn bedoeld om contractering te bevorderen en om niet gecontracteerde zorg te ontmoedigen. Ik ga er met de partijen van uit dat daardoor het aandeel niet-gecontracteerde zorg zal afnemen. Voor het geval dit toch niet zo uitwerkt, zijn in de hoofdpijnenakkoorden ook afspraken gemaakt om de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg aan te passen; om dat mogelijk te maken wordt – zoals aangekondigd – een wetsvoorstel voorbereid.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij de monitoring alleen wordt gekeken naar de kansen op een contract of dat wordt ook gemeten hoeveel contracten daadwerkelijk worden afgesloten. Tevens vragen zij of daarbij ook wordt gekeken naar de verschillen tussen zorgverzekeraars?

De monitor van de NZa berust op een enquête, gehouden onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In de monitor zal in beeld worden gebracht wat het (niet-)gecontracteerde percentage aanbieders is, nader uitgesplitst naar omzetklasse. De rapportage bevat geen informatie die herleidbaar is

¹ Zie voor de monitor 2018 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236195_22/1/.

naar zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Als er significante verschillen zijn tussen zorgverzekeraars zal dit door de NZa benoemd worden, maar niet met naam en toenaam.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik mogelijkheden heb om een zorgverzekeraar aan te spreken, wanneer één of meerdere zorgverzekeraars wel contracten aanbieden aan kleine zorgaanbieders, maar deze uiteindelijk niet afsluiten?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen allerlei redenen hebben om wel of geen contract af te sluiten. Er bestaat geen contracteerplicht. In de monitor zal door de NZa gezien worden of aanbieders, inclusief kleine zorgaanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces.

De leden van de CDA-fractie vragen of bij de monitoring wordt gemeten of zorgverzekeraars voldoende contracteren voor zorgvragers in kleine kernen of in landelijk gebieden. De genoemde leden vragen daarbij ook gekeken wordt of rekening wordt gehouden met het tijdstip waarop de cliënt de zorg nodig heeft. Deze leden informeren of dit in de monitoring wordt meegenomen en zo ja, op welke wijze.

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden, ook wat betreft zorg buiten kantooruren, en ook in kleine kernen en landelijke gebieden. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan aangeven hoeveel verzekerden die zorg inkopen door middel van een persoonsgebonden budget in de zorgverzekeringswet, deze zorg inkopen via de gecontracteerde zorg en hoeveel verzekerden zich wenden tot de ongecontracteerde zorg?

Bij een persoonsgebonden budget is de budgethouder zelf verantwoordelijk voor het inkopen van verantwoorde zorg. Dat houdt onder meer in dat de budgethouder zelf contracten afsluit met zijn zorgverleners en zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingezette zorg en de uitbetaling aan de zorgverleners. Er is dus bij het persoonsgebonden budget geen sprake van een contract tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar; het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is daarom niet van toepassing.

De leden van de CDA-fractie vragen of een gemiddeld tarief in de gecontracteerde zorg ook bijdraagt aan de toename van de ongecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars betalen voor niet-gecontracteerde zorg bij een naturalpolis veelal een percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Als het gemiddeld tarief voor gecontracteerde zorg zo hoog is dat 75% daarvan kostendekkend is voor zorgaanbieders, dan kan daarvan een prikkel uitgaan om geen contract te sluiten, omdat de zorgaanbieder dan weliswaar een lager tarief krijgt dan bij een contract maar wel kostendekkend en zich bovendien niet aan afspraken met de zorgverzekeraar hoeft te houden. Dit draagt dus bij aan de toename van de niet-gecontracteerde zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre in de monitoring rekening wordt gehouden met het aanbod en de vraag naar specialistische wijkverpleging, zoals intensieve kindzorg, palliatieve zorg, zorg voor patiënten met neurologisch of oncologische aandoeningen, maar ook nachtzorg. De leden vragen op welke wijze wordt gemonitord of dit voldoende wordt aangeboden door de zorgverzekeraar. Tevens vragen

deze leden hoe de inzet van specialistische wijkverpleging in kleine kernen verloopt en in landelijk gebieden.

In de monitor zijn vragen opgenomen over afspraken die door zorgverzekeraars in de contracten met zorgaanbieders gemaakt zijn over infrastructuurle voorzieningen, zorg buiten kantooruren, specialistische verpleging en wijkgericht werken. Vragen naar de beschikbaarheid van het aanbod vallen buiten het bestek van deze monitor. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden, ook in kleine kernen en landelijke gebieden. De NZA houdt toezicht op de zorgplicht door zorgverzekeraars.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom ik al voorsorteer op een voorstel voor wetswijziging waarin sprake kan zijn van een eventueel nadere invulling van een kan- bepaling, terwijl er wellicht ook andere oorzaken kunnen zijn voor het ontstaan van meer ongecontracteerde zorg. Want, zo stellen de leden, als de oorzaak erin ligt dat voor gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleegkundige zorgverlening in kleine kernen of specialistische zorgvormen financieel onaantrekkelijk zijn, in dat geval is de vraag hoe effectief een nadere invulling van de kan-bepaling is.

In de hoofdlijnenakkoorden is een scala van afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en om contracteren aantrekkelijker te maken en om niet-gecontracteerde zorg minder aantrekkelijk te maken. Als op termijn blijkt dat voor een deel van de zorgaanbieders niet-gecontracteerd werken nog steeds aantrekkelijker is dan een contract sluiten zijn aanvullende maatregelen noodzakelijk; daarvoor is het voorstel voor een wetswijziging bedoeld. Dit wetsvoorstel kan geen oplossing bieden voor het voorbeeld dat de leden naar voren brengen, dat het voor zorgaanbieders überhaupt onaantrekkelijk is om wijkverpleegkundige zorgverlening in kleine kernen of specialistische zorgvormen te leveren; daarvoor zijn andere maatregelen nodig, bijvoorbeeld via beleid gericht op krimpgebieden of via bekostiging.

De leden van de D66-fractie vragen of het wel wenselijk is om de wetswijziging al naar de Kamer te sturen als er op dat moment slechts twee monitoren van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn uitgekomen. De leden geven ook aan dat hen kritiek bereikt dat de wetswijziging al in de maak is terwijl men nog niet eens de kans heeft gehad de onderliggende problemen aan te pakken. De leden vragen mijn reactie daarop. Zij vragen hoe ik aankijk tegen de kritiek dat verzekeraars, nu er al een wetswijziging is aangekondigd, niet de vereiste stappen zullen nemen om gecontracteerde zorg weer aantrekkelijk(er) te maken.

In de hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en GGZ 2019–2022 zijn afspraken gemaakt om contracteren aantrekkelijker te maken en om niet-gecontracteerde zorg minder aantrekkelijk te maken. Partijen gaan allereerst daaraan werken. Daarnaast is afgesproken dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak verdergaande (gerichte) aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk kunnen zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken. Conform deze afspraak bereidt het kabinet een wetswijziging voor die de overheid de mogelijkheid biedt om voor bepaalde (deel) sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. In de tussentijd zal op basis van de jaarlijkse inhoudelijke analyse van het contracteerproces door de NZa en de reguliere meting van de contracteergraad door Vektis als ook de bestuurlijk weging hiervan, meer duidelijkheid moeten ontstaan over hoe

de contracteergraad zich ontwikkelt en wat daarvan de achtergrond is. Daarbij zal nadrukkelijk ook de vraag betrokken worden of de zorgverzekeraars de afspraken zijn nagekomen om contracteren aantrekkelijker te maken. Op basis daarvan kan het kabinet in een volgende fase besluiten of en wanneer deze kan-bepaling nader wordt ingevuld en geëffectueerd. Gelet op de verschillen tussen en binnen de sectoren, is het belangrijk de invulling toe te snijden op wat er in de praktijk echt nodig is en werkt. Er zal dus nog een zorgvuldig proces doorlopen worden om te besluiten of de kan-bepaling daadwerkelijk geëffectueerd gaat worden. Maar om de afspraak uit deze hoofdlijnenakkoorden waar te kunnen maken is het noodzakelijk om het wetsvoorstel tijdig gereed te hebben.

De leden van de D66-fractie menen dat in de huidige aanpak van de Minister een grote mate van aandacht uitgaat naar het aantrekkelijker maken van een contract terwijl er te weinig aandacht is voor het aantrekkelijker maken van werken in een instelling met een contract. Zij menen dat het aandeel ongecontracteerde zorg niet per definitie gegroeid is omdat ongecontracteerd werken in absolute termen zo aantrekkelijk is. Deze leden hebben hier ook eerder op gewezen. Ongecontracteerd werken zal voor vele zorgverleners en aanbieders een noodsprong zijn. Deze leden ontvangen graag een reflectie van de Minister hierop.

De leden van de D66-fractie constateren daarnaast dat onder het kopje: «Verbeterthema's wijkverpleging 2019 en verder» geen aandacht wordt besteed aan werknemers van gecontracteerde aanbieders. Dit terwijl juist ook ontevredenheid onder werknemers kan leiden tot een mogelijk besluit om als zelfstandige ongecontracteerde zorg te leveren. De leden vragen of ik bereid op dit punt de monitor te wijzigen.

Ik ben het eens met de opmerking van de D66 fractie dat de keuze voor niet-gecontracteerd werken niet alleen afhangt van de aantrekkelijkheid van een contract. Zeker in gevallen van kleine organisaties of zelfstandigen. De keuze hangt samen met verschillende factoren, waaronder de aantrekkelijkheid van het werk zelf. Een toenemende vraag naar zorg gaat gepaard met een grote moeite om voldoende personeel te vinden. Het huidige personeel ervaart een toenemende werkdruk en administratieve lasten. Met het Actieprogramma Werken in de Zorg zet ik, samen met de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris, daarom niet alleen in op het vergroten van de instroom, met onder andere een campagne en € 345 miljoen voor op-, bij- en nascholing van nieuwe medewerkers, maar ook op het behoud van personeel en anders werken. In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019–2022 heb ik bovendien met de partijen in de wijkverpleging afgesproken aan te sluiten bij de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAATs) en gezamenlijk in te zetten op het aantrekkelijker maken van het werken in de wijk. Goed werkgeverschap is hierbij cruciaal: het is belangrijker dan ooit om een aantrekkelijke werkgever te zijn. We zien dat sommige werkgevers hier goed in zijn, maar ook dat werkgevers nog veel meer van elkaar kunnen leren. Daar zetten we actief op in met het actie-leer-netwerk. Met het actieprogramma Ontregel de Zorg zetten we daarnaast specifiek in op het verminderen van administratieve lasten.

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de gegevens van de NZa en Vektis, geanonimiseerd, met elkaar gedeeld zullen worden. Deze leden zouden graag zien dat alle verzekeraars gegevens aanleveren voor de analyse. De leden stellen dat in de eerdere analyses van Vektis een wezenlijk verschil bleek te zitten in de leeftijdsopbouw tussen de patiëntpopulaties van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg; de leden vragen of ik hiervoor een verklaring heb en of ik in de komende analyses en rapportages verder in kan gaan op dit verschil. De leden

vragen waarom palliatieve zorg niet meegenomen is in de eerdere analyse van Vektis.

Het delen van geanonimiseerde gegevens tussen de NZa en Vektis lijkt weinig zinvol omdat deze vervolgens niet gekoppeld kunnen worden. Deelname aan de enquête van de NZa is vrijwillig, maar de afgelopen jaren en ook dit jaar hebben alle zorgverzekeraars de enquête ingevuld. Vektis zal alle zorgverzekeraars vragen gegevens aan te leveren. De Vektis rapportage zal opnieuw aandacht besteden aan verschillen in de leeftijdsopbouw tussen patiënten in de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. De palliatieve zorg is in alle analyses van Vektis buiten beschouwing gebleven omdat het daarbij gaat om specifieke zorg met hoge kosten per patiënt vanwege veel uren zorg in korte tijd. Dit zorgt voor heterogeniteit. Een zuivere vergelijking tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is niet goed mogelijk zodra de gecontracteerde zorg of juist de niet-gecontracteerde zorg relatief veel palliatieve zorg bevat.

De leden van de D66-fractie vragen wat de verhouding is tussen de meer kwalitatieve monitor van de NZa en de kwantitatieve van Vektis. De leden vragen of ik de mening deel dat een kwalitatieve monitor een grote kans op discussie onder partijen oplevert. Daarbij vragen de leden of ik bereid ben om, waar mogelijk, ook aan de kwalitatieve monitor van de NZa zoveel mogelijk kwantitatieve onderdelen toe te voegen waarover minder discussie kan ontstaan.

De rapportage van Vektis bevat gegevens over het aandeel niet-gecontracteerde zorg over 2017, 2018 en de eerste kwartaal 2019. De monitor van de NZa richt zich op het contracteerproces. De rapportages vullen elkaar dus aan. Beide rapportages worden besproken in een klankbordgroep waaraan partijen deelnemen. Het streven is om tot conclusies te komen die breed gedeeld worden in de klankbordgroep. De uitkomsten van de monitor van de NZa zijn grotendeels kwantitatief (gebaseerd op basis van de respons op een enquête). De NZa vult deze gegevens aan met kwalitatieve informatie voor de duiding.

Daarnaast vragen deze leden waarom, onder het kopje: «Bijcontractering 2018» het uiteindelijk toegekende aantal aanvragen tot bijcontractering ontbreekt.

De zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht. Dit betekent dat verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan (wachttijdbemiddeling). De NZa ziet hierop toe. Mocht een zorgaanbieder het budgetplafond bij een zorgverzekeraar hebben bereikt, kan hij een aanvraag doen voor bijcontractering. Er kunnen in de regio echter voldoende andere gecontracteerde zorgaanbieders zijn bij wie het budgetplafond nog niet is bereikt. In een dergelijk geval kent de zorgverzekeraar de aanvraag tot bijcontractering niet toe en bemiddelt de zorgverzekeraar de verzekerde naar een andere aanbieder. In het contracteerproces is een budgetophoging dus niet altijd nodig. Wel nodig is een tijdige indiening en afhandeling van aanvragen voor bijcontractering. Partijen hebben daarover in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019–2022 afspraken gemaakt. Naleving van deze afspraken wordt gemonitord door de NZa.

De leden van de D66-fractie vragen hoe ik toezicht zal houden op het onderdeel: «kleine aanbieders die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces». De leden

vragen of dit betekent dat verzekeraars niet meer in hun contracteervoorwaarden mogen stellen dat enkel aanbieders die een minimale omzet van x-duizend euro per jaar behalen mee mogen doen aan het contracteerproces. Als dat niet zo is, dan vragen de leden vanaf hoeveel duizend euro een kleine aanbieder wordt gerekend. De leden vragen of ik de mening deel dat het voor kleine zorgaanbieders niet enkel gaat om het deelnemen aan het contracteerproces, maar ook het daadwerkelijk kans maken op een contract. De leden missen onderdelen van de monitor waarin het contracteren van kleine zorgaanbieders in de gaten wordt gehouden.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen allerlei redenen hebben om wel of geen contract af te sluiten. Er bestaat geen contracterplicht. Ook zijn zorgverzekeraars vrij om hun eigen inkoopbeleid vorm te geven. Wel is het de bedoeling dat zij hun inkoopvoorwaarden afstemmen op de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het Hoofdpijnenakkoord. In de monitor zal door de NZa gezien worden of aanbieders, inclusief kleine zorgaanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces.

De leden van de D66-fractie vragen welke andere mogelijkheden ik zie voor de vereenvoudiging van het contracteerproces van verzekeraars, anders dan het werken met volgoovereenkomsten.

Partijen hebben in de hoofdpijnenakkoorden allerlei afspraken gemaakt om het contracteerproces te vereenvoudigen. Ik noem er een aantal.

- Door gebruik te maken van bestaande kwaliteitsparameters voor contractering.
- Meerjarencontracten brengen lagere administratieve lasten met zich mee.
- Administratieve lasten worden teruggedrongen door meer standaardisatie van het contracteerproces en contracteerdokumentatie.

De leden van de D66-fractie vragen of ik hun mening deel dat er – hoewel steeds meer – nog te weinig meerjarencontracten worden afgesloten. De leden vragen welke oorzaken ik zie voor het achterblijven van de hoeveelheid meerjarencontracten. De leden vragen wat er nu meer gaat gebeuren dan eerder het geval was ten aanzien van het stimuleren van meerjarencontracten en hoe de NZa hier precies op zal monitoren.

Uit de factsheet «Meerjarige contracten in de zorg: een stand van zaken anno 2018» van het RIVM (Kamerstuk 29 689, nr. 941) blijkt dat zorgbreed het aantal afgesloten contracten met een meerjarige duur stijgt. Alhoewel het sluiten van een meerjarig contract geen doel op zich is, vind ik dit wel een positieve ontwikkeling. Meerjarencontracten zijn een goed instrument om afspraken te maken over investeringen die een langer perspectief hebben. Ik zie deze trend ook als een teken dat het vertrouwen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders toeneemt. Dit kan nog sneller en daarom probeer ik de omstandigheden die deze partijen meer bij elkaar brengt, te verbeteren. De gesloten Hoofdpijnenakkoorden passen daarbij; afspraken over toekomstige ontwikkelingen biedt de partijen meer zekerheid. Dit geldt ook voor de beweging «De Juist zorg op de juiste plaats», die ik stimuleer. Een van de pijlers hieronder is een door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedeelde regionale toekomstvisie. Deze gedeelde visie leidt er ook toe dat partijen er eerder voor kiezen om langer met elkaar op te trekken. De NZa monitort de wijze waarop de contractering zich ontwikkelt in de verschillende zorgsectoren. Als onderdeel daarvan besteedt zij ook aandacht aan de meerjarigheid van de contracten.

De leden van de SP-fractie vragen of niet alleen percentages worden weergegeven, maar ook of percentages en redenen voor (on)tevredenheid per zorgverzekeraar onderzocht en weergegeven worden. De leden vragen als dat niet het geval is, waarom niet.

De rapportage bevat geen informatie die herleidbaar is naar aanbieders of zorgverzekeraars. Als er significante verschillen zijn tussen zorgverzekeraars zal dit benoemd worden, maar niet met naam en toenaam.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de eenzijdig door de zorgverzekeraar opgelegde contracten, het vooraf bepaalde maximaal aantal behandelingen, budgetplafonds, en te lage tarieven niet worden onderzocht. De leden vragen om dit nader toelichten. De leden vinden het logisch, dat als onderzocht wordt waarom steeds meer zorgverleners niet-gecontracteerd werken, de werkwijze van zorgverzekeraars hierbij nadrukkelijk moet worden onderzocht.

De leden vragen of de regering deze mening deelt en zo neen, waarom niet? De leden vragen of dit wordt meegenomen in deel twee van de Monitor Contracting Wijkverpleging.

Redenen van aanbieders en zorgverzekeraars om geen contract af te sluiten komt aan de orde in het tweede deel van de Monitor Contracting Wijkverpleging. Als zorgaanbieders geen contract sluiten met een zorgverzekeraar omdat het contract niet aantrekkelijk wordt gevonden (bijv. vanwege maximaal aantal behandelingen, budgetplafonds, tarieven) dan zal dit in dit tweede deel naar boven komen.