

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2657

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de drastische wijziging van het zorginkoopbeleid in de Wet langdurige zorg* (ingezonden 2 juni 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 23 juni 2015).

Vraag 1

Hoe oordeelt u over de berichtgeving dat zorgkantoren de inkoop van de Wet langdurige zorg drastisch aanscherpen? Kunt u uw antwoord toelichten?¹

Antwoord 1

Zorgkantoren gaan op een andere manier inkopen. Een belangrijk doel van de Wlz is dat zorgkantoren op kwaliteit en inhoud van zorg gaan inkopen. Dit is ook onderdeel van het plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen «Waardigheid en trots». Hierin is de doelstelling opgenomen dat zorgkantoren een omslag maken bij hun inkoopbeleid. Hierin hebben zorgkantoren samen met Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) een eerste stap gemaakt bij het opstellen van het zorginkoopkader 2016. Het gaat hierbij niet zozeer om het aanscherpen van de inkoop, maar om een andere manier van inkopen en verantwoordelijkheidsverdeling. «Spreadsheetinkoop» maakt plaats voor de dialoog en aanbieders zullen daarbij meer dan voorheen zelf aan zet zijn: zij moeten zelf aangeven waar ze naartoe willen als organisatie en op welke wijze zij willen werken aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In de dialoog staat het maken van afspraken op maat tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor centraal, gedefinieerd in de toegevoegde waarde voor de cliënt: «wat merkt de klant hiervan?». Ik vind dit een positieve ontwikkeling.

Vraag 2

Vindt u het wenselijk dat zorgkantoren hun inkoop in zijn geheel afstemmen op kwaliteit? Hoe stellen zij de kwaliteit vast en doen ze dat eenduidig? Kunt u uw antwoord toelichten?

¹ <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/5/Drastisch-nieuw-zorginkoopbeleid-Wlz-1766289W/>

Antwoord 2

De zorgkantoren richten zich niet alleen op kwaliteit maar ook op de vernieuwing van het zorginkoopproces en op de cliëntgerichtheid. De zorgkantoren hebben gekozen voor het opstellen van een uniform inkoopkader per sector: voor Wlz Verpleging & Verzorging, voor Wlz Gehandicaptenzorg en voor Wlz Geestelijke gezondheidszorg. Binnen elk van die sectoren geldt een programma van eisen. Voor de V&V zijn dat kwalitatief inhoudelijke voorwaarden aan het leveren van zorg in de Wlz, aanvullend op de huidige geldende wet- en regelgeving. Het betreft zowel voorwaarden in aanvulling op de NZa-beleidsregels als voorwaarden ten aanzien van het zorgplan, het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder, het betrekken van de cliëntenraad, de informatievoorziening aan cliënten en het leveren van zorg thuis. In het plan van aanpak «Waardigheid en Trots» staat dat de sector werkt aan een kwaliteitskader voor zowel de interne kwaliteitssystemen van de aanbieders als de externe verantwoording (waaronder de inkoop). Centraal hierbij staat de kwaliteit en waardigheid door de ogen van de client. Het gaat niet over de vraag hoe we alle aspecten van kwaliteit kunnen meten, maar over de vraag of de zorgaanbieders heeft nagedacht over de onderdelen die van belang zijn voor kwaliteit, hoe de zorgaanbieders dit in een cyclus heeft vormgegeven. Ik zal u in de voortgangsrapportages over Waardigheid en Trots informeren over de stand van zaken.

Vraag 3

Erkent u dat zorgkantoren tot nu toe kwaliteit lieten toetsen via keurmerken en dat al is vastgesteld dat keurmerken wel duur zijn maar niets zeggen over kwaliteit van zorg en leven? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

Zorgkantoren vragen aan de aanbieders een goed werkend kwaliteitssysteem als randvoorwaarde. Ik ben het met u eens dat keurmerken geen garantie zijn voor goede zorg. Zorgkantoren hebben de afgelopen jaren kwaliteit met name getoetst aan de hand van de landelijk opgestelde (Zizo) indicatoren. Met de nieuwe wijze van inkoop staat vooraf niet meer het instrument centraal, maar komen zorgaanbieder en zorgkantoor tot een maatwerkafpraak, waar zorgkantoren gaan vragen om het resultaat inzichtelijk te maken.

Vraag 4

Hoe gaat u voorkomen dat zorgverzekeraars op de stoel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaan zitten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en zorgverzekeraars (hier: Wlz-uitvoerders), kijken ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid naar de kwaliteit van de geleverde cq te leveren zorg. De inspectie houdt toezicht op de naleving van een groot aantal en de normen die de sector zichzelf oplegt. Zij handhaaft zonedig met gebruikmaking van haar bestuursrechtelijk instrumentarium. De zorgkantoren gebruiken de kwaliteitsnormen in de privaatrechtelijke onderhandelingen over de inkoop van de zorg. Dat in de benadering van beide de aandacht steeds meer komt te liggen op de kwaliteit van leven van de cliënt is uit het oogpunt van eenheid van benadering een goede zaak, maar dit betekent niet de één op de stoel van de ander gaat zitten. De verantwoordelijkheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars (hier: Wlz-uitvoerders) zijn anders, maar sluiten wel op elkaar aan. Waar de Inspectie toezicht houdt op de toetreding van aanbieders en of de basiszorg op orde is, gaan zorgkantoren met de aanbieders in gesprek hoe de geleverde zorg dusdanig kan worden ingezet of verbeterd, dat het de kwaliteit van leven van de cliënt ten goede komt.

Vraag 5

Vindt u het juist dat zorgaanbieders die onder verscherpt toezicht staan niet meer in aanmerking komen voor een meerjarige overeenkomst tegen basistarief? Is het niet de taak van de inspectie om te oordelen of een zorgaanbieder wel of geen zorg mag verlenen? Waarom dicht u deze taak toe aan zorgverzekeraars? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

Wanneer zorg onder de basiskwaliteit zakt, zal een aanbieder onder verscherpt toezicht worden geplaatst, tenzij de zorg dermate onder de maat is dat tot sluiting moet worden overgegaan. Indien een zorgaanbieder onder verscherpt toezicht is geplaatst kan een zorgkantoor deze aanbieder blijven contracteren. Zeker vanuit de continuïteit van zorg voor bestaande cliënten kan ik me dat voorstellen. Deze keuze is aan het zorgkantoor, zolang het zorgkantoor maar aan de zorgplicht voldoet. Ook kan ik me daarbij voorstellen dat een zorgkantoor eenjarige contracten afsluit met deze aanbieder, zodat goed gemonitord kan worden of en welke verbetering er plaatsvindt ten opzichte van de verbeterpunten die de IGZ heeft aangemerkt ten opzichte van de basiskwaliteit.

Vraag 6 en 7

Vindt u het wenselijk dat basistarieven voor zorgverlening per zorgkantoor verschillend gehanteerd gaan worden? Kunt u uw antwoord toelichten? Wat is uw reactie op de uitspraak van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) die aangeeft problemen te hebben met het idee dat verschillende zorgkantoren in de eigen regio een eigen basistarief mogen bepalen? Hoe gaat u erop toezien dat er gewerkt gaat worden met fatsoenlijke tarieven op basis van kwaliteit en niet op basis van de laagste prijs? Kunt u uw antwoord toelichten?²

Antwoord 6 en 7

Zorgkantoren hebben een stap vooruit gemaakt waar het gaat om het uniformeren van het inkoopproces. Waar bij de inkoop van 2015 het inkoopproces tussen verschillende zorgkantoren kon verschillen, is voor de inkoop van 2016 een gezamenlijk proces opgesteld. Een belangrijke afspraak binnen het zorginkoopkader 2016 is de ruimte voor de keuze van de cliënt. Zorgkantoren zullen hun budget niet al voorafgaand aan het jaar volledig uitzetten. Zo houden zij immers de ruimte om gedurende het jaar tegemoet te blijven komen aan de keuze van nieuwe cliënten. Wlz-uitvoerders/zorgkantoren zullen in de komende jaren verder bekijken welke onderdelen binnen het zorginkoopproces verder kunnen worden geüniformeerd. Ook het startpunt van de onderhandelingen zal daarbij worden bekeken: de basistarieven. Ik snap overigens dat het voor een aanbieder vreemd kan overkomen dat er voor locaties in andere regio's verschillende basistarieven worden gehanteerd. Daarentegen kan het zo zijn dat de kwaliteit of aandachtspunten per locatie (per regio) verschillen en het niet zo vreemd is dat de tarieven per locatie (per regio) dan ook verschillend kunnen zijn.

Vraag 8

Gaat u in het vervolg maatregelen treffen tegen zorgkantoren die zorg inkopen onder de maximumtarieven die bepaald zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

De tarieven die de NZa vast stelt, zijn niet voor niets maximumtarieven. Zorgkantoren kunnen differentiëren in de tarieven, bijvoorbeeld om een aanbieder die goede kwaliteit biedt te belonen. Het is de vrijheid van zorgkantoren om tarieven af te spreken die onder het maximumtarief zitten. Kwaliteit of verbetering van kwaliteit moet beloond kunnen worden. Hoe beter de kwaliteit van zorg bij een aanbieder, hoe hoger het tarief. Ik ga dan ook geen maatregelen treffen tegen zorgkantoren die zorg inkopen onder de maximumtarieven die door de NZa zijn bepaald.

² http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2015/5/Zorgaanbieders-positief-over-nieuw-zorginkoopbeleid-Wlz-1768507W/?cmpid=NLCIzorgvisieI2015-05-28Izorgaanbieders_positief_over_nieuw_zorginkoopbeleid_Wlz

Vraag 9

Wat wordt precies verstaan onder aanvullende regionale voorwaarden waarin een zorgkantoor speciale voorwaarden kan opstellen? Wordt hiermee de inkoop van zorg niet onnodig bureaucratisch gemaakt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9

De sectorale inkoopkaders zijn uniform en vormen de basis voor het zorginkoopbeleid van de individuele zorgkantoren. Het inkoopkader inclusief bijlagen en de nog te publiceren Nota's van Inlichtingen maken integraal onderdeel uit van de overeenkomst die zorgaanbieder en zorgkantoor naar aanleiding van deze inkoopprocedure eventueel aangaan.

Ik onderschrijf het standpunt van ZN die met het inkoopkader nadrukkelijk geen blauwdruk wil bieden voor de dialoog die de zorgkantoren en de aanbieders van langdurige zorg met elkaar aangaan. Ruimte voor regionaal maatwerk is essentieel, omdat de situatie van zorgkantoorregio tot zorgkantoorregio verschilt.

Vraag 10

Hoe gaat u voorkomen dat door discutabele normen – gesteld door de zorginkoper – instellingen die werken volgens het principe «regelvrije zorginstelling» het werk onmogelijk wordt gemaakt?³

Antwoord 10

Voor 2016 is door zorgkantoren in consultatie met onder andere de brancheorganisaties van zorgaanbieders het beleid voor de inkoop van langdurige zorg vastgesteld, zoals dat 1 juni 2015 door ZN en zorgkantoren is gepubliceerd. Centraal in het zorginkoopbeleid staat, in tegenstelling tot voorgaande jaren, de dialoog met de zorgaanbieder aan de hand van een zelfanalyse van de laatste en het voorstel voor een ontwikkelplan dat de zorgaanbieder indient bij het zorgkantoor. Door het introduceren van de dialoog en het daarmee verlaten van de «spreadsheetinkoop» kan een situatie, zoals door de vragensteller bedoeld, worden voorkomen. Daarbij heb ik aanbieders binnen de sector verpleging en verzorging een uitnodiging gestuurd om zich in te schrijven voor «de 200 vernieuwende zorgaanbieders». Wanneer zij in dit traject met een plan komen (bijv. regelarm) en worden geselecteerd, dan kunnen zij dit plan ook indienen bij zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop 2016.

Vraag 11

Hoe gaat u voorkomen dat zorgkantoren wurgcontracten opstellen waardoor zorgaanbieders gedwongen kunnen worden een contract te tekenen, zonder dat er goed overleg aan beide kanten is geweest? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

Het is mij onduidelijk wat in dit verband wordt bedoeld met wurgcontracten en of deze in het verleden zijn afgesloten. Het nieuwe zorginkoopkader is juist bedoeld om de dialoog aan te gaan tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder en meer dan voorheen in goed overleg tot overeenstemming te komen. Dit geldt te meer daar het niet alleen in het belang is van de zorgaanbieder maar ook van het zorgkantoor goede afspraken te maken met het oog op de continuïteit van zorgverlening

Vraag 12

Hoe verhoudt de nieuwe regierol op kwaliteit bij zorginkopers zich tot de aangekondigde nieuwe financiering?

Antwoord 12

Ik ben momenteel breed aan het verkennen met veldpartijen welke aandachtspunten er voor de toekomst zijn ten aanzien van de financiering en bekostiging in de Wlz. Onderdeel van deze verkenning is het samenspel

³ <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/10/Careyn-stopt-regelarme-zorg-vanwege-meer-regels-1390602W/>

tussen de verschillende schakels in de Wlz-keten, zoals de indicatiestelling, de bekostiging en de verantwoording, maar ook de zorginkoop. Deze verkenning is nog gaande. Ik streef er naar om de aandachtspunten voor de toekomst van de financiering en bekostiging in de Wlz als onderdeel van de vernieuwingsagenda Wlz voor de zomer naar de Kamer te sturen.

Vraag 13

Hoe verhoudt de nieuwe inkooprol op kwaliteit zich tot het «uitrollen» van de lessen van het «regelarm werken» uit het experiment regelarme zorginstellingen?

Antwoord 13

Een betere kwaliteit van zorg die beter aansluit bij de wensen van de cliënt (maatwerk) is één van de doelstellingen van de Wlz. Zorgkantoren gaan voor de inkoop van langdurige zorg in 2016 de dialoog aan met de zorgaanbieder over hoe de kwaliteit van zorg op en hoger plan gebracht kan worden. Dit doen zij aan de hand van een zelfanalyse van de zorgaanbieder en een mogelijk voorstel voor een ontwikkelplan. De lessen, zoals geleerd vanuit de (tussen)evaluatie van ERAI, kunnen daarin meegenomen worden. Juist experimenten binnen ERAI hebben laten zien hoe met betrekking tot kwaliteit beter aangesloten kan worden bij de belevingswereld van de cliënt, zoals bijvoorbeeld De Hoven. In lijn met het nieuwe inkoopbeleid ga ik er vanuit dat zorgkantoren die kwaliteitsontwikkeling bij zorgaanbieders zullen ondersteunen en stimuleren.