

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

43

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de opnamestop in de thuiszorgtak van Stichting Zorgcentra Rivierenland* (ingezonden 12 augustus 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 september 2015)

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat Stichting Zorgcentra Rivierenland (SZR) geen thuiszorg meer kan verlenen aan nieuwe mensen die zich melden?¹ Ik betreur mogelijke cliëntenstops te allen tijden. De mogelijke negatieve gevolgen voor patiënten zijn onacceptabel. Ik ga ervan uit dat aanbieders en verzekeraars in overleg met elkaar ervoor zorgen dat niemand verstoken blijft van zorg. Ook mag geen onduidelijkheid bestaan voor deze kwetsbare groep patiënten over de keuzes bij het gebruik van de zorg. Hiertoe roep ik verzekeraars op om samen aanbieders met name in de regio's waar de druk het hoogst is, de communicatie richting patiënten goed te organiseren.

Vraag 2

Hoe kan het dat SZR al 20 procent boven het ingekochte volume zit? Ligt dit aan de populariteit van de organisatie of is het ingekochte volume te laag? Kunt u uw antwoord toelichten?

Ik heb geen informatie over de achtergronden rondom de geleverde volumes in relatie tot de ingekochte zorg bij deze instelling. Uit het artikel maak ik op dat de instelling minder thuiszorg vergoed krijgt door de verzekeraar terwijl sprake is van een grotere toestroom van cliënten.

Vraag 3

Klopt het dat SZR maatwerk levert bij afhankelijke cliënten die ADL-zorg (ADL= algemene dagelijkse levensverrichtingen) nodig hebben, waaronder de 24-uurs thuiszorg, waarbij bekend is dat verminderen van het aantal uren vanwege de taakstelling bijkans onmogelijk is? Kunt u uw antwoord toelichten?

SZR heeft aangegeven dat ze vóór de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet maatwerk leverden en daarbij

¹ <http://www.gelderlander.nl/regio/rivierenland/tiel/szr-stopt-voorlopig-met-geven-thuiszorg-1.5138074>

hebben ingezet op maximale zelfredzaamheid. Deze instelling geeft aan dat het voor hen niet mogelijk is om dit jaar nog minder zorg in te zetten. Er werd zo begrip ik de laatste jaren al zo weinig mogelijk zorg ingezet. In de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dient de specifieke situatie van individuele aanbieders een rol te spelen.

Vraag 4

Is er in de regio Rivierenland waarin SZR opereert, aantoonbaar voldoende wijkverpleging ingekocht door de zorgverzekeraars? Kunt u de Kamer een overzicht van de inkoop van vorig jaar en dit jaar doen toekomen? Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden. Daarmee dienen zij verzekerden te voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Het inkopen van voldoende zorg is daarmee onderdeel van de zorgplicht. Indien blijkt dat in een bepaalde regio onvoldoende zorg is ingekocht zullen verzekeraars bijcontracteren. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft dit bevestigd in een persbericht waarin ze aangeven extra wijkverpleging in te zullen kopen in die regio's waar dat nodig is.

Vraag 5

Heeft u nog steeds geen signalen van (meerdere) opnamestops in de wijkverpleging dan wel overschrijdingen van het beschikbare budget van zorgaanbieders?²

In de brief van 29 juni jl. heb ik aangegeven niet over gegevens te beschikken die duiden op wachtlijsten of opnamestops. Waarschuwingen hebben mij wel bereikt. Het artikel van Zorgcentra Rivierenland is een concreet voorbeeld van een opnamestop. Daarnaast begrijp ik van meerdere aanbieders dat het budgetplafond knelt.

Vraag 6

Vindt u het wenselijk dat zorgaanbieders via contracten door zorgverzekeraars gedwongen worden om zorg door te leveren, ook als zij over het bij hen ingekochte volume heen zijn? Erkent u dat het inzetten van zorg zonder dat dit betaald wordt ook ten koste zal gaan van de zorgverlening aan andere zorgbehoevende mensen? Kunt u uw antwoord toelichten?

De doorleverplicht die verzekeraars in contracten met zorgaanbieders opnemen is niet nieuw. De zorgverzekeraar wil hiermee continuïteit van zorg garanderen voor zijn verzekerden. Doorcontractering ontslaat de verzekeraar echter niet van zijn zorgplicht. Zorgverzekeraars dienen altijd aan hun zorgplicht jegens hun verzekerden te voldoen. Dat betekent dat als zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders zij de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van deze (ingekochte) zorg moeten borgen. De vergoeding aan de aanbieder moet zodanig zijn, dat deze kwaliteit geborgd is. Alle verzekerden krijgen de zorg vergoed die zij nodig hebben en waar ze recht op hebben op basis van de aanspraak wijkverpleging. Dat heeft Zorgverzekeraars Nederland ook zo geformuleerd in de brief aan de Kamer ten behoeve van het AO wijkverpleging van 1 juli jl. De zorgverzekeraar blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de te leveren zorg.

Vraag 7

Vindt u niet dat er raar wordt omgesprongen met de zorgplicht van de zorgverzekeraar als die een zorgaanbieder kan verplichten tot het leveren van zorg zonder dat daarvoor betaald wordt? Behoort – volgens u – het financiële risico bij de zorgaanbieder gelegd te worden?

Zie antwoord op vraag 6

Vraag 8

Als duidelijk is dat er «niet boven de financiële omvang van 2014 minus de afgesproken taakstelling 2015» gecontracteerd is, waarom is het dan niet mogelijk om een landelijk overzicht te geven van de ingekochte wijkverpleging? Vindt u het acceptabel dat zo een betrouwbaar overzicht niet beschikbaar is?

² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2015/06/29/kamerbrief-over-inkoop-wijkverpleging-en-opnamestops.html>

Er is een overzicht van de landelijk ingekochte wijkverpleging. De NZa heeft verzekeraars verzocht om een inschatting te maken van het totaal aan gecontracteerde zorg. Er is hierbij tevens een inschatting gegeven van het totaal aan ongecontracteerde zorg. Begin dit jaar heb ik deze opgave van de NZa ontvangen (zie bijlage) waarin wordt uitgegaan van een bedrag van € 3.006 mld. Aan het begin van het jaar was er € 3.079 mld beschikbaar voor het kader wijkverpleging. Inmiddels is dat bij 1^o suppletoire begroting € 3.169 mld geworden. Hieruit blijkt dat op het moment van inventarisatie geen overschrijding werd verwacht.

Vraag 9

Het klopt toch dat er een «productiemonitor» en een «zorgkostenmonitor» wordt bijgehouden van de ingezette wijkverpleging? Kunt u deze monitors naar de Kamer sturen? Zo neen, waarom niet?

Dat klopt. De productiemonitor geeft weer in welke mate de contracten van de aanbieders «vollopen». De daadwerkelijke declaraties zijn terug te vinden in de zorgkostenmonitor.

In overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders is geconcludeerd dat er in dit stadium geen conclusies uit beide monitors kunnen worden getrokken omdat deze nog onvoldoende zijn gevuld. Ik wil inderdaad de zorgkostenmonitor naar de Kamer sturen, maar constateer dat dat voor wat betreft de eerste helft van dit jaar geen meerwaarde heeft. Zodra de monitor met voldoende stabiele data is gevuld, zal ik deze uiteraard aan de Kamer versturen.

Vraag 10

Erkent u dat u tijdens het algemeen overleg op 30 oktober 2014 heeft gezegd: «Dat betekent ook dat de zorg soms verandert en soms op een andere manier georganiseerd wordt en dat er ruimte voor moet worden gegeven hoe dat in de praktijk kan worden vormgegeven»? Bedoelde u met veranderen verminderen van zorg?³ Zo nee, waarom is bij de inkoop van wijkverpleging dan een generieke taakstelling opgelegd? Kunt u uw antwoord toelichten?

Een belangrijke pijler van de hervormingen van de langdurige zorg is het betaalbaar houden van de zorg. Ook voor wijkverpleging geldt een financiële taakstelling. Dit zal leiden tot andere zorg dan mensen gewend zijn te krijgen vanuit de AWBZ. De wijkverpleegkundige heeft meer ruimte gekregen om de zorg anders te organiseren. Partijen zijn in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging overeen gekomen dat ze zich tot het uiterste inspannen om de taakstelling te realiseren en dat het financiële kader als uitgangspunt dient bij de zorginkoop. Dit omdat wij het met elkaar eens zijn dat het goedkoper en beter kan en moet. Het gaat om een andere manier van werken, meer inzet op zelfredzaamheid en minder focus op productie (uurtje-factuurkje)

Over de totale aanspraak wijkverpleging is in 2015 sprake van een taakstelling van ca 12,5%. Dat deze taakstelling pijn doet bij aanbieders begrijp ik en ik heb dan ook veel respect voor de manier waarop zij in het huidige overgangsjaar inzetten op een andere manier van werken. Ook de rol die de wijkverpleegkundige hierbij speelt leidt tot veel ontzag van mijn kant.

Vraag 11

Erkent u dat het een schijnvertoning is om te stellen dat de wijkverpleging verbetert als uiteindelijk de realisatie van de geleverde zorg niet hoger mag zijn dan het macrobudget op straffe van de inzet van het macrobeheersinstrument (MBI)?

Dat de wijkverpleegkundige weer zelf aan zet is als het gaat om de indicatiestelling en daarmee haar vak terug heeft, staat als een paal boven water. Zoals hierboven reeds genoemd, is de betaalbaarheid van de zorg ook een belangrijk onderdeel van de hervormingen. De financiële opgave voor de wijkverpleging staat verwoord in het onderhandelaarsresultaat waarmee alle partijen hebben uitgesproken zich tot het uiterste te zullen inspannen om de taakstelling te realiseren. Mocht toch sprake zijn van een overschrijding dan zal het MBI niet automatisch worden ingezet. Ik zal in overleg treden met het veld om de oorzaken van een mogelijke overschrijding te achterhalen. Verder

³ Kamerstuk 29 538, nr. 174; verslag algemeen overleg over wijkverpleging d.d. 30 oktober 2014

zal ook het beeld van de uitgaven van de gehele (curatieve) zorg betrokken worden bij de afweging om het MBI wel of niet in te zetten.

Vraag 12

Op welke wijze verhoudt de dreiging van de inzet van het MBI zich tot de vrijheid van wijkverpleegkundigen om die zorg te kunnen verlenen en indiceren die zij nodig achten? Kunt u uw antwoord toelichten? Het indiceren en organiseren van de zorg door de wijkverpleegkundige vindt plaats op basis van de professionele autonomie, waarbij de klant centraal staat en sprake is van een onafhankelijk besluit. De uitgangspunten voor het indicatieproces staan verwoord in het normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. De Zorgverzekeringswet geeft verzekerden recht op zorg zoals die in de aanspraak wijkverpleging is benoemd. Eventuele inzet van het MBI ingeval van een overschrijding doet niet af aan het professioneel handelen door de wijkverpleegkundige.

Vraag 13

Op welke wijze is de mutatie in de 1e suppletoire begroting 2015 van € 89,9 miljoen extra budget voor wijkverpleging door de zorgverzekeraars gecontracteerd door de zorgverzekeraars? Is het niet zorgelijk dat er extra geld beschikbaar is op basis van de realisatiecijfers van 2014 en dat er tegelijkertijd een opnamestop wordt afgekondigd?⁴ De € 90 mln is beschikbaar voor zorgverzekeraars om zorg bij te contracteren waar nodig. Zorgverzekeraars hebben zoals eerder gezegd ook aangegeven dit te zullen doen. Ik ga ervan uit dat het opgehoogde kader zal worden ingezet indien nodig.

Vraag 14

Welke garantie heeft u dat zorgverzekeraars deze € 89,9 miljoen voor wijkverpleging ook daadwerkelijk inzetten? Zorgverzekeraars Nederland heeft herhaaldelijk aangegeven dat het beschikbare kader knelt. Indien dat in bepaalde regio's ook daadwerkelijk betekent dat de afgesproken budgetplafonds zijn bereikt, zullen ze vanwege de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben, ook genoodzaakt zijn om het beschikbare (extra) budget te gebruiken om bij te contracteren. Alleen op die manier komen zij tegemoet aan hun zorgplicht.
Kamerstuk 34210-XVI

⁴ http://www.rijksbegroting.nl/2015/uitvoering/1e_suppletoire,kst209251.html Kamerstuk 34210-XVI