

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 457

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 1 juli 2014

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 19 mei 2014 inzake Bekostiging wijkverpleging (30 597, nr. 440).

De op 6 juni 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 30 juni 2014 beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	15

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 bekostiging wijkverpleging. Genoemde leden hebben een aantal vragen en opmerkingen.

In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de (wijk)verpleging prikkels voor innovatie en vernieuwing? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de (wijk)verpleging prikkels voor gepast gebruik van zorg? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

Ten aanzien van de aanspraak wijkverpleging komt er een mogelijkheid voor het persoonsgebonden budget, het Zvw-PGB. Hoe staat deze persoonsgebonden budget (PGB) mogelijkheid, wat een individuele bekostiging is, in verhouding tot de hier voorgestelde bekostiging op basis van populatiekenmerken?

In hoeverre is bij de voorgestelde nieuwe bekostiging ruimte voor nieuwe aanbieders? Niet alleen op korte termijn, maar ook op langere termijn wanneer er sprake is van veel bestaande aanbieders met bestaande samenwerkingsverbanden. Hoe groot is het risico dat het systeem van populatiebekostiging een belemmering gaat vormen voor de toetreding van nieuwe aanbieders?

Welke populatiekenmerken is de Minister voornemens om te gaan gebruiken bij de bekostiging? In welke mate zullen gezondheidskenmerken de overhand hebben bij het bepalen van de bekostiging? Waarom worden er andere kenmerken dan gezondheidskenmerken geopperd als mogelijkheden om populatiebekostiging op te baseren?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Algemeen

Met veel interesse hebben de leden van de PvdA-fractie kennisgenomen van de brief waarin de Minister beschrijft hoe de bekostiging van wijkverpleging vorm krijgt. Wijkverpleegkundigen krijgen een belangrijke rol in de verpleging en verzorging zonder verblijf. Doordat de aanspraak wijkverpleging wordt opgenomen in de Zorgverzekeringswet kunnen wijkverpleegkundigen hun werk in de thuisomgeving van de patiënt en in samenwerking met andere eerstelijnszorg-aanbieders uitvoeren, zoals huisartsen en wijkteams. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats zorgverlener maar krijgt ook ruimte om af te stemmen, te regisseren en te signaleren. Daarbij blijft de wijkverpleegkundige eigenstandig in haar zorgverlening en vormt zij de zichtbare schakel tussen zorg, welzijn en de sociale omgeving van de patiënt. Kan de Minister uiteenzetten hoe zij een gemiddelde werkdag van de wijkverpleegkundige voor zich ziet?

Bekostiging wijkverpleging in de Zvw

De leden van de PvdA-fractie kunnen zich vinden in de uitwerking van de rol van wijkverpleegkundigen en het bijbehorende bekostigingsmodel dat vanaf 2016 zal gelden. Zij zijn voorstander van een sterke rol voor wijkverpleegkundigen in de zorg dichtbij huis en een wijkverpleegkundige

die breder kijkt dan de oorspronkelijke zorgvraag. Het voorgestelde bekostigingsmodel lijkt de beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen in de wijk te borgen en stelt hen in staat om op eigen indicatie bij mensen «achter de voordeur» te kijken als er signalen zijn dat er iets niet pluis is, zodat vroegtijdig ingrijpen mogelijk wordt. Genoemde leden hopen dat de wijkverpleegkundige met het nieuwe bekostigingsmodel haar preventieve taak kan uitvoeren als zij verhoogd risico op ziekte of de eerste symptomen van ziekte constateert, zodat zij kan bijdragen aan het voorkomen van ziekte en het beperken van de gevolgen van ziekte. In hoeverre kunnen wijkverpleegkundigen straks ingrijpen bij gezinnen waar bijvoorbeeld veel wordt gerookt of waar sprake is van overgewicht? Welke instrumenten en interventies heeft de wijkverpleegkundige tot haar beschikking om hiermee aan de slag te gaan? Naar welke zorgverleners kan zij doorverwijzen als de problematiek het beste door een andere zorgverlener kan worden opgepakt? In hoeverre kunnen zorgverzekeraars tijdens het inkoopproces nog voorwaarden stellen aan de preventieve taken van wijkverpleegkundigen?

Daarnaast faciliteert het bekostigingsmodel de wijkverpleegkundige in het uitvoeren van haar kerntaken; verplegen en verzorgen. Doordat cliënten thuis verpleegt en verzorgd worden kunnen zijn ondanks hun ziekte, beperking of ouderdom, langer in hun eigen omgeving blijven. Daarmee komt de inzet van wijkverpleegkundigen tegemoet aan de wens van de samenleving en die van de leden van de PvdA-fractie; patiënten zo lang mogelijk in eigen vertrouwde omgeving verplegen en verzorgen, met steun van hun naasten. Het bekostigingsmodel lijkt hier in te voorzien. De focus in de zorg verleent door wijkverpleegkundigen zal hierop aansluitend liggen op zelfredzaamheid, ontzorgen, bevorderen van de kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Hoe wordt bezien of wijkverpleegkundigen daadwerkelijk de ruimte krijgen om aan deze doelstellingen te voldoen?

Daarnaast constateren de leden van de PvdA-fractie dat het bekostigingsmodel de volumeprikkels in de huidige bekostiging reduceert. Zij pleiten voor populatiegebonden bekostiging waarin zo veel mogelijk wordt bekostigd op basis van prestaties en niet iedere handeling gekoppeld is aan een apart tarief. Met het nieuwe bekostigingsmodel wordt hierin een stap gezet, maar we zijn er nog niet. Is de Minister voornemens om de ingezette lijn van populatiegebonden uitkomstbekostiging door te trekken naar de andere segmenten van zorg, zoals de curatieve en langdurige zorg? Hoe wordt hier met de proeftuinen op ingespeeld en in hoeverre vindt de Minister dat er in de proeftuinen al goed afspraken zijn over uitkomstbekostiging en shared savings?

Genoemde leden vinden de ruimte voor aanvullende beloningsafspraken binnen het toekomstige bekostigingsmodel, waarin zorgverzekeraars en aanbieders afspraken kunnen maken over het belonen van positieve gezondheidsuitkomsten en gepaste zorg, een goede stap. Hoe gaat de Minister het maken van deze afspraken nog verder stimuleren? Hoe wordt er op toegezien dat de gemaakte prestatieafspraken voorzien in gewenste prikkels en welke mogelijkheden heeft de Minister om bij te sturen? Het jaar 2015 komt te vroeg om gelijk het beoogde bekostigingsmodel in te voeren, dat snappen de leden van de PvdA-fractie. Zij kunnen zich vinden in het NZa-advies, dat voor 2015 een bekostigingsmodel voorstelt op basis van de huidige AWBZ-aanspraken. Met het bekostigingsmodel voor 2015 worden er gelukkig al wel stappen gezet richting het beoogde model.

Toekomstig bekostigingsmodel

De leden van de PvdA-fractie zijn blij dat met het bekostigingsmodel voor wijkverpleging wordt aangesloten op het toekomstige bekostigingsmodel voor huisartsen. Dit bevordert immers samenwerking en stelt zorgverze-

keraars en aanbieders in staat om tot een samenhangend pakket aan zorg te komen. Dit komt de patiënt ten goede en dat moet altijd het uitgangspunt zijn, vinden deze leden. Zij zullen hier scherp op blijven toezien. Deze leden zullen in de gelijktijdige inbreng «Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg» ingaan op de bekostiging voor huisartsen. Zij vragen in hoeverre de Minister voornemens is om ook de bekostigingssystematiek van andere eerstelijns-aanbieders en welzijnsaanbieders, waaronder wijkteams en welzijnsinstellingen, in samenhang te ontwerpen met de bekostiging van huisartsenzorg en wijkverpleging? Hier gaat de voorkeur van genoemde leden naar uit. Hoe gaat de Minister dit vormgeven en wat is het tijdpad? Hoe wordt hierin de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten meegenomen? Genoemde leden ontvangen graag een toelichting van de Minister op deze punten.

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de drie segmenten waaruit het toekomstige bekostigingsmodel voor wijkverpleging bestaat. Zij zijn tevreden met het draagvlak dat onder veldpartijen bestaat; dat is immers noodzakelijk voor een juiste invulling in de praktijk en een zachte landing. Het eerste segment lijkt de beschikbaarheid en de preventieve taken van wijkverpleegkundigen te borgen. Genoemde leden zijn blij dat er in dit segment gekozen is voor een populatiegebonden bekostiging waardoor op voorhand niet aan individuele burgers toe te kennen kosten (aanwezigheid, signaleren, preventie), de deelname in wijkteams en samenwerking met huisartsen wordt bekostigd. Dit segment regelt dat wijkverpleegkundigen ook eigenstandig toegang krijgen tot burgers die nog niet in zorg zijn. Zo kunnen deze burgers immers zo vroegtijdig mogelijk geholpen worden met hun hulpvraag en klachten. Verwacht de Minister in de komende jaren een toename van het aantal burgers dat de zorg binnenkomt via het eerste segment wijkverpleging? Of vermoedt zij dat vooral de huisarts en andere zorgverleners zullen zorgen voor de toestroom in de wijkverpleging? Hoe speelt de Minister in op deze ontwikkelingen? Wanneer verwacht de Minister de monitor op te hebben gezet om goed zicht te krijgen op de manier waarop wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars de beschikbaarheid in het eerste segment vormgeven? Welke mogelijkheden tot bijsturing heeft de Minister als blijkt dat de beschikbaarheid in de wijk onvoldoende geborgd is? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over deze monitoring? Wordt in deze monitor ook de wisselwerking tussen de drie segmenten en mogelijke ongewenste prikkels opgenomen? Genoemde leden gaan er van uit dat dit gebeurt maar ontvangen graag een bevestiging van de Minister. In het tweede segment zal de verpleging en verzorging worden bekostigd. De Minister geeft aan dat zorg in dit segment bekostigd wordt via een beperkt aantal zorgcategorieën met gemiddeld tarief, bijvoorbeeld intensieve kindzorg en zorg voor dementerende ouderen. De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister voornemens is om het aantal zorgcategorieën in de toekomst waar mogelijk verder te beperken, zodat meer tegemoet wordt gekomen aan de wens van populatiegebonden bekostiging van zorg zoals afgesproken in het regeerakkoord. Zij denken hierbij bijvoorbeeld aan het overhevelen van zorgcategorieën vanuit het tweede naar het eerste segment indien deze zorg door het overgrote deel van wijkverpleegkundigen geleverd wordt en een aparte prestatie daarom minder noodzakelijk is. Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie van de Minister op dit punt.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie hoe de gemiddelde tarieven van de zorgcategorieën tot stand komen. Hoe houden deze tarieven straks rekening met de kenmerken van de populatie die deze zorg ontvangt en de intensiteit van deze zorg? Hoe leiden deze tarieven ertoe dat iedere patiënt straks gepaste zorg ontvangt waarbij het zorgplan en de kwaliteit van leven van de patiënt voorop staan en niet het aantal geleverde uren zorg? Zou een meer populatiegebonden financiering van verpleegkundige

en verzorgende handelingen niet beter voorzien in deze doelstellingen? Graag een toelichting van de Minister.

De leden van de PvdA-fractie zien veel mogelijkheden in de innovatie die het derde segment teweeg brengt. In het derde segment wordt het belonen van goede prestaties en gezondheidsuitkomsten mogelijk en dit is een wens van deze leden. Kan iedere zorgverzekeraar zelf kiezen welke parameters en indicatoren worden ingezet voor de prestatiebekostiging in het derde segment, of moeten zorgverzekeraars deze gezamenlijk overeen komen? Zo ja, hoe ver zijn zij in dit proces en kunnen zij in 2016 gelijk voortvarend van start met prestatiefinanciering? Hoe gaan zorgverzekeraars met het belonen van uitkomsten rekening houden met verschillen tussen praktijken? Hoe gaat de Minister zorgen voor een zo min mogelijk administratieve druk voor zorgaanbieders bij het aanbieden van transparante informatie over het behalen van de beloningsafspraken?

Daarnaast hebben genoemde leden vragen over de verankering van het PGB in de Zorgverzekeringswet voor wat betreft wijkverpleegkundige zorg. Hoe is de wijkverpleegkundige zorg voor het PGB afgebakend? Valt alleen strikt de wijkverpleegkundige zorg in segment 2 onder het PGB? Indien patiënten een PGB inzetten voor wijkverpleegkundige zorg, hoe wordt dan de signalerende en preventie functie uit segment 1 en de innovatie en uitkomstbepaling uit segment 3 vormgegeven en geborgd voor de patiënt? Indien de wijkverpleegkundige zorg uit segment 1 en 3 niet onder het PGB valt, hoe wordt dan gezorgd voor de afstemming met het wijkteam en de huisarts? Wie is hier voor verantwoordelijk en hoe wordt dit bekostigd? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de Minister op dit punt.

Bekostigingsmodel 2015

De leden van de PvdA-fractie kunnen zich vinden in de bekostiging van wijkverpleging voor het tussenjaar 2015. De inkoop zal plaatsvinden op basis van representatie per regio en aansluiten op de huidige AWBZ-tarieven en de prestaties voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie binnen de Zorgverzekeringswet. Zij hopen op een zachte landing en merken op dat ook in het tussenjaar al belangrijke stappen worden gezet richting het toekomstige bekostigingsmodel. Zo worden prestaties met een soortgelijk tarief zo veel mogelijk gebundeld. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen op die manier al ervaring opdoen met de toekomstige situatie. Wel vragen genoemde leden in hoeverre het bekostigingsmodel voor 2015 al tegemoet kan komen aan het versterken van zelfredzaamheid, gepaste zorg en het sturen op kwaliteit van leven. Op welke wijze stimuleert het tussenmodel innovatie het maken van stappen richting het eindmodel? Graag ontvangen zij een nadere toelichting van de Minister op dit punt.

De leden van de PvdA-fractie vinden het zorgelijk dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om aanvullende prestaties overeen te komen voor de niet toewijsbare zorg, waaronder de beschikbaarheid, het signaleren en preventieve taken. Wat kan dit mogelijk betekenen voor de eigenstandigheid van wijkverpleegkundigen en hoe gaat de Minister deze borgen? Wat kunnen deze aanvullende voorwaarden behelzen en hoe zorgt de Minister ervoor dat de beoogde rol voor wijkverpleegkundigen niet beperkt wordt? In hoeverre wordt het mogelijk dat zorgverzekeraars straks kunnen bepalen dat wijkverpleegkundigen alleen maar aan de slag mogen na bijvoorbeeld verwijzing door de huisarts en niet zelf meer mogen indiceren? Hoe kan worden voorkomen dat er te veel/te weinig wijkverpleegkundigen aan het werk gaan in de wijk? Hoe borgt de Minister dat zorgverzekeraars en gemeenten samenwerken om het optimale aantal wijkverpleegkundigen in te zetten?

De leden van de PvdA-fractie zijn zeer verheugd te vernemen dat de wijkverpleging buiten het eigen risico valt. Zij hebben hier sterk voor gepleit. Om zorg dichtbij te kunnen leveren in een systeem waarbinnen de wijkverpleegkundige een belangrijke spil is, moet de wijkverpleegkundige wel voor iedereen toegankelijk zijn. Genoemde leden zijn daarom blij dat de eigen risico-meter niet begint te tikken als de deur opengaat voor de wijkverpleegkundige. Zo hoeft niemand om financiële redenen af te zien van wijkverpleegkundige zorg.

Indien er overschrijdingen ontstaan op het budgettaire kader wijkverpleging en verzorging heeft de Minister de mogelijkheid om het macrobeheersingsinstrument in te zetten of de tarieven te verlagen. Daarnaast oppert de Minister de mogelijkheid om in geval van overschrijding voor beheersbaarheid te zorgen door het invoeren van een eigen betaling of het eigen risico. De leden van de PvdA-fractie zijn groot tegenstander van het invoeren van het eigen risico voor wijkverpleging. Zij vragen in dit licht welke maatregelen de Minister voornemens is om eerst in te voeren bij een overschrijding. Zij pleiten daarbij voor een voorkeur voor het macrobeheersingsinstrument en de tariefmaatregel, net zoals bij de huisartsenzorg. Beide bekostigingssystemen zijn immers op elkaar aangesloten om tot samenhangende zorg te komen. Volgt de Minister deze redenering in haar beleid? Graag een toelichting op dit punt.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met treurnis kennisgenomen van het besluit om de wijkverpleging onder te brengen in de zorgverzekeringswet. Zij vrezen dat de verplegende en verzorgende thuiszorg ten prooi zal vallen aan bureaucratie en dat zorgverzekeraars hun winstmarge op de thuiszorg zullen gaan pakken. Dit maakt de zorg niet goedkoper, maar duurder, ingewikkelder en bureaucratischer.

Allereerst willen genoemde leden van de Minister weten wat zij verwacht van zorgverzekeraars in de mate van vergoeding van wijkverpleging. Wanneer de aanspraken zo vaag geformuleerd zijn zoals ze nu zijn, enerzijds door het overgangsjaar, anderzijds in een poging om minutenregistratie te voorkomen, bestaat het risico dat zorgverzekeraars via de basisverzekering een sobere aanspraak realiseren om via de aanvullende verzekering pluspakketten te bieden. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan. Kan zij toezeggen dat zorgverzekeraars, minimaal in de periode dat de aanspraak wijkverpleging nog in ontwikkeling is, geen pluspakketten mogen aanbieden via de aanvullende verzekeringen?

De leden van de SP-fractie zien dat er een poging wordt gedaan om bureaucratie te vermijden door met algemene aanspraken en gemiddelde bedragen per aanspraak te gaan werken. Dat is een nobel streven, maar deze leden geloven niet dat dit zal gaan werken zolang de thuiszorg wordt geboden door private ondernemingen met winstoogmerk. De organisatie heeft er belang bij om zo min mogelijk «vulling» te geven aan de aanspraak, teneinde winst te maximaliseren. Tegelijkertijd kan de zorgverzekeraar via haar inkoop juist lage standaardtarieven instellen teneinde haar vermogenspositie en winsten te vergroten. In beide gevallen, die elkaar ook nog eens kunnen versterken, zal de zorgprofessional het nakijken hebben, want die heeft geen enkele invloed op beide mechanismen. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Is zij bereid om het winstoogmerk in de thuiszorg te verbieden en de zorgverzekeraars te verbieden om winst te maken op de aanspraak wijkverpleging?

Welke garanties geeft de Minister de leden van de SP-fractie dat de minutenregistratie niet gewoon in stand blijft en zelfs erger wordt. Kan de Minister zich voorstellen dat een wijkverpleegkundige nu per persoon moet aangeven wat er precies aan zorg is verleend, en daarbij ook

geconfronteerd wordt met verschillende verantwoordingsprotocollen per verzekerde? Hierdoor ontstaat de situatie dat binnen een huishouden, maar zeker binnen een wijk, meerder administraties gevoerd moeten worden. De een voor Menzis, de ander voor Achmea, weer een derde voor een andere zorgverzekeraar. Hoe gaat de Minister garanderen dat dit verantwoordingscircus niet gaat ontstaan? Ziet de Minister ook het risico dat bovenop verantwoording per persoon en daarbij verschillend per verzekeraar, ook verschil in polissen (aanvullende verzekering) nog eens extra verantwoording met zich mee zal brengen? Genoemde leden ontvangen graag een zienswijze van de Minister hoe zij aankijkt tegen verantwoording van de verleende zorg in verhouding tot verschil in verzekeringspolissen en verzekeringsbedrijven.

De leden van de SP-fractie vragen of € 40 miljoen euro een voldoende investering is om de inzet van wijkverpleegkundigen van de grond te krijgen. Hoe is de verdeling per gemeente van deze € 40 miljoen? Hoe is het overleg met gemeenten over de inzet van wijkverpleging? Bestaat de kans dat er drie verschillende wijkteams kunnen komen omdat er drie zorgverzekeraars in een wijk aanwezig zijn, waardoor zij ieder hun eigen wijkteam gaan opzetten?

Erkent de Minister dat het tweede segment gewoon betalen per aanspraak is en daarmee betalen per verrichting, of een set van verrichtingen? Welke wijziging is dit nu precies ten opzichte van de huidige betaling in de AWBZ?

De leden van de SP-fractie doen een beroep op de Minister om de wijkverpleging niet via de zorgverzekering te organiseren. Zij vragen om een onderzoek naar wijkverpleging en thuiszorg in het algemeen als publieke dienst waarbij wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers in dienst zijn van de gemeente en er via een beschikbaarheidsberekening wordt bepaald hoeveel medewerkers in een (deel van een) gemeente nodig zijn. Beschikbaarheid op bijvoorbeeld ouderdom, prevalentie van aandoeningen enzovoorts. Is de Minister bereid dit te onderzoeken? Naast deze algemene opmerkingen heeft de SP-fractie de volgende vragen bij de voorhang voor wijkverpleging:

- Hoe wordt de samenwerking met de eerstelijns vormgegeven?
- Hoe wordt kwaliteit van zorg gewaarborgd?
- Hoe worden wachtlijsten voorkomen?
- Welk bedrag wordt precies bezuinigd in 2015, en de volgende jaren en hoe houdt de Minister zicht op die bezuiniging. Kan zij garanderen dat dit niet een grotere bezuiniging wordt omdat de zorgverzekeraar ook nog geld onttrekt ten gunste van vermogen en winst?
- Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er nu, per regio?
- Kan de Minister ingaan op de ontslagen in de thuiszorg in verhouding met de toekomstige plannen voor de wijkverpleging?
- Moeten wijkverpleegkundigen die nu ontslagen worden straks weer solliciteren op hun baan? In hoeverre gaat Minister dreigende loondump voorkomen?

Bekostiging wijkverpleging in de Zvw:

- Hoe is de samenwerking geregeld tussen de gemeente, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars? Wat is nu de precieze rol van de gemeente? Wat als de samenwerking dreigt mis te gaan, wie grijpt dan in? Welke maatregelen kunnen getroffen worden? Krijgt de gemeente macht om zorgverzekeraars te dwingen tot financiering van noodzakelijke inzet van wijkverpleging?
- Aanvullende beloningsafspraken op basis van gezondheidsuitkomsten. Op welke waarden en afspraken worden deze gezondheidsuitkomsten bepaald? Wie bepaalt dat? Waar denkt de Minister aan bij beloningsafspraken? Welke eisen worden gesteld, hoe ver gaat dit? Kan de Minister dat nader toelichten. Welke uitkomsten denkt de Minister te verwachten, elke wijk is anders, wat voor uitkomsten worden bedoeld?

- Wijkverpleegkundige krijgt ruimte om bij het bepalen van de zorgvraag van een persoon ook de mogelijke zelfredzaamheid en sociale omgeving te betrekken. Wat is de taak van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en wat is de taak van de wijkverpleegkundige? Is hier sprake van mandatering van indicatiestelling? Wat beoogt deze Minister nu precies met de indicatiestelling? Voorstel CIZ schrappen en indicatiestelling in handen geven van artsen in samenspraak met wijkverpleegkundigen in de buurt?
- De Minister wil dat wijkverpleegkundigen ook achter de voordeur komen, om vroegtijdig te kunnen ingrijpen. Hoe ziet de Minister dat voor ogen? Kan de Minister praktijkvoorbeelden geven? Is de Minister bereid te kijken naar het plan van de leden van de SP-fractie om de jaarlijkse gezondheidscheck voor 70-plussers opnieuw te bekijken? In hoeverre gaan zorgverzekeraars preventie oppakken? Daar zijn zij toch niet bij gebaat? Welke regels gaat de Minister stellen als het gaat om preventie?
- De Minister geeft aan gesprekken te voeren met partijen over het advies van de NZa. Welke partijen zijn dit?
- De Minister geeft aan dat bij de inkoop van zorg voor 2015 geregeld wordt dat de kosten per cliënt worden teruggebracht met behulp van inzet op zorgvernieuwing. Wat bedoelt de Minister hiermee?
- 2015 kan niet gehaald worden, dus komt er een overgangsmodel voor 2015. Dezelfde prestaties worden gebruikt, zoals dat nu geldt voor de AWBZ. De NZa wil de prestaties bundelen, zodat bureaucratie wordt verminderd. Kan de Minister een overzicht sturen van de prestaties en daarbij aangeven welke prestaties worden gebundeld.
- Het is aan zorgorganisaties en zorgverzekeraars om binnen het budget afspraken te maken over nieuwe arrangementen aan cliënten op basis van de visie op zorgverlening en doelmatigheid. Wat verstaat de Minister precies onder arrangementen? Hoe voorkomt de Minister wurgcontracten?
- Met welke reden wordt voor complexe wondzorg een vrij tarief geregeld?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen over de bekostiging van de aanspraak wijkverpleging. De Minister heeft er voor gekozen om van 2015, financieel gezien, een overgangsjaar te maken en in 2016 met de nieuwe bekostiging te gaan beginnen.

De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over de samenhang tussen de huisartsenbekostiging en de bekostiging van de aanspraak wijkverpleging. Genoemde leden willen graag weten waar de Minister specifiek op heeft gelet bij de ontwikkeling van de bekostiging van de wijkverpleging in relatie tot de ontwikkeling van het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Zij vragen of het met de groeiende groep kwetsbare ouderen die thuis blijft wonen waarschijnlijk een overheveling van het deelkader van de wijkverpleging naar het deelkader van de huisartsenbekostiging gaat plaatsvinden. Deze leden lezen in het begin van de brief dat, doordat de extramurale verpleging en verzorging per 1 januari 2015 in de Zorgverzekeringswet (Zvw) komt, deze zorg dichter bij de eerstelijnszorg zoals de huisartsenzorg worden gepositioneerd. Even verder in de brief geeft de Minister aan dat de wijkverpleegkundige een eigenstandige positie heeft naast de huisarts.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe dit nu precies zit, zeker omdat de gemeente in het kader van het aanbieden van een welzijn- en ondersteuningsaanbod daar ook een rol in speelt. Het is genoemde leden onduidelijk wie de wijkverpleegkundige nu precies aan gaat sturen,

of dat zij zelfstandig en onafhankelijk kan opereren of dat de zorgverzekeraar dit mag bepalen en of elke zorgverzekeraar dit op zijn eigen manier mag regelen.

Graag een uitgebreide toelichting op dit punt.

In verband met de eigenstandige positie van de wijkverpleegkundige willen deze leden doorvragen over de eigenstandige positie waarbij er een wijkverpleegkundige namens de Zvw in een wijk actief kan zijn maar ook in een sociaal wijkteam namens de gemeente. Kan een wijkverpleegkundige zowel gefinancierd worden zowel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als uit de Zvw? De leden van de CDA-fractie vragen of dit een doelmatige manier van werken zal zijn en of de Minister niet bang is dat dit extra bureaucratie in de hand zal gaan werken.

De Minister legt de focus op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. Deze leden vragen concreet wat dit betekent. De Zvw is een wet waar men uit gaat van een kort, vooraf in te schatten, zorggebruik. Dat is bij cliënten die overkomen uit de AWBZ niet altijd het geval, zij zijn langdurig en soms een heel leven lang afhankelijk van zorg en verpleging. Genoemde leden vragen of de focus van de Minister niet te veel is gericht om mensen zo snel mogelijk uit de zorg te krijgen? Hoe groot is de groep die langer dan 1 jaar gebruik zal maken van zorg en verpleging thuis?

Deze leden lezen dat de ruimte die de wijkverpleegkundige krijgt om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag door de huidige indeling functies en klassen verdwenen is. Dit begrijpen zij niet zo goed. Er zijn diverse voorbeelden waar, binnen de huidige AWBZ, wordt samengewerkt door diverse disciplines, door huisartsen en gemeenten, door huisartsen en verpleegkundigen van de bemoezorg etc. Daar is de financiering nooit een belemmering geweest. Daarbij vragen de leden van de CDA-fractie als dit zo belangrijk punt is voor de Minister, waarom zij hier dan slechts € 40 miljoen. in 2015 voor beschikbaar stellen.

De Minister wil dat de wijkverpleegkundige de spil in de wijk wordt en dat zij taken kan combineren op het sociaal gebied zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Tevens krijgt de wijkverpleegkundige genoeg ruimte om bij de mogelijke zelfredzaamheid van de cliënt en de mogelijke sociale omgeving te betrekken.

De leden van de CDA-fractie vragen of de wijkverpleegkundige een soort schaap met vijf poten gaat worden. Genoemde leden merken op dat zij zich af vragen in hoeverre de wijkverpleegkundige nog aan direct zorg verlenen toe gaat komen. Wordt de wijkverpleegkundige geen wandelend indicatieorgaan die afhankelijk is van de zorgverzekeraar waarvoor hij of zij werkt? Mag elke zorgverzekeraar zijn eigen eisen stellen aan kwaliteit, regels etc. en dus aan hoe de wijkverpleegkundige moet werken?

En als de wijkverpleegkundige tot de conclusie komt dat de persoon het beste af is met een welzijnsarrangement uit de Wmo, kan de wijkverpleegkundige dit dan regelen? Zal de gemeente de kosten van de wijkverpleegkundige dan dragen of gaat dit vergoed worden uit het budget van de zorgverzekeraar?

Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie graag weten wat er gebeurt als een zorgverzekeraar geen wijkverpleegkundige contracteert in een bepaalde wijk? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) merkt hierover op dat contractering van zorg niet verplicht is en dat er dus een knelpunt ligt bij de niet-toewijsbare zorg. Daarnaast vragen zij of de zorgverzekeraar verplicht is om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk te contracteren? Kan het voorkomen dat een zorgverzekeraar de beschikbaarheidsfunctie niet contracteert? Indien dit het geval is, hoe wordt dan de preventieve en signalerende functie van de wijkverpleegkundige ingevuld?

De NZa merkt in dit kader ook op dat er een knelpunt ligt. Er moet nader worden bekeken hoe aan de niet-toewijsbare zorg en het toezicht daarop invulling moet worden gegeven in het geval van restitutieverzekerden. De

leden van de CDA-fractie vragen welke oplossing de Minister per 1 januari 2015 heeft.

De wijkverpleegkundige mag de zelfredzaamheid van de cliënt en de mogelijke sociale omgeving erbij te betrekken. De leden van de CDA-fractie vragen hoe zij deze zinsnede moeten interpreteren. Mag de wijkverpleegkundige ook bepalen over hoeveel mantelzorgers aan ondersteuning moeten geven, dan wel de sociale omgeving kan bijdragen. Dit is toch niet wettelijk geregeld in de Zvw, dat mantelzorg wordt meegewogen bij de zorgvraag? Dat lijkt de leden van de CDA-fractie toch opmerkelijk, zeker gezien de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 waarbij gemeenten verantwoordelijk worden voor de mantelzorg. Graag een uitgebreide toelichting op dit punt. Het kan toch ook niet zo zijn dat de mantelzorger twee keer wordt gewogen en meegenomen. De Minister kiest er voor de extramuraal zorg in verschillende wetten onder te brengen maar wij hebben het over 1 echtpaar of 1 gezin.

Vervolgens vragen deze leden de Minister het volgende, er wordt bezuinigd op het aanbod (budget van zorg en verpleging gaat fors omlaag). De wijkverpleegkundige mag zelfstandig indiceren zou het niet zo kunnen zijn dat de indicering door de wijkverpleegkundige leidt tot meer zorg omdat er een verborgen zorgvraag is die hierdoor aan de oppervlakte komt? Wat is de mening van de Minister over dit punt, is dit risico in kaart gebracht?

Het gehele stelsel van zorg, zoals de Minister per 1 januari 2015 voorziet kent de ondersteuning krachtens de Wmo, verzekerde aanspraken krachtens de Zvw. Er zal vaak sprake zijn van cliënten die op meer dan één van deze regimes zijn aangewezen of een beroep doen. De leden van de CDA-fractie vragen of er een algemene «beslisregel» is die bepaalt welke wettelijke regeling prevaleert indien recht op een bepaald type ondersteuning, zorg of verpleging op grond van meerdere van deze regelingen ontstaat, of indien een cliënt is aangewezen op combinaties van deze vormen? Is ook duidelijk voor de cliënt waar hij of zij zich als eerste moet vervoegen, bij welke wijkverpleegkundige? Wie bepaalt welk regime of combinatie van regimes voor hem of haar van toepassing is? De leden van de CDA-fractie vinden dat dit na deze brief alleen maar onduidelijker wordt. Hoe is de verwijzing van een cliënt vanaf zijn eerste aanvraag geregeld, en hoe wordt voorkomen dat cliënten bij de besluitvorming op een aanvraag of aanspraak tussen wal en schip vallen? De wijkverpleegkundige namens de Zvw? En het wijkteam namens de gemeente? Genoemde leden begrijpen dat de Minister het belangrijk vindt dat gemeente en Zvw goed samenwerken maar hoe dit in de bekostiging geregeld is, komt niet duidelijk naar voren. Kan de Minister dit verder toelichten.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er op drie segmenten bekostigd zal gaan worden. Wat is het exacte verschil tussen (preventieve, signaleren en coördinerende) activiteiten in segment 1 en deze activiteiten in segment 2? Hoe voorkomt de Minister dat hierover bij cliënten en aanbieders verwarring ontstaat?

Daarbij willen deze leden als eerste opmerken dat € 40 miljoen voor het eerste segment niet zoveel is. Zij vragen hoe deze middelen over 2015 verdeeld worden. Dan is voor het tweede segment € 3,1 miljard beschikbaar. Kan de Minister aangeven hoeveel van deze middelen er in 2015 beschikbaar komen voor het PGB. Onduidelijk is hoeveel middelen er voor segment 3 beschikbaar komen en hoe men wil komen tot een goede implementatie van randvoorwaarden voor het 3e segment. Kan de Minister hier ook een toelichting op geven?

In het overgangsmoedel gaan zorgverzekeraars inkopen per zorgkantoor-regio. Tegelijkertijd wordt hierbij de financiële taakstelling voor 2015 gerealiseerd. Dit is een bezuiniging op de verzorging van 5% (ruim € 400 miljoen.).

Er worden vervolgens afspraken gemaakt met aanbieders en de kosten per cliënt kunnen worden teruggebracht met zorgvernieuwing. Kan dit er toe leiden dat mensen volgend jaar enkel uren zorg per week minder krijgen? Begrijpen deze leden dit goed? Kan de Minister vervolgens aangeven hoe zij denkt dat deze bezuiniging te halen is met zorgvernieuwing? Hoe moeten de leden van de CDA-fractie dat voor zich zien? Acht de Minister het aannemelijk dat als gevolg van de financiële taakstelling in 2015 wachtlijsten voor wijkverpleging ontstaan? Wat is uw verwachting met betrekking tot de totale uitgaven in 2015? Hoeveel euro wordt hiervan naar verwachting uitgegeven door gecontracteerde aanbieders? Wat is uw inschatting met betrekking tot het volume aan ongecontracteerde zorg in 2015? Daarbij willen genoemde leden ook graag weten of de verstrekking van persoonsgebonden budgetten onder ongecontracteerde zorg valt. Welk bedrag wordt er in 2015 en in 2016 aan de PGB in de Zvw als het gaat om verpleging en verzorging betaald? Bij wie en waar kunnen verzekerden straks in bezwaar en beroep indien hen door de zorgverzekeraar een Zvw-PGB wordt geweigerd, terwijl zij wel over een indicatie beschikken?

Genoemde leden lezen dat de zorgorganisaties en zorgverzekeraars binnen het budget afspraken maken over nieuwe arrangementen aan cliënten. Hoe gaat de Minister borgen dat verzekeraars in 2015 afzien van verzoeken om gedetailleerde informatie, waardoor zorgaanbieders (wel) gedwongen worden om een minutenregistratie in te voeren? Deze leden vragen hoeveel vrijheid de werkvloer (hier de wijkverpleegkundige) krijgt en of elke wijkverpleegkundige straks op een andere manier bekostigd gaat worden afhankelijk van de zorgverzekeraar waarvoor hij of zij werkt. Hoe gaat de Minister borgen dat verzekeraars in 2015 afzien van verzoeken om gedetailleerde informatie, waardoor zorgaanbieders (wel) gedwongen worden om een minutenregistratie in te voeren waardoor de administratieve lasten fors gaan stijgen?

Over de beschikbaarheid van de verpleegkundige functie voor deelname aan sociale wijkteams moeten gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken. De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoeveel concrete afspraken er gemaakt zijn en waarom er gekozen is voor een vrij tarief? Het voorstel is om voor de prestatie «niet toewijsbare zorg» voor 2015 een aparte prestatie met een vrij tarief te ontwikkelen. Wat zijn de redenen om op dit punt af te wijken van het advies van de NZa en de wensen van veldpartijen?

De Minister streeft naar een volledige risicodragendheid in 2017. Hoe kijkt de Minister aan tegen volledige risicodragendheid voor verpleging en verzorging als het ex-ante vereveningsmodel voor deze zorg nog niet ontwikkeld is? De kosten van de verpleging en verzorging zullen worden ondergebracht in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg. In het conceptrapport van onderzoeks- en adviesbureau Ape, dat in opdracht van het Ministerie van VWS is uitgevoerd, wordt geconcludeerd dat «op verzekerdeniveau de verevenende werking van de risicovereveningsmodellen voor de verpleging en verzorging beperkt is». Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? De Minister heeft in het debat over risicoselectie de toezegging gedaan om voor verzekerden die in het voorafgaande jaar gebruik maakten van verpleging en verzorging de precieze omvang van de onder-compensatie voor de risicoverevening 2015 uit te rekenen. Is daar al meer over bekend?

Bij eerdere transities, zoals de Geriatrische Revalidatiezorg, kon er vaak maanden niet uitbetaald worden door ICT-problemen bij zorgverzekeraars en aanbieders. Ondanks recente inspanningen heeft de ICT-branche aangegeven grote problemen te verwachten bij de transitie van de verpleging en verzorging. Dit kan tot gevolg hebben dat de continuïteit van de zorg in 2015 in gevaar komt, omdat declaraties niet (tijdig) uitbetaald worden?

Is de Minister bereid om verzekeraars te verplichten om aanbieders te betalen ook als de ICT systemen nog niet (volledig) werken, zodat de continuïteit van de zorg geborgd wordt? Is het wel verstandig om het overgangsmoedel door te zetten als dergelijke elementaire randvoorwaarden als een werkend ICT-systeem voor declaraties niet geregeld zijn? Welke risico's kleven daaraan?

Ten slotte vragen de leden van de CDA-fractie hoe er volgend jaar voldoende wijkverpleegkundigen overal werkzaam zijn. Er moeten er immers nog heel veel opgeleid worden. Hoe gaat de Minister dit «praktische» regelen, graag een uitgebreide toelichting op dit punt.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de bekostiging van de wijkverpleging en hebben hier nog wel enkele vragen en opmerkingen over.

Genoemde leden waren en zijn nog steeds tegen de overheveling van de verpleging en verzorging naar de zorgverzekeringwet en worden hierin bevestigd door de wijze van bekostiging die nu wordt voorgesteld. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarnaast vormt de (wijk)verpleegkundige tevens de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. Binnen de AWBZ is voor deze laatste coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. Deze leden vragen waarom dit niet ook binnen de AWBZ (of de nieuwe Wlz) kan.

Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen. Dat we af moeten van het uurtje factuurtje en de minutenregistratie, daar is iedereen het mee eens, maar een organisatie als Buurtzorg heeft bewezen dat dit ook binnen de AWBZ kan. Graag een reactie van de Minister. Door gebruik te maken van de term volumeprikkel impliceert de Minister dat er sprake zou zijn van een te groot volume. Waarop is deze aanname gebaseerd? Daarnaast zal er ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten en dient de bekostiging te voorzien in een populatie gebonden deel. Hoe wordt de omvang van de populatie bepaald? Gemeenten weten aan de vooravond van de nieuwe Wmo niet eens hoeveel mensen welke zorg nodig hebben binnen hun eigen gemeente.

Wijkverpleegkundigen kunnen hiermee verpleegkundige taken combineren met taken op het sociaal gebied zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Wat wordt in dit kader onder preventie verstaan?

Onderdeel van de aanspraak per 1 januari 2015 is dat de wijkverpleegkundige kan reageren op signalen over individuele verzekerden. Van wie komen die signalen?

Daarmee kan de wijkverpleegkundige «achter de voordeur» komen en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. De leden van de PVV-fractie gaan ervan uit dat hier sprake moet zijn van een geopende deur (dus op vrijwillige basis). Graag een reactie van de Minister op dit punt.

Er is gekozen voor de contouren van een nieuw bekostigingsmoedel voor verpleging en verzorging dat uit drie segmenten zal bestaan. Dit moedel kan rekenen op draagvlak bij partijen. Welke partijen worden hier bedoeld, aangezien er van een aantal partijen nog input is geleverd met kritische vragen voor dit overleg?

Het eerste segment richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams zal in dit segment op basis van populatiebekostiging vorm worden

gegeven. Met dit model wordt een transitie in gang gezet van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten waarbij de prikkel bestaat voor het leveren van goede en gepaste zorg die leidt tot zichtbaar positieve uitkomsten. Wat gebeurt er als dit gedeelte van het budget op is?

In het tweede segment wordt de verpleging en verzorging geleverd en de daaraan verbonden signalerende taken. In dit segment zal een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief bestaan voor groepen cliënten op basis van voor die groep benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. Gebeurt dit wel op individueel toe te rekenen kosten of is dit ook op basis van populatie? Indien het laatste het geval is, ook hier de vraag wat er gebeurt met bijvoorbeeld die intensieve kindzorg of dementiezorg, als het budget op is?

Ook de vormgeving van de structurele financiering van casemanagement dementie kan in deze laag een plek krijgen. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en verzekeraars een passend zorgaanbod organiseren voor de patiënt, waarbij de verzekeraar de zorgcategorieën inkoop op basis van de verwachte zorgbehoefte van de populatie. De vergoeding aan de zorgaanbieder zal plaatsvinden op basis van het (maximum) tarief per zorgcategorie. Ook hier lijkt sprake van populatiebekostiging. Kan de Minister garanderen dat casemanagement altijd beschikbaar is voor die cliënten die dat nodig hebben?

Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Deze resultaten kunnen divers zijn en betreffen onder andere procesuitkomsten (bijvoorbeeld deelname aan benchmark, spiegelinformatie), gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, doorverwijzingen, substitutie, zorgvernieuwing en patiënttevredenheid. De leden van de PVV-fractie vragen hoe groot de vrijheid van de zorgverzekeraars is om deze beloningsafspraken te maken. Kan dat bijvoorbeeld ook een doorverwijzing naar de Wmo zijn?

Naast deze prestaties staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren. De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister hiervan voorbeelden kan geven?

De wisselwerking tussen de lagen en de mogelijke ongewenste prikkels die ontstaan als gevolg van de verschillende elementen van bekostiging vormen een belangrijk aandachtspunt. Waarom is hier dan toch voor gekozen?

Verzekeraars en aanbieders contracteren in 2015 voor wijkverpleging niet boven de financiële omvang van 2014 minus de afgesproken taakstelling 2015, met daarbij ruimte voor differentiatie tussen aanbieders. De leden van de PVV-fractie vragen wat de gevolgen zijn van het verder extramuraliseren voor de omvang en hoe dat opgevangen gaat worden. Gaan ook hier cliënten tussen wal en schip vallen? Bestaat hierdoor niet een groot gevaar voor afwenteling op de Wmo en Wlz?

Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Hierbij kunnen de kosten per cliënt worden teruggebracht met behulp van de inzet op zorgvernieuwing. Wat zijn de gevolgen voor cliënten als de kosten niet worden teruggebracht? Over welke zorgvernieuwing gaat het hier? Is dit niet korten van budget op basis van alweer aannames?

Om een zorgvuldige overgang te kunnen realiseren zal in 2015 worden gewerkt met een overgangsmodel. De NZa zal deze prestaties voor zover sprake is van dezelfde hoogte van het tarief, zoveel mogelijk bundelen. De vereenvoudiging van het aantal prestaties dat hiermee gepaard gaat zorgt voor een vermindering van de administratieve lasten en zien we als stap in de richting van een nieuw bekostigingsmodel dat uitgaat van integrale

zorgcategorieën. Dit is volgens genoemde leden het systeem waarmee Buurtzorg op dit moment werkt. Als dit overgangsmoedel nu goed functioneert, wil de Minister dan overwegen om niet over te gaan op een segmentensysteem, wat ongetwijfeld weer een hoop bureaucratie gaat geven, maar dit simpele model verder uit te werken?

Het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik waardoor minder volume per cliënt kan worden ingezet. Is er nu sprake van ongepast zorggebruik zo vragen deze leden. Zo ja, kan de Minister met voorbeelden komen?

Waarom wordt ongepast zorggebruik nu niet aangepakt?

Voor de niet op voorhand individueel toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zoals de deelname aan het sociale wijkteam en nader verkennen van signalen, krijgt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om een aanvullende prestatie overeen te komen. De zorgverzekeraar is dit dus niet verplicht. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de gehele hervorming langdurige zorg, die vooral gebaseerd is op de aanwezigheid van de alles oplossende wijkteams?

Zorgverzekeraars en gemeenten moeten afspraken maken over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Deze prestatie zal in 2015 een vrij tarief betreffen. De leden van de PVV-fractie vragen hoe de Minister dit precies voor zich ziet. Deze leden zijn er alles behalve gerust op dat dit een succes wordt.

Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader wijkverpleging en verzorging heeft de Minister van VWS de mogelijkheid om deze overschrijding te redresseren door middel van een generiek Macrobeheerinstrument (MBI). Als het MBI onverhoopt moet worden toegepast zal de Minister tegelijkertijd nadere waarborgen voor de beheersing invoeren in de vorm van eigen risico of eigen betaling. Is het niet zo, dat een overschrijding onvermijdelijk is, gezien de enorme bezuinigen op de AWBZ, zo vragen de leden zich af. Moet er dus niet gewoon eerlijk gecommuniceerd worden, dat de wijkverpleging op zeer korte termijn onder het eigen risico zal worden gebracht?

Kenmerkend voor een generiek MBI is dat indien zich een overschrijding op het betreffende kader voordoet, alle aanbieders die deze zorg hebben geleverd een generiek percentage van hun omzet moeten terugstorten in het Zorgverzekeringsfonds. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat deze maatregel de goede organisaties, waarvan we nu al kunnen aangeven welke dat zullen zijn, gestraft zullen gaan worden voor de foute. Dit is geen stimulans voor zorgaanbieders om een extra inspanning te leveren als het gaat om efficiëntie en doelmatigheid. Graag een reactie van de Minister op dit punt.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de voornemens ten aanzien van de bekostiging van de wijkverpleegkundige. Genoemde leden juichen toe dat met het nieuwe bekostigingsmodel een transitie in gang wordt gezet van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten. Zij hebben nog enkele vragen die ze de Minister hierbij voorleggen.

De leden van de D66-fractie merken op dat met de hervorming van de langdurige zorg een grotere eigen verantwoordelijkheid, en daaraan gekoppeld een grotere eigen regie, van mensen wordt gevraagd. De wijkverpleegkundige kan wanneer behoefte bestaat aan verpleging en verzorging daaraan een bijdrage leveren. Het bekostigingsmodel dient naar de mening van genoemde leden dan ook daarop te zijn ingericht. Kan de Minister inzichtelijk maken hoe het voorgestelde bekostigingsmodel zal bijdragen aan het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van mensen?

De leden van de D66-fractie lezen dat het nieuwe bekostigingsmodel uit drie segmenten zal bestaan. Voor segment 1 (niet-toewijsbare zorg) is per 2015 maximaal € 40 miljoen beschikbaar; voor de hele aanspraak wijkverpleging straks € 3,1 miljard. Genoemde leden vragen of de Minister een nadere onderbouwing van dit bedrag kan geven. Hoe zijn deze bedragen berekend en wat is precies de gehanteerde grondslag? Hoe verhouden de segmenten 1 en 2 zich tot elkaar ten aanzien van activiteiten van de wijkverpleegkundige op het terrein van preventie, signaleren en coördineren? Kan met dit bekostigingsmodel de bestaande ketenzorg dementie worden voortgezet?

De leden van de D66-fractie tonen begrip voor het feit dat het nieuwe bekostigingsmodel niet reeds per 2015 kan worden ingevoerd. Zij achten het evenwel van belang dat 2015 geen «verloren jaar» in de omschakeling naar nieuwe manieren van werken voor verpleging en verzorging. Graag vernemen deze leden of de Minister deze zorg ter zake delen.

De leden van de D66-fractie lezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken kunnen maken over de niet-toewijsbare zorg door een specifieke aanbieder in een regio. Betekent dit, zo vragen deze leden, dat andere zorgaanbieders niet kunnen handelen nadat zij zaken signaleren in een wijk.

De Minister is voornemens, zo lezen de leden van de D66-fractie, om de NZa te verzoeken om in haar beleidsregels een generiek macrobeheersingsinstrument als ultimatum remedium vast te leggen. Is de Minister voornemens om te onderzoeken of een gedifferentieerd MBI hier in de toekomst ook mogelijk is? Zal het «generieke» instrument ook voor niet-gecontacteerde aanbieders gelden en wat is ter zake de afweging geweest?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

1. In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de (wijk)verpleging prikkels voor innovatie en vernieuwing? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

Binnen de huidige bekostiging in de AWBZ bestaat de mogelijkheid voor vernieuwing onder andere door gebruik te maken van de beleidsregel innovatie en zorginfrastructuur. Daarnaast is het zo dat er nu ook al aanbieders zijn die binnen de bestaande tarieven afspraken maken met zorgkantoren over innovatieve werkwijzen. In de nieuwe bekostiging wordt de prikkel voor vernieuwing groter. Er zal in plaats van een uurtarief sprake zijn van een vast bedrag (gemiddeld tarief) waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Deze vrijheid biedt extra ruimte voor vernieuwing. Daarnaast wordt het ook mogelijk gemaakt in het derde segment om afspraken te maken tussen verzekeraars en aanbieders over resultaatbeloning. Zorgvernieuwing kan hierbij, net als in de toekomstige bekostiging van de huisartsenzorg, een thema zijn waarover beloningsafspraken gemaakt kunnen worden. Tot slotte bestaat ook in de Zvw een beleidsregel innovatie waar innovatieve zorgprestaties kunnen worden ingediend.

2. In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de (wijk)verpleging prikkels voor gepast gebruik van zorg? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

In de huidige bekostiging is de prikkel voor gepast gebruik van zorg beperkt. Er wordt per uur «handelen» bekostigd. In de toekomstige bekostiging gaat het om een vast bedrag per cliënt, waardoor de prikkel toeneemt om samen met de cliënt te zorgen voor een doelmatig zorgtraject, uiteraard binnen de kwalitatieve randvoorwaarden die daarvoor gelden.

3. Ten aanzien van de aanspraak wijkverpleging komt er een mogelijkheid voor het persoonsgebonden budget, het Zvw-PGB. Hoe staat deze persoonsgebonden budget (PGB) mogelijkheid, wat een individuele bekostiging is, in verhouding tot de hier voorgestelde bekostiging op basis van populatiekenmerken?

De bekostiging van het eerste segment, de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk, zal plaatsvinden op basis van populatiebekostiging. Voor deze zorg zal geen sprake zijn van een Zvw-PGB. Er zal alleen sprake kunnen zijn van een Zvw-PGB als de zorg uit een individuele zorgvraag voortkomt. Dit betreft de zorg die in het tweede segment wordt geleverd. De verzekeraar zal deze zorg inkopen op basis van de zorgbehoefte van de populatie.

4. In hoeverre is bij de voorgestelde nieuwe bekostiging ruimte voor nieuwe aanbieders? Niet alleen op korte termijn, maar ook op langere termijn wanneer er sprake is van veel bestaande aanbieders met bestaande samenwerkingsverbanden. Hoe groot is het risico dat het systeem van populatiebekostiging een belemmering gaat vormen voor de toetreding van nieuwe aanbieders?

De verzekeraar zal inkoopvoorwaarden stellen aan aanbieders. Voor nieuwe aanbieders die hieraan voldoen, is er ook in de nieuwe bekostiging voldoende ruimte. Populatiebekostiging (in het eerste segment) beperkt geenszins de mogelijkheid om bij de contractering nieuwe aanbieders mee te nemen bij de beoordeling wie het beste voldoet aan de inkoopvoorwaarden.

5. Welke populatiekenmerken is de Minister voornemens om te gaan gebruiken bij de bekostiging? In welke mate zullen gezondheidskenmerken de overhand hebben bij het bepalen van de bekostiging? Waarom worden er andere kenmerken dan gezondheidskenmerken geopperd als mogelijkheden om populatiebekostiging op te baseren?

Bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging zal voor segment 1 onderzocht worden welke populatiekenmerken bepalend zijn voor het gebruik van zorg. Hierbij zullen de onderzoeksresultaten van de Universiteit van Maastricht worden betrokken. In dit onderzoek is een eerste verkenning gemaakt van potentieel relevante en haalbare populatiekenmerken voor het voorspellen van zorgvraagzwaarte voor onder andere wijkverpleegkundige zorg. Hierbij wordt onder andere gedacht aan zorggebruik in de voorgaande periode, complicaties van chronische ziekten, medicatiegebruik, leeftijd en SES.

In het derde segment, waar ruimte is voor het belonen van uitkomsten worden naast gezondheidsuitkomsten ook procesuitkomsten als mogelijkheid benoemd. De reden hiervoor is dat uitkomstenbekostiging op basis van gezondheidsuitkomsten nog niet (volledig) per 1 januari 2016 zal zijn uitgewerkt. Ik vind het van belang dat we niet hierop wachten en het wel al mogelijk maken om goed gedrag te belonen.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

6. De leden van de PvdA fractie hebben gevraagd hoe de gemiddelde werkdag van de wijkverpleegkundige er uit ziet.

Het grootste gedeelte van de werkdag van de wijkverpleegkundige zal bestaan uit de zorgverlening zelf. Ik zie de wijkverpleegkundige namelijk in de eerste plaats als zorgverlener, als degene die de verpleegkundige (en indien nodig verzorgende) handelingen verricht. Tevens krijgt zij de ruimte om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt, bijvoorbeeld naar de zelfredzaamheid en de verbinding te leggen met andere domeinen, zoals het sociale domein. Deze taken zullen ook deel uitmaken van de werkdag van de wijkverpleegkundige. Een voorbeeld hiervan is een telefoontje naar het Wmo loket. Daarnaast is er voor de

wijkverpleegkundige ruimte om achter de voordeur te komen bij mensen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een signaal van gemeente. Ook kan de wijkverpleegkundige deelnemen aan sociale wijkteams, om de noodzakelijke verbinding te leggen tussen zorg en welzijn. Al deze taken zal de wijkverpleegkundige combineren, waarbij de ene dag meer tijd besteed zal worden aan bijvoorbeeld de verbinding met het sociale domein dan de andere dag. Dat is afhankelijk van de lokale situatie en de zorgvraag van de cliënt.

7. De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de preventieve taken onder het nieuwe bekostigingsmodel dat vanaf 2016 zal gelden. Deze leden vragen in hoeverre een wijkverpleegkundige kan ingrijpen bij gezinnen waar bijvoorbeeld veel wordt gerookt of waar sprake is van overgewicht. Deze leden vragen naar de instrumenten en interventies die de wijkverpleegkundige tot zijn beschikking heeft. Ook vragen deze leden naar welke zorgverleners kan worden doorverwezen, indien de zorgbehoefte hiertoe aanleiding geeft. Deze leden vragen in hoeverre zorgverzekeraars tijdens het inkoopproces voorwaarden kunnen stellen aan de preventieve taken van de wijkverpleegkundige.

Het verlenen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie behoren tot de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige en de reikwijdte van de aanspraak.

De geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Deze geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. De wijkverpleegkundige kan, al dan niet via de betrokkenheid van een sociaal wijkteam, reageren op signalen over mensen in een wijk. Zij kan naar aanleiding van een dergelijk signaal bij iemand langs gaan en zo nodig vroegtijdig actie ondernemen. Wanneer een wijkverpleegkundige in individuele gevallen bijvoorbeeld ernstig overgewicht signaleert kan deze cliënt bijvoorbeeld worden doorverwezen naar de huisarts of in contact worden gebracht met de verschillende vormen van hulpverlening uit het sociaal domein.

De zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziekte last te reduceren en erger te voorkomen.

Selectieve preventie betreft het uitvoeren van specifieke, lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's en is daarmee een vorm van collectieve preventie die buiten de reikwijdte van de aanspraak wijkverpleging valt.

Zorgverzekeraars zijn bij de inkoop van wijkverpleging gehouden aan de reikwijdte van de aanspraak wijkverpleging, ook voor het deel preventie.

8. De leden van de PvdA fractie hebben gevraagd hoe wordt gezien of de wijkverpleegkundigen daadwerkelijk de ruimte krijgen om te voldoen aan de doelstellingen zelfredzaamheid, ontzorgen, bevorderen van kwaliteit van leven en gepast zorggebruik.

Op dit moment wordt een indicatie-instrument (normenkader) voor wijkverpleging door V&VN, in samenspraak met ActiZ, BTN, VNG en ZN, ontwikkeld. In het instrument zijn zes normen geformuleerd waaraan de verpleegkundige indicatiestelling moet voldoen. Het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid in het indiceren en organiseren van de zorg vormt een van die normen. Ook zijn er middelen beschikbaar gesteld binnen het programma Zichtbare Schakel om meer wijkverpleegkundigen op te leiden en het onderwijsaanbod aan te passen aan de toekomstige taken van de wijkverpleegkundige. Er zullen daarnaast middelen beschikbaar komen voor scholing van het huidige potentieel wijkverpleegkundigen. Competenties voor het aanleren van zelfmanagement zijn uitdrukkelijk onderdeel van het traject. Hiermee wordt er voor gezorgd dat

deze doelstellingen daadwerkelijk onderdeel vormen van het handelen van de wijkverpleegkundigen. Tevens zal evaluatieonderzoek plaatsvinden ten aanzien van de ontwikkeling van wijkverpleegkundige zorg in de buurt en de wijk, waarin deze punten worden meegenomen.

9. Is de Minister voornemens om de ingezette lijn van populatiegebonden uitkomstbekostiging door te trekken naar de andere segmenten van zorg, zoals de curatieve en langdurige zorg? Hoe wordt hier met de proeftuinen op ingespeeld en in hoeverre vindt de Minister dat er in de proeftuinen al goed afspraken zijn over uitkomstbekostiging en shared savings?

Het is mijn ambitie om in alle sectoren uiteindelijk uitkomsten en resultaten van geleverde zorg te belonen. Tegelijkertijd is het definiëren en afbakenen van gezondheidswinst en vervolgens het bekostigen daarvan een proces van de lange adem. Bij de bekostiging van de huisartsenzorg wordt vanaf 1 januari 2015 een eerste stap gezet naar het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. Het is echter niet mogelijk om een blauwdruk op te leggen voor het bekostigen van uitkomsten. Vanuit de huidige bekostiging zal dit voor de verschillende sectoren verder worden ontwikkeld.

De afspraken in de proeftuinen tussen verzekeraars en aanbieders reiken nog niet zover dat beloond wordt op uitkomsten op populatieniveau. Partijen hebben aangegeven graag afspraken te maken over het vormgeven van shared savings. In overleg met de NZa is besloten nadere gesprekken te voeren met een aantal proeftuinen teneinde te kijken op welke wijze zij de zorg willen organiseren en bekostigen en wat shared savings hieraan bij kunnen dragen. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de rechtmatigheid van de financiële stromen. Deze gesprekken vinden de komende periode plaats.

10. De leden van de PvdA fractie vinden de ruimte voor aanvullende beloningsafspraken binnen het toekomstige bekostigingsmodel, waarin zorgverzekeraars en aanbieders afspraken kunnen maken over het belonen van positieve gezondheidsuitkomsten en gepaste zorg, een goede stap. Hoe gaat de Minister het maken van deze afspraken nog verder stimuleren? Hoe wordt er op toegezien dat de gemaakte prestatieafspraken voorzien in gewenste prikkels en welke mogelijkheden heeft de Minister om bij te sturen?

Bij de verdere uitwerking van de bekostiging zal in overleg met partijen voor dit segment een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld. Een dergelijke uniformering zal de totstandkoming van afspraken vergemakkelijken. Daarnaast staat het partijen vrij aanvullende afspraken te maken die erop gericht zijn om goede prestaties en uitkomsten te belonen. De verdere invulling hiervan is de verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders.

Met deze afspraken zal allereerst ervaring moeten worden opgedaan voordat er conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van de vraag of en zo ja in welke richting bijgestuurd moet worden. Ik zal de ontwikkelingen in de contractering van dit segment nauwgezet volgen.

11. De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre de Minister voornemens is de bekostigingssystematiek van de andere eerstelijnsaanbieders en welzijnsaanbieders, waaronder wijkteams en welzijnsinstellingen in samenhang te ontwerpen met de bekostiging van de huisartsenzorg en de wijkverpleging. Deze leden vragen hoe de Minister dit gaat vormgeven en binnen welk tijdpad dit herontwerp gaat plaatsvinden. Ook vragen deze leden hoe de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten wordt meegenomen.

In het regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuwe bekostiging zal komen voor huisartsenzorg en integrale zorg, voor acute zorg en voor

wijkverpleging. Daar wordt momenteel aan gewerkt en per 2015 worden de eerste stappen gezet. Onderdeel van het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg is al de inzet op multidisciplinaire samenwerking (in segment 2). Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en andere eerstelijns zorgaanbieders rondom de zorg voor deze groepen mensen en de ondersteuning van hun zelfmanagement wordt daarin veel belangrijker dan nu.

De financiering van de maatschappelijke ondersteuning, al dan niet georganiseerd in de vorm van wijkteams, valt onder de beleidsruimte van gemeenten. In het kader van de uitvoering van de aangenomen motie Van der Staaij en Van Dijk¹ wordt in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars gezien op welke wijze meer ervaring kan worden opgedaan met het inzichtelijk maken van zowel het maatschappelijk als het financieel rendement van substitutie-effecten. Het gaat hierbij om substitutie-effecten op het gebied van zorg en maatschappelijke ondersteuning en de wijze waarop een bekostigingssystematiek deze substitutie kan bevorderen.

12. De leden van de PvdA hebben gevraagd of er wordt verwacht dat het aantal burgers zal toenemen dat binnenkomt via het eerste segment in de bekostiging van wijkverpleging of dat vooral de huisarts en andere zorgverleners zullen zorgen voor de toestroom in de wijkverpleging. Veel mensen die gebruik maken van verpleging en verzorging hebben dikwijls al te maken met de huisarts en/of medisch specialist. Het gaat met name om ouderen. De verwachting is dan ook dat de meeste mensen via de huisarts en/of medisch specialist worden toe geleid naar wijkverpleging. De regering investeert daarom ook in een sterke eerste lijn en extra wijkverpleegkundigen: € 40 mln. in 2015, € 80 mln. in 2016 en vanaf 2017 € 200 mln. structureel.

Het voornemen bestaat om in overleg met de sector een monitor op de zetten om goed zicht te krijgen op de wijze waarop de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie (segment 1) vorm krijgt. Hierin kan ook worden gezien hoeveel mensen via het eerste segment in de wijkverpleging stromen.

13. De leden van de PvdA hebben gevraagd wanneer de monitor is opgezet om goed zicht te krijgen op de manier waarop wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars de beschikbaarheid in het eerste segment vormgeven. Welke mogelijkheden tot bijsturing heeft de Minister als blijkt dat de beschikbaarheid in de wijk onvoldoende geborgd is? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over deze monitoring? Wordt in deze monitor ook de wisselwerking tussen de drie segmenten en mogelijke ongewenste prikkels opgenomen?

Het voornemen is om de monitor eind 2014 opgezet te hebben, in overleg met de sector. Het gaat om de wijze waarop de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie en de contractering vorm krijgt in 2015. Indien uit de monitor blijkt dat de beschikbaarheid in de wijk onvoldoende geborgd is, zal ik in overleg treden met zorgverzekeraars en gemeenten. Gemeenten en zorgverzekeraars maken op regionaal niveau samen afspraken over de inzet van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige. De wisselwerking tussen de drie segmenten en mogelijke ongewenste prikkels worden niet meegenomen in de monitor over het jaar 2015 omdat er pas in 2016 wordt gewerkt met het nieuwe bekostigingsmodel dat uit drie segmenten zal bestaan.

14. In het tweede segment zal de verpleging en verzorging worden bekostigd. De Minister geeft aan dat zorg in dit segment bekostigd wordt via een beperkt aantal zorgcategorieën met gemiddeld tarief, bijvoorbeeld

¹ Kamerstuk 33 841, nr. 138.

intensieve kindzorg en zorg voor dementerende ouderen. De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister voornemens is om het aantal zorgcategorieën in de toekomst waar mogelijk verder te beperken, zodat meer tegemoet wordt gekomen aan de wens van populatiegebonden bekostiging van zorg zoals afgesproken in het regeerakkoord. Zij denken hierbij bijvoorbeeld aan het overhevelen van zorgcategorieën vanuit het tweede naar het eerste segment indien deze zorg door het overgrote deel van wijkverpleegkundigen geleverd wordt en een aparte prestatie daarom minder noodzakelijk is. Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie van de Minister op dit punt.

In segment 2 worden de verpleegkundige en verzorgende handelingen geleverd en in rekening gebracht in de vorm van een gemiddeld tarief voor verschillende zorgcategorieën. Ik ben van mening dat het aantal zorgcategorieën zo beperkt mogelijk moet zijn. Enig onderscheid tussen zorgcategorieën is evenwel noodzakelijk in verband met het grote verschil in kosten tussen cliënten met een lichte en zware zorgbehoefte. Hierdoor dient het mogelijk te zijn dat voor de zwaardere zorg een hoger tarief in rekening kan worden gebracht. Hiermee wordt voorkomen dat zware patiënten onnodig of onterecht worden verwezen naar duurdere (intramurale) vormen van zorg. Ook wordt hiermee het risico op onderbehandeling beperkt. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en verzekeraars een passend zorgaanbod organiseren voor de patiënt, waarbij de verzekeraar de prestaties inkoopt op basis van de verwachte zorgbehoefte van de populatie.

15. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie hoe de gemiddelde tarieven van de zorgcategorieën tot stand komen. Hoe houden deze tarieven straks rekening met de kenmerken van de populatie die deze zorg ontvangt en de intensiteit van deze zorg? Hoe leiden deze tarieven ertoe dat iedere patiënt straks gepaste zorg ontvangt waarbij het zorgplan en de kwaliteit van leven van de patiënt voorop staan en niet het aantal geleverde uren zorg? Zou een meer populatiegebonden financiering van verpleegkundige en verzorgende handelingen niet beter voorzien in deze doelstellingen? Graag een toelichting van de Minister.

Er is vanaf 2016 geen sprake meer van aparte prestaties voor verpleging en verzorging. De NZa heeft geconcludeerd dat het mogelijk is om een beperkt aantal integrale prestaties samen te stellen om de wijkverpleging mee te bekostigen. Per prestatie dient een tarief te worden berekend op basis van de intensiteit van zorg. Om te komen tot een werkbaar model met een beperkt aantal zorgcategorieën voor wijkverpleging is aanvullende informatie nodig. Hiertoe zal de NZa op korte termijn een aanvullend onderzoek uitzetten. De verzekeraar koopt de zorgcategorieën in op basis van de zorgbehoefte van de populatie. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. De vergoeding aan de zorgaanbieder zal plaatsvinden op basis van het tarief per zorgcategorie. De uitvoering van het zorgplan en niet de daadwerkelijk geleverde uren vormen het uitgangspunt voor de verantwoording. Ook verzekeraars ondersteunen deze ontwikkeling dat de declaratie wordt afgeleid van de afspraken die in het zorgplan zijn beschreven. Zoals ik al eerder aangaf, acht ik het voor verpleegkundige en verzorgende handelingen aan cliënten van belang dat onderscheid gemaakt wordt in tarieven op basis van de intensiteit van de zorg. Een prikkel om cliënten onnodig te verwijzen naar duurdere zorg is zeer ongewenst.

16. De leden van de PvdA-fractie zien veel mogelijkheden in de innovatie die het derde segment teweeg brengt. In het derde segment wordt het belonen van goede prestaties en gezondheidsuitkomsten mogelijk en dit is een wens van deze leden. Kan iedere zorgverzekeraar zelf kiezen welke parameters en indicatoren worden ingezet voor de prestatiebekostiging in

het derde segment, of moeten zorgverzekeraars deze gezamenlijk overeen komen? Zo ja, hoe ver zijn zij in dit proces en kunnen zij in 2016 gelijk voortvarend van start met prestatiefinanciering? Hoe gaan zorgverzekeraars met het belonen van uitkomsten rekening houden met verschillen tussen praktijken? Hoe gaat de Minister zorgen voor een zo min mogelijk administratieve druk voor zorgaanbieders bij het aanbieden van transparante informatie over het behalen van de beloningsafspraken?

Zoals ik bij het antwoord op vraag 10 heb aangegeven zal bij de verdere uitwerking van het derde segment van de bekostiging in overleg met partijen een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld. Een dergelijke uniformering zal de totstandkoming van afspraken vergemakkelijken. Daarnaast staat het partijen vrij aanvullende afspraken te maken die erop gericht zijn om goede prestaties en uitkomsten te belonen. De verdere invulling hiervan is de verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders. De NZa zal bij de verdere uitwerking van de bekostiging 2016 met partijen werken aan het vaststellen van een beperkt aantal prestaties. Ik ga ervan uit dat per 2016 een stap in de goede richting kan worden gezet. Ik ben me er van bewust dat sprake is van een ingroeitraject en dat er in de loop van de jaren ruimte is voor verbetering en uitbreiding van beloningsafspraken. Ik ben het met de PvdA eens dat we de administratieve lasten voor aanbieders zoveel mogelijk moeten beperken. Daartoe wil ik ook over enkele thema's afspraken maken. Verder zal ik ook verzekeraars oproepen terughoudend op te treden als het gaat om de uitvraag van informatie.

17. Daarnaast hebben genoemde leden vragen over de verankering van het PGB in de Zorgverzekeringswet voor wat betreft wijkverpleegkundige zorg. Hoe is de wijkverpleegkundige zorg voor het PGB afgebakend? Valt alleen strikt de wijkverpleegkundige zorg in segment 2 onder het PGB? Indien patiënten een PGB inzetten voor wijkverpleegkundige zorg, hoe wordt dan de signalerende en preventie functie uit segment 1 en de innovatie en uitkomstbekostiging uit segment 3 vormgegeven en geborgd voor de patiënt? Indien de wijkverpleegkundige zorg uit segment 1 en 3 niet onder het PGB valt, hoe wordt dan gezorgd voor de afstemming met het wijkteam en de huisarts? Wie is hier voor verantwoordelijk en hoe wordt dit bekostigd? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de Minister op dit punt.

De zorg die uit de individuele zorgvraag voortkomt, kan met een Zvw-pgb worden gefinancierd. Dat geldt niet voor de niet individueel toewijsbare zorg in het eerste segment en voor de afspraken die worden gemaakt binnen segment drie. Voor dit segment geldt dat zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders.

De inhoudelijke afstemming tussen huisarts en wijkteam staat los van de keuze van de cliënt voor een Zvw-PGB. Indien noodzakelijk zal deze afstemming plaatsvinden ongeacht of de zorg in natura of met een Zvw-PGB wordt geleverd.

18. Wel vragen genoemde leden in hoeverre het bekostigingsmodel voor 2015 al tegemoet kan komen aan het versterken van zelfredzaamheid, gepaste zorg en het sturen op kwaliteit van leven. Op welke wijze stimuleert het tussenmodel innovatie het maken van stappen richting het eindmodel? Graag ontvangen zij een nadere toelichting van de Minister op dit punt.

Naast de bundeling van bestaande prestaties, hebben verzekeraars en aanbieders afspraken gemaakt over de inrichting van de wijkverpleegkundige zorg in 2015. In het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging staat dat verzekeraars en aanbieders afspraken maken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Het is aan zorgorganisaties om, binnen het vastgestelde budget, nieuwe arrangementen aan cliënten te bieden op basis van de visie op zorgverlening en

doelmatigheid. Het gaat hierbij om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik.

19. De leden van de PvdA fractie hebben aangegeven het zorgelijk te vinden dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om in 2015 aanvullende prestaties overeen te komen voor de niet-toewijsbare zorg. Zij vragen wat dit mogelijk kan betekenen voor de eigenstandigheid van de wijkverpleegkundigen en hoe dit geborgd gaat worden. Tevens vragen zij wat de aanvullende voorwaarden behelzen en hoe er voor gezorgd wordt dat de beoogde rol van de wijkverpleegkundige niet beperkt wordt.

In 2015 is sprake van een overgangsjaar met betrekking tot de bekostiging. De basis voor het model in 2015 wordt gevormd door de huidige prestaties en tarieven in de AWBZ voor verpleging en verzorging. Omdat er op dit moment geen prestatie in de AWBZ bestaat voor de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige wordt er in 2015 een prestatie in de bekostiging toegevoegd, namelijk die voor de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige. Dit betreft de aanvullende prestatie waar in de brief op wordt gedoeld, aanvullend dus op de huidige prestaties voor verpleging en verzorging.

20. De leden van de PvdA vragen in hoeverre het mogelijk wordt dat zorgverzekeraars straks kunnen bepalen dat wijkverpleegkundigen alleen maar aan de slag mogen na bijvoorbeeld verwijzing door de huisarts en niet zelf meer mogen indiceren?

Het opnemen van procedurele voorwaarden in de polis, zoals een verwijzing, is een bevoegdheid van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft een dergelijke voorwaarde bijvoorbeeld in de polis opgenomen met betrekking tot medisch-specialistische zorg. Het is aan de cliënt om een zorgverzekeraar en polis te kiezen. Het is niet in het belang van de zorgverzekeraar om belemmeringen voor de toegang tot de wijkverpleegkundige functie te introduceren. Dit zou immers het achterliggende doel van deze beleidswijziging – zorg in de buurt, voorkomen van onnodige toe leiding van mensen naar de duurder (tweedelijns) zorg – doorkruisen. Het uitgangspunt is dat de wijkverpleegkunde rechtstreeks toegankelijk is. Dat is ook in het belang van de zorgverzekeraar. De organisatie van deze zorg is daarop gericht.

21. De leden van de PvdA fractie hebben gevraagd hoe kan worden voorkomen dat er te veel/te weinig wijkverpleegkundigen aan het werk gaan in de wijk.

Hierover maken zorgverzekeraars op regionaal niveau afspraken met gemeenten. Er is een focuslijst ontwikkeld die onderwerpen agendeert waarover zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar afspraken kunnen maken over de inzet van de wijkverpleegkundige, in relatie tot het wijkteam. Onderdeel van die focuslijst is het maken van een zogenaamd «startbeeld» van de regio waarin o.a. de aanwezige cliëntgroepen en hun zorgbehoeften worden meegenomen. Op deze wijze kan er een goede inschatting worden gemaakt van het aantal benodigde wijkverpleegkundigen in de wijk. Tevens zijn er goede ervaringen opgedaan met het programma zichtbare schakel. Van deze ervaringen kan ook gebruik worden gemaakt als het gaat om het aantal wijkverpleegkundigen dat nodig is.

22. De leden van de PvdA fractie hebben gevraagd hoe er wordt geborgd dat zorgverzekeraars en gemeenten samenwerken om het optimale aantal wijkverpleegkundigen in te zetten.

Voor het in samenhang verlenen van wijkverpleging enerzijds en de verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds, maken gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau samenwer-

kingsafspraken. Het gaat met name over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning. Voor de totstandkoming van deze afspraken zijn zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau met elkaar in overleg. Beide werken hierbij met een vorm van vertegenwoordiging. Gezamenlijk werken zorgverzekeraars en gemeenten aan de voorwaarden die professionals in de wijk helpen bij het doelmatig en in samenhang uitvoeren van hun taken. Deze gesprekken tussen zorgverzekeraars en gemeenten vinden op dit moment plaats. Voor het organiseren van deze gesprekken is landelijke ondersteuning beschikbaar gesteld. Tevens is in opdracht van ZN, VNG en VWS een focuslijst «verbinding wijkverpleging en sociaal domein» ontwikkeld die onderwerpen agendeert voor de samenwerkingsafspraken. De lijst is geen landelijke blauwdruk van hoe de lokale inrichting moet worden vormgegeven, maar is een hulpmiddel voor het vormgeven van de samenwerking.

Tevens is met het aangenomen amendement van de leden van Dijk c.s.² de opdracht voor gemeenten en zorgverzekeraars om de taken op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 en de Zvw af te stemmen wettelijk aangescherpt. Hiermee worden zowel gemeenten als zorgverzekeraars aangespoord tot samenwerking en wordt deze vergemakkelijkt als één van de beide partijen minder bereidwillig is tot samenwerking.

23. De leden van de PvdA-fractie zijn groot tegenstander van het invoeren van het eigen risico voor wijkverpleging. Zij vragen in dit licht welke maatregelen de Minister voornemens is om eerst in te voeren bij een overschrijding. Zij pleiten daarbij voor een voorkeur voor het macrobeheersingsinstrument en de tariefmaatregel, net zoals bij de huisartsenzorg. Beide bekostigingssystemen zijn immers op elkaar aangesloten om tot samenhangende zorg te komen. Volgt de Minister deze redenering in haar beleid? Graag een toelichting op dit punt.

Partijen hebben er allemaal belang bij dat overschrijdingen aan de voorkant zoveel mogelijk worden voorkomen. Daar zet ik in eerste instantie dan ook op in. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven is het in ieders belang dat de kosten goed beheersbaar blijven. Als deze beheersbaarheid onder druk komt zal de wijkverpleging onder het eigen risico worden gebracht.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

24. Allereerst willen de leden van de SP-fractie weten van de Minister wat zij verwacht van zorgverzekeraars in de mate van vergoeding van wijkverpleging. Wanneer de aanspraken zo vaag geformuleerd zijn zoals ze nu zijn, enerzijds door het overgangsjaar, anderzijds in een poging om minutenregistratie te voorkomen, bestaat het risico dat zorgverzekeraars via de basisverzekering een sobere aanspraak realiseren om via de aanvullende verzekering pluspakketten te bieden. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan. Kan zij toezeggen dat zorgverzekeraars, minimaal in de periode dat de aanspraak wijkverpleging nog in ontwikkeling is, geen pluspakketten mogen aanbieden via de aanvullende verzekeringen?

De verpleging en verzorging zonder verblijf wordt van de AWBZ overgeheveld naar het basispakket. Zorgverzekeraars zijn vervolgens verplicht om deze zorg of de vergoeding van de kosten van de zorg daarvan in hun zorgpolissen op te nemen. De zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Dit houdt in dat zij bij een naturapolis ervoor moeten zorgen dat de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen. Bij een restitutiepolis moet de zorgverzekeraar desgevraagd activiteiten verrichten tot het verkrijgen van de zorg en vervolgens de kosten van deze zorg vergoeden.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 841 nr. 86

Met andere woorden, er is garantie dat de cliënt de zorg, straks ten laste van het basispakket krijgt.

25. De leden van de SP-fractie geloven niet dat de pogingen om bureaucratie tegen te gaan – door met algemene aanspraken en gemiddelde bedragen per aanspraak zullen werken – zolang thuiszorg geboden wordt door private ondernemingen met winstoogmerk. De leden stellen dat thuiszorgorganisaties er belang bij zullen hebben om aanspraken zo min mogelijk te «vullen». Bovendien stellen deze leden dat zorgverzekeraars er belang bij hebben om lage inkoop tarieven te stellen om zo hun winsten te vergroten. Deze leden vragen hoe de Minister hier tegenaan kijkt? Voorts vragen zij of de Minister bereid is om het winstoogmerk in de thuiszorg te verbieden en de zorgverzekeraars te verbieden om winst te maken op de aanspraak wijkverpleging?

De leden van de SP-fractie gaan er van uit dat private organisaties (met een winstoogmerk) een minder grote prikkel zouden hebben om bureaucratie te beperken dan andere organisaties. Dat uitgangspunt kan ik niet staven aan de feitelijke praktijk of aan onderzoek. Juist private organisaties zijn vaak beter in staat om administratieve rompslomp te voorkomen en te beperken, zeker als zij direct voordeel hebben bij slimme manieren om bureaucratie te vermijden.

De leden van de SP-fractie stellen dat private thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars een prikkel zouden hebben om de zorg zo min mogelijk te vullen en de tarieven zo laag mogelijk te stellen. Dat is niet juist. Thuiszorgorganisaties zullen hun cliënten zo goed mogelijke zorg willen bieden en service verlenen. Dat geldt juist voor private organisaties die hun naam hoog willen houden omdat zij volledig zelf risico lopen. Hetzelfde geldt voor zorgverzekeraars. Die hebben er belang bij om selectief en scherp in te kopen en zij hebben er geen belang bij om zodanig lage tarieven overeen te komen, dat de kwaliteit onder druk zou kunnen komen te staan. In dat geval zou immers de continuïteit van zorg in het geding zijn wat rechtstreeks raakt aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Bovendien als verzekeraars zorg inkopen die kwalitatief onder de maat is, zal dat druk opleveren richting bijvoorbeeld de (duurdere) medisch specialistische zorg waar dezelfde zorgverzekeraar ook weer risicodragend voor is.

Ik zie geen reden om voor genoemde sectoren het winstoogmerk te verbieden.

26. De leden van de fractie van de SP vragen welke garanties de Minister geeft dat de minutenregistratie niet gewoon in stand blijft en zelfs erger wordt. Zij vragen of de Minister zich kan voorstellen dat een wijkverpleegkundige nu per persoon moet aangeven wat er precies aan zorg is verleend, en daarbij ook geconfronteerd wordt met verschillende verantwoordingsprotocollen per verzekerde? Hierdoor ontstaat de situatie dat binnen een huishouden, maar zeker binnen een wijk, meerdere administraties gevoerd moeten worden. De een voor Menzis, de ander voor Achmea, weer een derde voor een andere zorgverzekeraar. Deze leden willen weten hoe de Minister gaat garanderen dat dit verantwoordingscircus niet gaat ontstaan? Zij vragen of de Minister ook het risico ziet dat bovenop verantwoording per persoon en daarbij verschillend per verzekeraar, ook verschil in polissen (aanvullende verzekering) nog eens extra verantwoording met zich mee zal brengen? Genoemde leden ontvangen graag een zienswijze van de Minister hoe zij aankijkt tegen verantwoording van de verleende zorg in verhouding tot verschil in verzekeringspolissen en verzekeringsbedrijven.

Het is de rol van zorgverzekeraars om kwalitatief goede wijkverpleegkundige zorg in te kopen tegen een goede prijs. Zorgverzekeraars zullen daartoe een oordeel moeten vormen over de kwaliteit van zorg die verschillende aanbieders leveren. Ook zullen zij afspraken maken met

aanbieders over de kwaliteit die zij verwachten en de manier van verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg. Hoe zij dit invullen, is aan de zorgverzekeraars zelf. Daarbij geldt dat in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging is afgesproken dat in 2015 de inkoop plaatsvindt via representatie; in dat jaar zullen verschillende verantwoordingsprotocollen binnen een wijk niet aan de orde zijn. De leden van de fractie van de SP hebben zorgen over het mogelijk in stand blijven van de minutenregistratie. In reactie daarop merk ik op dat juist het doel is van de nieuwe bekostigingssystematiek om niet meer te bekostigen per handeling, maar om een beperkt aantal zorgcategorïën te introduceren met een gemiddeld tarief. Dat betekent dat een zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Tevens komt er ruimte voor beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. Voor de verantwoording over de geleverde zorg, vormt de uitvoering van het zorgplan het uitgangspunt, en niet de geleverde uren of de precieze handelingen. Op deze manier wordt de verantwoordingslast beperkt. Net als nu ook het geval is maken de zorgverzekeraars inkoop- en verantwoordingsafspraken voor zorg uit de aanvullende verzekering. Het onderbrengen van de wijkverpleegkundige zorg onder de Zvw brengt hierin geen verschil.

27. De leden van de fractie van de SP vragen of de € 40 miljoen een voldoende investering is om de inzet van de wijkverpleegkundigen van de grond te krijgen. Deze leden vragen hoe deze € 40 miljoen wordt verdeeld over de gemeenten en hoe het overleg met de gemeenten hierover verloopt. Ook vragen deze leden of de kans bestaat op drie verschillende wijkteams als gevolg van de aanwezigheid van drie verschillende zorgverzekeraars, die ieder hun eigen wijkteam opzetten.

De investering van de € 40 miljoen in 2015 betekent een investering van wijkverpleegkundige zorg in de buurt. Op Wmo regioniveau worden afspraken met de vertegenwoordigende gemeenten gemaakt over de besteding hiervan. Voor de afspraken met de gemeenten in Wmo-regioverband geldt dat de focuslijst leidend is betreffende de onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt. De afspraken blijven maatwerk.

Voor het jaar 2015 hebben de zorgverzekeraars representatieafspraken gemaakt over de inkoop van de wijkverpleegkundige taken (de beschikbaarheidsfunctie). Voor één regio, zal één zorgverzekeraar deze beschikbaarheidsfunctie inkopen. Over de inzet van deze wijkverpleegkundigen en de verbinding met het sociaal domein maakt de inkoopende zorgverzekeraar, de representant, in regionaal verband afspraken met de regiogemeenten. De overige zorgverzekeraars volgen deze afspraken. De situatie dat drie verschillende zorgverzekeraars drie verschillende wijkteams opzetten binnen één gemeente zal zich dan ook niet voordoen.

28. Erkent de Minister dat het tweede segment gewoon betalen per aanspraak is en daarmee betalen per verrichting, of een set van verrichtingen? Welke wijziging is dit nu precies ten opzichte van de huidige betaling in de AWBZ?

In het tweede segment zal sprake zijn van een beperkt aantal zorgcategorïën voor groepen cliënten op basis van voor die groep benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. De zorgaanbieder ontvangt een vast bedrag voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. In de huidige AWBZ bekostiging worden de verschillende verrichtingen apart bekostigd. Daar is straks geen sprake meer van.

29. De leden van de fractie van de SP doen een beroep op de Minister om de wijkverpleging niet via de zorgverzekering te organiseren. Deze leden

vragen of de Minister bereid is een onderzoek uit te voeren naar wijkverpleging en thuiszorg in het algemeen als publieke dienst waarbij wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers in dienst zijn bij de gemeenten. Deze leden stellen voor de capaciteit van de genoemde medewerkers te bepalen aan de hand van een beschikbaarheidsberekening op basis van indicatoren zoals ouderdom en aandoeningen. De positionering van de wijkverpleging onder de Zvw vormt een belangrijk onderdeel van de hervorming van de langdurige zorg. De uitwerking van de voorstellen voor deze hervorming heeft in nauw overleg met de betrokken partijen en belanghebbenden plaatsgevonden. De wijkverpleegkundige in de Zvw vormt een belangrijke verbinding met de huisartsenzorg en de specialistische zorg in de tweede lijn. Het samenbrengen van de huidige AWBZ-functies verpleging en verzorging onder de aanspraak wijkverpleging, als onderdeel van het verzekerd pakket op grond van de Zvw, kan op grote steun rekenen van onder meer cliënten en de beroepsgroep. Ik zie dan ook geen reden voor het uitvoeren van het door deze leden voorgestelde onderzoek.

30. De leden van de SP vragen hoe de samenwerking met de eerstelijns wordt vormgegeven.

Samen met de huisartsenzorg is wijkverpleging erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Cliënten kunnen zo langer in de eigen omgeving blijven wonen ondanks ouderdom of beperking en gaan zo niet of minder snel naar het ziekenhuis. Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt te bepalen. Dat wil zeggen dat zij een verpleegkundige diagnose kan stellen, bepalen welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. De medische diagnose is voorbehouden aan de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of de medisch specialist, maar deze hoeft niet vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose. Contact met de behandelaar is van belang om de verpleegkundige en de medische diagnose te combineren, met andere woorden tot een compleet behandel-/zorgtraject te komen. Het is aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige en in voorkomende gevallen de verzorgende, om te bepalen op welk moment de behandelaar op de hoogte wordt gesteld. De wijkverpleegkundige en de huisarts onderhouden op grond van bovenstaande nauw contact. Ook in de contractering van segment twee van de huisartsenzorg wordt ingezet op de samenwerking met de wijkverpleging door ruimte voor partijen te creëren om programmatische zorg vorm te geven, bijvoorbeeld programmatische zorg voor kwetsbare ouderen.

31. De leden van de SP fractie hebben gevraagd hoe de kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd

Op grond van de Kwaliteitswet zijn zorgaanbieders verantwoordelijk om een goede kwaliteit van zorg te leveren die aansluit op de wensen van cliënten. De IGZ houdt hierop toezicht en handhaaft wanneer noodzakelijk. Met het onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging is met ActiZ, BTN, NPCF, V&VN en ZN afgesproken dat voor de ontwikkeling van richtlijnen structureel € 1 mln. ter beschikking wordt gesteld. Door de beroepsgroep V&VN zal met de patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – conform de uitgangspunten die het Kwaliteitsinstituut hanteert – richtlijnen voor het verpleegkundig en verzorgend handelen ontwikkeld worden, waarbij ook kritisch wordt gekeken naar bestaande richtlijnen. De nieuwe richtlijnen moeten ondersteunend zijn aan de andere manier van werken, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn. Er zal aandacht zijn voor specifieke groepen, zoals intensieve kindzorg en palliatieve terminale zorg. Belangrijke notie is dat niet alle zorg te vangen is in richtlijnen. Behoud of verbeteren kwaliteit van leven

vraagt om een luisterend oor en de mogelijkheden om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de individu. Zorgverleners maken met elke cliënt een zorg(leef)plan. Het zorg(leef)plan geeft een beeld van de (gezondheids)situatie van de cliënt, de prognose(s) van de aandoening(en), de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's en de eventuele professionele maatregelen die nodig zijn.

32. De leden van de SP fractie hebben gevraagd hoe wachtlijsten worden voorkomen

In de Zvw is vastgelegd dat zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat verzekerden toegang hebben tot voldoende, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Verzekerden hebben recht op tijdige hulp, er zijn normen vastgesteld voor wachttijden. Bij lange wachtlijsten kunnen verzekerden verzekeraars daarop aanspreken. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en handhaaft wanneer noodzakelijk.

33. De leden van de SP fractie vragen welk bedrag wordt precies bezuinigd in 2015, en de volgende jaren en hoe de Minister zicht op die bezuiniging houdt? Kan zij garanderen dat dit niet een grotere bezuiniging wordt omdat de zorgverzekeraar ook nog geld onttrekt ten gunste van vermogen en winst?

In 2015 wordt € 440 mln. bezuinigd op het budgettaire kader wijkverpleging. In 2016 loopt dat op naar € 530 mln. en vanaf 2017 naar € 560 mln. structureel. Voor de intensivering van de wijkverpleegkundige is in het Regeerakkoord € 200 mln. beschikbaar gesteld.

Via de periodieke informatie van Zinl, volg ik de ontwikkeling van de zorguitgaven in relatie tot het beschikbare budgettaire kader. Overigens hebben de zorgverzekeraars een zorgplicht op grond waarvan zij ervoor moeten zorgen dat verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Hoe zorgverzekeraars omgaan met vermogen en winst is, gegeven de voor zorgverzekeraars geldende regelgeving omtrent onder meer solvabiliteit, de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars zelf.

34. De leden van de SP fractie vragen hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er nu, per regio?

Er is geen overzicht van het aantal wijkverpleegkundigen per regio.

35. De leden van de SP fractie vragen of de Minister in kan gaan op de ontslagen in de thuiszorg in verhouding met de toekomstige plannen voor de wijkverpleging?

36. De leden van de SP fractie vragen of wijkverpleegkundigen die nu ontslagen worden straks weer moeten solliciteren op hun baan? In hoeverre gaat Minister dreigende loondump voorkomen?

De wijkverpleegkundige krijgt een belangrijke rol binnen de hervormingen van de langdurige zorg. Samen met de huisarts is de wijkverpleegkundige zorg erop gericht om mensen zo lang als mogelijk thuis te helpen. Met een sterke eerste lijn kunnen mensen omgekeerd sneller vanuit het ziekenhuis naar huis. Daarom wordt er geïnvesteerd in wijkverpleegkundige zorg. In 2015 is er € 40 mln. beschikbaar, in 2016 € 80 mln. en vanaf 2017 € 200 mln. structureel.

37. De leden van de fractie van de SP vragen hoe de samenwerking tussen de gemeenten, wijkverpleegkundigen en de zorgverzekeraars is geregeld. Deze leden vragen naar de rol van de gemeenten in dezen. Ook vragen deze leden naar de mogelijke maatregelen die kunnen worden getroffen wanneer de samenwerking dreigt mis te gaan. Daarnaast vragen deze leden of de gemeenten macht krijgen om de zorgverzekeraars te dwingen tot financiering van noodzakelijke inzet van wijkverpleging.

De samenwerking tussen de gemeenten en de zorgverzekeraars wordt op een aantal niveaus in de wet- en regelgeving geregeld. In de bekostiging van de wijkverpleging wordt voorzien in de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige. Dit stelt de wijkverpleegkundige in staat om in de dagelijkse praktijk desgewenst en waar nodig de zorgverlening af te stemmen met de professionals uit het sociaal domein. Dit geldt ook voor het delen van signalen over de zorg- en ondersteuningsbehoeften die door de wijkverpleegkundige worden opgemerkt.

Voor het mogelijk maken van deze zo integraal mogelijke dienstverlening, zijn in het wetsvoorstel Wmo 2015 verschillende waarborgen opgenomen. Zo is in artikel 2.1.2 bepaald dat gemeenten op een zorgvuldige wijze de samenwerking met deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten opnemen in het gemeentelijke beleidsplan. Wanneer iemand melding maakt van de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning en het college de mogelijkheden ter verbetering van de zelfredzaamheid en participatie of aan beschermd wonen of opvang onderzoekt, heeft het college bij dit onderzoek de opdracht actief de mogelijkheden te onderzoeken om met deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders te komen tot zo goed mogelijk afgestemde dienstverlening op het gebied van publieke gezondheid, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen en werk en inkomen (artikel 2.3.2, vierde lid, sub f.). De cliënt die de melding heeft gemaakt van deze behoefte aan maatschappelijke ondersteuning heeft altijd recht om kosteloos te worden bijgestaan door een cliëntondersteuner, die de cliënt kan bijstaan in het verkrijgen van een integraal en samenhangend geheel van maatwerkondersteuning op de hierboven genoemde gebieden (artikel 1.1.1).

Voor het zekerstellen van de totstandkoming van de afspraken tussen de zorgverzekeraars en de gemeenten over integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie, worden op grond van dit wetsvoorstel, conform de strekking van het amendement Van Dijk c.s.³, nadere regels gesteld (artikel 5.4.1, tweede en derde lid).

Voor de uitwerking van de nadere regels, ben ik voornemens de volgende uitgangspunten te hanteren.

- Voor de wijze van totstandkoming van de afspraken geldt dat vertegenwoordigers van gemeenten en zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw een periodiek regionaal overleg organiseren en in regionaal verband tot afspraken komen.
- Gemeenten en zorgverzekeraars sluiten hierbij zoveel mogelijk aan bij de bestaande regionale samenwerkingsstructuren en de bestaande samenwerkingsinitiatieven tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- De afspraken hebben tot doel te komen tot afstemming van het beleid van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. De vernieuwing van zorg en ondersteuning wordt op deze wijze gestimuleerd.
- De uitnodiging voor dit overleg wordt verstuurd door het college van B en W, dat de regiogemeenten representeert in het overleg met de zorgverzekeraar.
- Gemeenten en zorgverzekeraars maken gezamenlijk een afweging welke inhoudelijke uitwerking wordt gegeven aan de afspraken en de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de afstemming van de taken.
- Voor dit laatste zal in de praktijk een belangrijke rol zijn weggelegd voor zorgaanbieders als bedoeld in de Zvw. Zorgverzekeraars zorgen ervoor dat de gehanteerde modelovereenkomsten daarom aansluiten bij de afspraken die zij met gemeenten maken.

³ Kamerstuk 33 841, nr. 86.

Over deze precieze uitwerking vindt overleg plaats met gemeenten en zorgverzekeraars. Beide worden geconsulteerd over de uitwerking van deze voorstellen.

Daarnaast is in samenwerking met de VNG en ZN de focuslijst *verbinding wijkverpleging en sociaal domein* gepubliceerd. Deze focuslijst biedt een leidraad voor het gesprek tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Op basis van de ervaringen van wijkverpleegkundige uit de projecten van de *Zichtbare Schakel* wordt inzicht geboden in de onderwerpen waarover desgewenst afspraken kunnen worden gemaakt door gemeenten en zorgverzekeraars.

Voorbeelden van deze focuspunten zijn:

- Positionering wijkverpleegkundige
- Signalering
- Behoeftebepaling en mandaat
- Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning
- Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie
- Informatie- en kennisdeling

In relatie tot het amendement Van Dijk c.s., kan ik bevestigen dat hierover overleg plaatsvindt met gemeenten en zorgverzekeraars. Beiden worden geconsulteerd over de voorstellen voor de uitwerking.

38. Aanvullende beloningsafspraken op basis van gezondheidsuitkomsten. Op welke waarden en afspraken worden deze gezondheidsuitkomsten bepaald? Wie bepaalt dat? Waar denkt de Minister aan bij beloningsaanspraken? Welke eisen worden gesteld, hoe ver gaat dit? Kan de Minister dat nader toelichten. Welke uitkomsten denkt de Minister te verwachten, elke wijk is anders, wat voor uitkomsten worden bedoeld? Bij de verdere uitwerking van de bekostiging zal in overleg met partijen een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld. Dit om te voorkomen dat op bepaalde thema's de verschillende verzekeraars met aanbieders andere afspraken maken. Daarnaast staat het partijen vrij aanvullende afspraken te maken. Dit is echter de verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders. Ook de eisen die aan de beloning worden gesteld zal tussen deze partijen worden overeen gekomen. Zij kunnen ook rekening houden met regionale verschillen en behoeften. Ik kan mij voorstellen dat het zal gaan om een aantal specifieke onderwerpen zoals adequaat verwijzen, service & bereikbaarheid en doelmatig gebruik van genees- en hulpmiddelen. De NZa zal de uitwerking in overleg met partijen in het kader van de nieuwe bekostiging oppakken. Hierbij zal zeker ook gekeken worden naar de nadere uitwerking van de beloningsafspraken binnen de bekostiging van de huisartsenzorg die reeds vanaf 1 januari 2015 in zullen gaan.

39. De leden van de SP fractie hebben gevraagd naar de taak van het CIZ en de taak van de wijkverpleegkundige. Is hier sprake van mandatering van indicatiestelling? Wat beoogt deze Minister nu precies met de indicatiestelling?

Vanaf 1 januari 2015 zal het CIZ niet meer indiceren voor de extramurale verpleging en verzorging zoals dat nu in de AWBZ het geval is. De extramurale verpleging en verzorging gaan op in de nieuwe aanspraak wijkverpleging. Vanaf 2015 zal, zoals gebruikelijk in de Zvw, de professional, in dit geval de verpleegkundige, de indicatie stellen: bepalen wat de cliënt nodig heeft, gezien zijn situatie, en aangeven wie de zorg het beste kan uitvoeren. Een eenduidige toegang tot de wijkverpleging wordt geborgd door het indicatie-instrument (normenkader) dat op dit moment door V&VN wordt ontwikkeld, in samenspraak met ZN en VNG.

40. De leden van de SP vragen hoe wijkverpleegkundigen achter de voordeur kunnen komen om vroegtijdig te kunnen ingrijpen. Kan de Minister praktijkvoorbeelden geven? Is de Minister bereid te kijken naar het plan van de leden van de SP-fractie om de jaarlijkse gezondheidscheck voor 70-plussers opnieuw te bekijken? In hoeverre gaan zorgverzekeraars preventie oppakken? Daar zijn zij toch niet bij gebaat? Welke regels gaat de Minister stellen als het gaat om preventie?

Onderdeel van de aanspraak per 1 januari 2015 is dat de wijkverpleegkundige kan reageren op signalen van bijvoorbeeld een huisarts, gemeente of burger over individuele verzekerden. Daarmee kan de wijkverpleegkundige «achter de voordeur» komen en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. Deze preventie valt daarmee onder de te verzekeren zorg. Zorgverzekeraars zijn gebaat bij preventie omdat dit duurdere ziekenhuiszorg kan voorkomen.

Verder valt ook de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie door de wijkverpleegkundige onder de verzekerde zorg binnen de Zvw. De zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziekte last te reduceren en ernstige aandoeningen te voorkomen die gepaard gaan met hogere zorgkosten.

Wat betreft de jaarlijkse gezondheidscheck voor 70-plusser ben ik nog steeds zeer terughoudend. De belangrijkste reden daarbij is dat nog onvoldoende bekend is of en zo ja welke winst kan worden bereikt met een jaarlijkse gezondheidscheck. Daarnaast zijn er diverse momenten voor zowel de (kwetsbare) ouderen als de zorgverlening om met elkaar in gesprek te komen over welke gezondheidsvragen er nu en mogelijk in de toekomst gaan spelen. Gemeenten hebben op basis van de wet Publieke Gezondheid diverse mogelijkheden om uitvoering te geven aan ouderen-gezondheidszorg, waar onder het monitoren en vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen. Hoe gemeenten hieraan invulling geven is aan hen. Daarnaast hecht ik waarde aan de eigen regie van de 70-plusser. Daar past het sturen vanuit het aanbod niet bij.

41. De Minister geeft aan gesprekken te voeren met partijen over het advies van de NZa. Welke partijen zijn dit?

Dat zijn naast de partijen van het onderhandelaarsresultaat te weten Actiz, V&VN, NPCF, ZN en BTN alle overige partijen die bij de NZa worden uitgenodigd om mee te praten over de vormgeving van de toekomstige beleidsregels. Dit zijn VNG, ZiNL, VGVK en Alzheimer NL.

42. De leden van de SP vragen wat de Minister bedoelt dat bij de inkoop van zorg voor 2015 wordt geregeld dat de kosten per cliënt worden teruggebracht met behulp van inzet op zorgvernieuwing.

Partijen delen de intentie om de opdracht in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging in de regel te realiseren via het reduceren van het zorgvolume. Het is aan de zorgorganisaties om, binnen het door de zorgverzekeraar vastgestelde budget, nieuwe arrangementen aan cliënten te bieden op basis van de visie op zorgverlening en doelmatigheid. Het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik waardoor minder volume per cliënt kan worden ingezet.

Met de transitie wordt de huidige productgerichte benadering omgezet naar een cliëntgerichte benadering. Binnen de aanspraak wijkverpleging wordt maatwerk geleverd, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Deze transitie is al gestart; veel thuiszorgorganisaties werken al via vernieuwende methoden in zelfsturende buurtteams. Tevens zijn er ervaringen opgedaan in de experimenten regelarme instellingen (ERA) en «In Voor Zorg!» projecten, waarbij zoveel mogelijk vanuit de wens van de cliënt is gewerkt en «regels» zijn losgelaten.

43. 2015 kan niet gehaald worden, dus komt er een overgangsmodel voor 2015. Dezelfde prestaties worden gebruikt, zoals dat nu geldt voor de AWBZ. De NZa wil de prestaties bundelen, zodat bureaucratie wordt verminderd. De leden van de SP fractie vragen de Minister een overzicht sturen van de prestaties en daarbij aangeven welke prestaties worden gebundeld.

De bekostiging in 2015 betreft een vereenvoudiging van de huidige prestaties in de AWBZ en Zvw. In totaal gelden nu 10 prestaties voor verpleging en verzorging in de AWBZ en 4 voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) in de Zvw. In 2015 wordt er overgegaan naar in totaal 10 prestaties zoals hieronder in de tabel is weergegeven. Deze wijze van bekostigen en vereenvoudigen van prestaties is in nauw overleg met veldpartijen tot stand gekomen.

was	wordt
Persoonlijke verzorging	Persoonlijke verzorging
Persoonlijke verzorging extra (beschikbaarheid)	Persoonlijke verzorging oproepbaar
Persoonlijke verzorging gespecialiseerd	
Persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend	
Persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg	
Verpleging	Verpleging
Verpleging extra (beschikbaarheid)	Verpleging oproepbaar
Verpleging gespecialiseerd	Verpleging gespecialiseerd
Verpleging AIV (advies, instructie en voorlichting)	Verpleging AIV (advies, instructie en voorlichting)
Verpleging zorg op afstand aanvullend	
OVP tabel:	OVP tabel:
MSVT ¹ , minder complexe zorg	MSVT ¹ , minder complexe zorg
MSVT, complexe zorg	MSVT, complexe zorg
Overige sectoren:	Overige sectoren:
MSVT, minder complexe zorg	MSVT, minder complexe zorg
MSVT, complexe zorg	MSVT, complexe zorg

¹ medisch specialistische verpleging in de thuissituatie

44. De leden van de SP vragen wat er precies verstaan wordt onder nieuwe arrangementen aan cliënten op basis van de visie van zorgverlening en doelmatigheid? Hoe voorkomt de Minister wurgcontracten? Het gaat om nieuwe arrangementen waarbij de zorgverlener, in samenwerking met de cliënt, meer ruimte krijgt om te kijken wat daadwerkelijk nodig is, breder dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt. Vanaf 1 januari 2015 vervalt de huidige indicatiestelling voor extramurale verpleging en verzorging. De professional komt bij de cliënt thuis, kijkt wat nodig is en geeft aan wie de zorg het beste kan uitvoeren. Ook de mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving vormen een belangrijk onderdeel bij het bepalen van de zorgvraag. Deze «omslag» in de benadering van de cliënt zorgt ervoor dat zijn zelfredzaamheid wordt vergroot en dat wordt gestuurd op de afbouw van zorg. Er bestaat tevens de ruimte om de verbinding te leggen met andere domeinen en professionals. Binnen de AWBZ is voor deze coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. In die zin is er dus sprake van nieuwe arrangementen.

Met betrekking tot wurgcontracten: in het onderhandelaarsresultaat is afgesproken de taakstelling, in de regel, te realiseren via het reduceren van het zorgvolume en niet via de prijs. Tevens is het ook voor de zorgverzekeraar van belang dat hij goede afspraken maakt met aanbieders. In het kader van zijn zorgplicht dient een zorgverzekeraar er voor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk

aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg.

45. De leden van de SP fractie vragen met welke reden er voor complexe wondzorg een vrij tarief wordt geregeld?

Op grond van de beleidsregel innovatie heeft een tweetal zorgaanbieders van complexe wondzorg geëxperimenteerd met vernieuwende vormen van zorgverlening en organisatie van complexe wondzorg. De experimenten hebben als overeenkomst de inzet van zorgprofessionals met een gespecialiseerde expertise op het gebied van complexe wondzorg, multidisciplinaire samenwerking en coördinatie van de zorg in de keten. Deze innovatie is positief geëvalueerd door innovators en zorgverzekeraars en met een nieuwe prestatie kan deze manier van zorgverlening vanuit de reguliere bekostiging worden gefinancierd. Het gaat hierbij om een vrij tarief zodat zorgverzekeraars en aanbieders de ruimte hebben deze zorg via de contractering op verschillende wijze in te richten.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

46. De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over de samenhang tussen de huisartsenbekostiging en de bekostiging van de aanspraak wijkverpleging. Genoemde leden willen graag weten waar de Minister specifiek op heeft gelet bij de ontwikkeling van de bekostiging van de wijkverpleging in relatie tot de ontwikkeling van het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg. Zij vragen of het met de groeiende groep kwetsbare ouderen die thuis blijft wonen waarschijnlijk een overheveling van het dekkader van de wijkverpleging naar het dekkader van de huisartsenbekostiging gaat plaatsvinden.

Voor zowel de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg als voor de nieuwe bekostiging van wijkverpleging zijn, bij de bestuurlijke afspraken eerste lijn en het onderhandelaarsakkoord verpleging en verzorging, de volgende uitgangspunten afgesproken:

- maak gebruik van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte en geeft daardoor een stevige impuls aan het aansluiten van diverse vormen van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als ook naar het sociale domein en de medisch specialistische zorg;
- maak belonen op basis van (gezondheids)uitkomsten mogelijk, door ruimte te bieden voor zorgverleners en zorgverzekeraars om onderling afspraken daarover te maken;
- stel substitutie van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg en preventie centraal, met als doel waar mogelijk voorkomen dat mensen in de 2e lijn terecht komen, door zorg zoveel en zo lang mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden;
- wees zo eenvoudig en transparant mogelijk;
- draag bij aan de macrobeheersbaarheid van de uitgaven.

In eerste instantie zullen er twee aparte dekkaders zijn voor wijkverpleging en bekostiging van de huisartsenzorg. Ik zie op voorhand geen reden voor een overheveling van het dekkader wijkverpleging naar het dekkader huisartsenzorg. De groeiende groep kwetsbare ouderen die thuis blijven wonen kan zowel een grotere vraag betekenen naar huisartsenzorg als naar wijkverpleegkundige zorg. Beide zorgtypen zullen als aanvulling op elkaar fungeren.

47. De leden van de fractie van het CDA merken op dat in de brief inzake de bekostiging van wijkverpleging⁴ wordt vermeld dat de wijkverpleegkundige een eigenstandige positie heeft naast de huisarts. Deze leden

⁴ Kamerstuk 30 597, nr. 440.

vragen wie de wijkverpleegkundige gaat aansturen. Ook vragen deze leden of de wijkverpleegkundige zelfstandig en onafhankelijk kan opereren of dat de zorgverzekeraar dit mag bepalen, en indien dat het geval is, of elke zorgverzekeraar dit op zijn eigen manier mag regelen. Samen met de huisartsenzorg is wijkverpleging erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. De wijkverpleegkundige krijgt een eigenstandige positie ten opzichte van de huisarts. Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de cliënt te bepalen. Dat wil zeggen dat zij een verpleegkundige diagnose kan stellen, bepalen welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. De medische diagnose is voorbehouden aan de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of de medisch specialist, maar deze hoeft niet vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose. Contact met de behandelaar is van belang om de verpleegkundige en de medische diagnose te combineren, met andere woorden tot een compleet behandel-/zorgtraject te komen.

Voor de zorgverlening door de wijkverpleegkundige ontwikkelt de beroepsvereniging V&VN een onafhankelijk indicatie-instrument, een normenkader. In het *onderhandelingsresultaat transitie verpleging en verzorging*⁵ hebben de landelijke koepelorganisaties voor zorgverzekeraars en aanbieders het belang van een dergelijk onafhankelijk indicatie-instrument onderschreven. Het zelfstandig en onafhankelijk opereren van de wijkverpleegkundige wordt op deze wijze geborgd. De aansturing van de wijkverpleegkundige vindt over het algemeen plaats door de werkgever, die op zijn beurt wordt gecontracteerd door de zorgverzekeraar.

48. De leden van de fractie van het CDA vragen of een wijkverpleegkundige zowel gefinancierd kan worden uit de Wet maatschappelijke ondersteuning als de Zvw. Deze leden vragen of dit een doelmatige manier van werken zal zijn en of dit niet zal leiden tot extra bureaucratie. De bekostiging van de wijkverpleegkundige en het verlenen van verzorging en verpleging vindt plaats op grond van de Zvw en niet het wetsvoorstel Wmo 2015.

Het toekomstige bekostigingsmodel voor wijkverpleging wordt ingericht op basis van drie segmenten, de beschikbaarheidsfunctie, het verlenen van verpleging en verzorging en de daaraan verbonden signalerende taken, en het belonen van uitkomsten. De inzet van deze beschikbaarheidsfunctie is een onderwerp van de afspraken die gemeenten en zorgverzekeraars in regionaal verband met elkaar maken over de afstemming van zorg en ondersteuning.

49. De leden van de fractie van het CDA vragen of de focus van de Minister niet te veel gericht is op het zo snel mogelijk uit de zorg krijgen van mensen. Deze leden vragen naar de omvang van de groep mensen die langer dan 1 jaar gebruik zal maken van zorg en verpleging thuis. Een belangrijke doelstelling van de hervorming van de langdurige zorg is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die verleend wordt aan mensen. Voor de wijkverpleging vraagt deze kwaliteitsverbetering een andere manier van zorgverlening, met een focus op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. De verleende zorg en ondersteuning dienen mensen in staat te stellen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. Bij het verlenen van de zorg zal meer dan nu rekening worden gehouden met wat mensen (nog) wel kunnen en welke mogelijkheden zij zelf zien voor het versterken van hun zelfredzaamheid. In samenspraak met de cliënt, en desgewenst mantelzorger, stelt de wijkverpleegkundige een zorgplan over

⁵ Kamerstuk 30 597, nr. 428, bijlage 310978.

de wijze waarop de zorg zal worden verleend en zal worden gewerkt aan het versterken van de zelfredzaamheid, gepast zorggebruik en het verhogen van de kwaliteit van leven. Het uitgangspunt is dat altijd goede zorg beschikbaar is voor de mensen die hierop zijn aangewezen, ongeacht de duur van de zorgvraag.

Op basis van gegevens van het CAK kan een indruk worden verkregen van de duur van het gebruik van verpleging en persoonlijke verzorging van personen van 18 jaar en ouder. De onderstaande gegevens zijn beschikbaar over het jaar 2011. Een CAK-periode is de periode van 4 weken waarin het CAK de eigen bijdrage oplegt.

Voor de toelichting is gekeken naar de groepen cliënten die zijn ingestroomd in de eerste CAK-periode van 2011 voor persoonlijke verzorging (22.000 cliënten) en verpleging (15.000 cliënten). Vervolgens is nagegaan of deze cliënten nog steeds gebruik maakten van de betreffende functie in de volgende CAK-periode.

Uit de onderstaande tabel blijkt dat 81 procent van de cliënten nog steeds persoonlijke verzorging ontvangt in de tweede CAK-periode. Voor verpleging is dat 68 procent. Na 12 CAK-perioden maakt 29 procent van de cliënten onafgebroken gebruik van persoonlijke verzorging. Bij verpleging betreft het 10 procent van de cliënten.

De redenen dat cliënten korter dan 1 jaar gebruik maken van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging kunnen verschillend zijn. De cliënt is overleden, opgenomen in een AWBZ-instelling, heeft (tijdelijk) geen zorg meer nodig, of er is sprake van een (tijdelijke) ziekenhuisopname. Het kan dus zijn dat cliënten, nadat zij een CAK-periode geen extramurale zorg hebben afgenomen, opnieuw gebruik gaan maken van persoonlijke verzorging en verpleging.

Tabel 1: Duur van gebruik persoonlijke verzorging en verpleging

Nog steeds gebruik van:	Persoonlijke verzorging	Verpleging
na 1 periode	81%	68%
na 2 periodes	64%	44%
na 3 periodes	54%	33%
na 4 periodes	47%	24%
na 5 periodes	43%	21%
na 6 periodes	40%	18%
na 7 periodes	37%	16%
na 8 periodes	35%	14%
na 9 periodes	34%	13%
na 10 periodes	32%	12%
na 11 periodes	31%	11%
na 12 periodes	29%	10%

50. De leden van de CDA fractie lezen dat de ruimte die de wijkverpleegkundige krijgt om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag door de huidige indeling functies en klassen verdwenen is. Dit begrijpen zij niet zo goed. Er zijn diverse voorbeelden waar, binnen de huidige AWBZ, wordt samengewerkt door diverse disciplines, door huisartsen en gemeenten, door huisartsen en verpleegkundigen van de bemoezorg etc. Daar is de financiering nooit een belemmering geweest. Daarbij vragen de leden van de CDA-fractie als dit zo belangrijk punt is voor de Minister, waarom zij hier dan slechts € 40 miljoen. in 2015 voor beschikbaar stellen. De € 40 mln. die in 2015 beschikbaar komt, borduurt voort op de goede ervaringen die zijn opgedaan in het programma Zichtbare Schakel dat in 2009 is gestart. In dit programma zijn juist die verbinding en samenwerking tussen diverse disciplines tot stand is gekomen, waar de leden van de CDA-fractie in de vraagstelling op doelen. Uit het programma is verder gebleken dat de wijkverpleegkundige met regelmaat achter de voordeur komt bij cliënten, kennis heeft van de sociale kaart van de wijk en kan inschatten welke (gezondheids)problemen er spelen. Daarnaast is

uit het programma naar voren gekomen dat de wijkverpleegkundige een goede samenwerking met de huisarts heeft opgebouwd. Het enthousiasme over het programma is breed, bij cliënten, huisartsen, gemeenten en welzijnsorganisaties. Voor het programma Zichtbare Schakel is jaarlijks € 10 mln. beschikbaar. De € 40 mln. die in 2015 beschikbaar komt voor het geven van een impuls aan de samenwerking, is het viervoudige van de beschikbare middelen in het programma Zichtbare Schakel.

51. De leden van de CDA fractie vragen zich af of de wijkverpleegkundige geen wandelend indicatieorgaan wordt die afhankelijk is van de zorgverzekeraar waarvoor hij of zij werkt? Mag elke zorgverzekeraar zijn eigen eisen stellen aan kwaliteit, regels etc. en dus aan hoe de wijkverpleegkundige moet werken?

Zoals gezegd, het werkerterrein van de verpleegkundige beperkt zich niet tot de daadwerkelijke zorgverlening. Coördineren, signaleren, coachen: dit alles rekent de verpleegkundige tot het eigen beroepsterrein (het «arsenaal» van de beroepsgroep). Het begrip «plegen te bieden» geeft aan welke zorg onder de basisverzekering valt. Het Zorginstituut volgt bij de uitleg hiervan de opvattingen van de beroepsgroep. Het is aan de beroepsgroep zelf om inzichtelijk te maken welke zorg men tot het eigen beroepsterrein rekent in richtlijnen, standaarden en protocollen. De beroepsgroep V&VN heeft zes normen geformuleerd waaraan de indicatiestelling voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving moet voldoen. De eerste norm luidt dat het indiceren en organiseren van zorg plaatsvindt op basis van professionele autonomie. Professionele autonomie wil zeggen dat de verpleegkundige zich bij de indicatiestelling en organisatie van zorg laat leiden door het professionele inzicht in relatie tot het belang van de cliënt. Er ligt dus een grote verantwoordelijkheid bij de beroepsgroep zelf. Daarbij zal door de beroepsgroep V&VN met de patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – conform de uitgangspunten die het Kwaliteitsinstituut hanteert – richtlijnen voor het verpleegkundig en verzorgend handelen ontwikkeld worden.

Vanuit hun verantwoordelijkheid voor het inkopen van kwalitatief goede zorg, kunnen zorgverzekeraars daarbij nadere eisen stellen aan (de werkwijze van) de wijkverpleegkundige. Mogelijk willen zorgverzekeraars bijvoorbeeld eisen stellen aan het opleidingsniveau of aan het naleven van de kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep zelf.

52. De leden van de fractie van het CDA vragen of een wijkverpleegkundige kan regelen dat iemand een welzijnsarrangement uit de Wmo kan worden verleend. Ook vragen deze leden of de gemeente in dat geval de kosten van de wijkverpleegkundige zal dragen of deze vergoed worden uit het budget van de zorgverzekeraar.

Het wetsvoorstel Wmo 2015 voorziet met artikel 2.6.3 in de mogelijkheid voor gemeenten om wijkverpleegkundigen te mandateren voor het vaststellen van de rechten en plichten van de cliënt. De gemeente kan de keuze maken de wijkverpleegkundige te laten bepalen of iemand in aanmerking komt voor een welzijnsarrangement op grond van de Wmo 2015. Indien dit het geval is, wordt deze maatschappelijke ondersteuning verleend ten laste van het gemeentelijke budget.

53. Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie graag weten wat er gebeurt als een zorgverzekeraar geen wijkverpleegkundige contracteert in een bepaalde wijk? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) merkt hierover op dat contractering van zorg niet verplicht is en dat er dus een knelpunt ligt bij de niet-toewijsbare zorg.

Ook de niet toewijsbare zorg maakt onderdeel uit van de aanspraak wijkverpleging. Hiervoor geldt dat de verzekeraar een zorgplicht heeft. De zorgplicht moet er voor zorgen dat verzekerden worden voorzien van

kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars de zorgplicht naleven. Er heeft mij geen signaal bereikt dat zorgverzekeraars hier niet aan zullen voldoen.

54. Daarnaast vragen zij of de zorgverzekeraar verplicht is om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk te contracteren? Kan het voorkomen dat een zorgverzekeraar de beschikbaarheidsfunctie niet contracteert? Indien dit het geval is, hoe wordt dan de preventieve en signalerende functie van de wijkverpleegkundige ingevuld?

Zoals in het antwoord op vraag 53 aangegeven heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Daarnaast bestaat het voornemen om in overleg met de sector een monitor op te zetten om goed zicht te hebben op de wijze waarop de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie in segment één en de contractering vorm krijgen. Indien daaruit blijkt dat zich problemen voordoen, ga ik met partijen in overleg.

55. De NZa merkt in dit kader ook op dat er een knelpunt ligt. Er moet nader worden bekeken hoe aan de niet-toewijsbare zorg en het toezicht daarop invulling moet worden gegeven in het geval van restitutieverzekerden. De leden van de CDA-fractie vragen welke oplossing de Minister per 1 januari 2015 heeft.

In het onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat verpleging en verzorging in 2015 op basis van representatie wordt ingekocht. Ook de restitutieverzekeraars hebben zich hieraan gecommiteerd. Dit betekent dat de representerende verzekeraars voor alle verzekerden de niet-toewijsbare zorg inkopen. Een wijkverpleegkundige zal bij het signaleren van een probleem in de wijk, geen onderscheid (kunnen) maken tussen een restitutieverzekerde of een naturaverzekerde.

56. De leden van de fractie van het CDA vragen of de wijkverpleegkundige mag bepalen hoeveel mantelzorg aan ondersteuning moeten verlenen, dan wel de sociale omgeving kan bijdragen. Ook vragen deze leden naar een toelichting op het wegen van mantelzorg in het kader van de Wmo en de Zvw. Deze leden vragen of de inzet van mantelzorg voor iedere wet apart, en in het geval van zorg en ondersteuning uit beide wetten, twee maal kan worden betrokken in de afweging over de te verlenen extra-murale zorg en ondersteuning.

Een wijkverpleegkundige zal inzetten op het zo veel mogelijk stimuleren van de zelf- en samenredzaamheid, maar zij kan niet bepalen hoeveel ondersteuning een mantelzorg moet verlenen.

Wanneer iemand zich bij de gemeente meldt voor maatschappelijke ondersteuning, wordt levensbreed de persoonlijke situatie in kaart gebracht. In het wetsvoorstel Wmo 2015 is in artikel 2.3.2 nadrukkelijk opgenomen dat het college de mogelijkheden moet onderzoeken om door middel van samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bedoeld in de Zvw (waaronder de wijkverpleegkundige) te komen tot zo goed mogelijk afgestemde dienstverlening. Daarnaast geldt dat de mantelzorg op verzoek van de cliënt kan deelnemen aan dit onderzoek. Desgewenst kan een cliëntondersteuner de cliënt kosteloos bijstaan. Het «dubbelop» meewegen van de inzet van de mantelzorg wordt met deze wettelijke waarborgen voor een zorgvuldig onderzoek voorkomen. Overigens mag de aanwezigheid van een mantelzorg ook volgens het wetsvoorstel Wmo 2015 geen reden zijn iemand maatschappelijke ondersteuning te weigeren.

57. De leden van de CDA fractie vragen de Minister het volgende, er wordt bezuinigd op het aanbod (budget van zorg en verpleging gaat fors omlaag). De wijkverpleegkundige mag zelfstandig indiceren zou het niet

zo kunnen zijn dat de indicering door de wijkverpleegkundige leidt tot meer zorg omdat er een verborgen zorgvraag is die hierdoor aan de oppervlakte komt? Wat is de mening van de Minister over dit punt, is dit risico in kaart gebracht?

Er is een andere kijk nodig op vraag en aanbod in verpleging en verzorging thuis. De benadering is nu nog teveel gericht op ziekte en zorg in plaats van op gedrag en gezondheid. De nadruk moet liggen op wat iemand nog wel kan, welke activiteit kan worden verwacht en in welke mate participatie in de maatschappij mogelijk is, eventueel met ondersteuning van een zorgprofessional. Voor besluiten rondom indicatie en organisatie van zorg betekent dit meer aandacht voor zelfmanagement en preventie, maar ook een duidelijke gerichtheid op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid. Samenwerking en afstemming met professionals uit het sociale domein is daarbij noodzakelijk. Besluiten rondom indicatiestelling en organisatie van zorg vinden plaats in deze veranderende werkelijkheid. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij professioneel opereren in dit spanningsveld. Het gaat om maatwerk en cliëntgerichte zorg. Aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid kan spanning oproepen vooral als dit niet eerder met cliënten of het cliënt-systeem is verkend. Ervaringen, bijvoorbeeld met de experimenten regelarme zorg laten zien dat versterking van zelfredzaamheid mogelijk en uitvoerbaar is. In het indicatie-instrument (normenkader) dat door V&VN wordt ontwikkeld, vormt het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem bij het indiceren en organiseren van zorg een belangrijke norm.

58. De leden van de fractie van het CDA wijzen erop dat mensen vanaf 1 januari 2015 in aanmerking kunnen komen voor zowel maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo 2015, als zorg op grond van de Zvw. Deze leden vragen of een algemene «beslisregel» bepaalt welke wettelijke regeling prevaleert, indien het recht op een bepaald type ondersteuning, zorg of verpleging op grond van meerdere regelingen ontstaat, of indien een cliënt is aanwezig op combinaties van deze vormen. Ook vragen deze leden of het voor cliënten duidelijk is waar deze zich kan melden en wie bepaalt welk regime, of combinaties van regimes voor de cliënt van toepassing is.

De inhoudelijke zorgvraag en de intensiteit daarvan bepaalt in welk regime een cliënt valt. Voor het wetsvoorstel Wmo 2015 geldt dat de gemeente in de verordening onder andere de criteria opneemt, op basis waarvan wordt vastgesteld of iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening met het oog op de zelfredzaamheid of participatie van de cliënt (of voor beschermd wonen of opvang). Indien de cliënt niet zelf of met hulp van de naaste omgeving de beperkingen in zelfredzaamheid of participatie kan wegnemen, dient het college te beslissen tot verstrekking van een maatwerkvoorziening. Steeds wanneer iemand bij de gemeente aangeeft ondersteuning nodig te hebben en in de eigen leefomgeving wenst te blijven, zal de gemeente volgens de bepalingen van dit wetsvoorstel de behoefte en persoonlijke omstandigheden moeten wegen.

Vanzelfsprekend kan tegelijkertijd zorg op basis van de Zvw nodig zijn. Er is sprake van een aanspraak op wijkverpleging indien de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De wijkverpleegkundige kan, desgewenst en indien daar aanleiding toe bestaat, de afstemming zoeken met de hulpverleners uit het sociaal domein. In het wetsvoorstel Wmo 2015 zijn verschillende waarborgen opgenomen over deze afstemming van zorg en ondersteuning. Zo is in artikel 2.1.2 van dit wetsvoorstel bepaald dat gemeenten op een zorgvuldige wijze de samenwerking met deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten opnemen in het gemeentelijke beleidsplan. Wanneer iemand melding maakt van de behoefte aan maatschappelijke

ondersteuning en het college de mogelijkheden ter verbetering van de zelfredzaamheid en participatie of aan beschermd wonen of opvang onderzoekt, heeft het college bij dit onderzoek de opdracht actief de mogelijkheden te onderzoeken om met deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders te komen tot zo goed mogelijk afgestemde dienstverlening op het gebied van publieke gezondheid, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen en werk en inkomen (artikel 2.3.2, vierde lid, sub f.). De cliënt die de melding heeft gemaakt van deze behoefte aan maatschappelijke ondersteuning heeft altijd recht om kosteloos te worden bijgestaan door een cliëntondersteuner, die de cliënt kan bijstaan in het verkrijgen van een integraal en samenhangend geheel van maatwerkondersteuning op de hierboven genoemde gebieden (artikel 1.1.1).

Voor het zekerstellen van de totstandkoming van de afspraken tussen de zorgverzekeraars en de gemeenten over integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie, worden op grond van dit wetsvoorstel nadere regels gesteld (artikel 5.4.1, tweede en derde lid). Voor realiseren van deze afstemming van zorg en ondersteuning is in de dagelijkse praktijk een belangrijke rol weggelegd voor de wijkverpleegkundigen en de professionals uit het sociaal domein. Zorgverzekeraars zullen daarom ervoor zorgen dat de gehanteerde modelovereenkomsten aansluiten bij de afspraken die zij met de gemeenten maken.

Wanneer de zorgintensiteit zodanig is dat het wonen in de eigen leefomgeving niet meer veilig en verantwoord zou zijn, is toepasselijkheid van een ander stelsel (het wetsvoorstel Wet langdurige zorg) aan de orde. Het CIZ toetst aan objectieve maatstaven rond de zwaarte en intensiteit van de zorgbehoefte; die criteria zullen in beleidsregels worden vastgelegd.

59. De leden van de fractie van het CDA vragen hoe de verwijzing van een cliënt vanaf zijn eerste aanvraag is geregeld. Ook vragen deze leden hoe wordt voorkomen dat cliënten bij de besluitvorming op een aanvraag of een aanspraak tussen de wal en het schip vallen. Daarnaast vragen deze leden of de wijkverpleegkundige beslist voor de Zvw en het wijkteam namens de gemeente.

Voor verpleging en verzorg geldt dat het overgrote deel van de cliënten via de huisarts, het ziekenhuis of rechtstreeks in zorg komen. Voor een beperkt deel van de mensen zal gelden dat zij via de professionals in het wijkteam in contact wordt gebracht met de wijkverpleegkundige. Op regionaal niveau maken de zorgverzekeraars en de gemeenten afspraken over de afstemming van zorg en ondersteuning en de wijze waarop de wijkverpleegkundige functie wordt vertegenwoordigd in het wijkteam, of een alternatief samenwerkingsverband indien gemeenten niet werken met wijkteams. Zodra bij het wijkteam het vermoeden bestaat dat iemand behoefte heeft aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop wordt het contact gelegd met de wijkverpleegkundige en/of huisarts. Over de wijze waarop dit ingeregeld wordt in de dagelijkse werkzaamheden maken wijkverpleegkundige en overige professionals zelf afspraken op buurt- en wijkniveau.

De wijkverpleegkundige zal altijd de verpleegkundige indicatie vaststellen. Deze BIG-geregistreeerde bevoegdheid kan niet door een ander lid van het wijkteam worden overgenomen. Gemeenten kunnen op grond van artikel 2.6.3 van het wetsvoorstel Wmo 2015 desgewenst de keuze maken de wijkverpleegkundige te mandateren om het onderzoek te verrichten op basis waarvan mensen in aanmerking kunnen komen voor maatschappelijke ondersteuning.

60. De leden van de fractie van het CDA vragen een toelichting op de wijze waarop de samenwerking tussen de gemeenten en de zorgverzekeraars in de bekostiging van wijkverpleging is geregeld.

In de opbouw van de bekostiging van de wijkverpleegkundige is voorzien in een aandeel voor de beschikbaarheidsfunctie. Dit aandeel in de bekostiging biedt mogelijkheden voor de wijkverpleegkundige om desgewenst te overleggen met de professionals uit het sociaal domein, te reageren op signalen over individuele verzekerden en zorg te dragen voor een goede afstemming tussen zorg en de ondersteuning die aan een cliënt wordt verleend. Gemeenten en zorgverzekeraars maken in regionaal verband met elkaar afspraken over de wijze waarop de samenwerking wordt ingeregeld. Voor realiseren van deze afstemming van zorg en ondersteuning is in de dagelijkse praktijk een belangrijke rol weggelegd voor de wijkverpleegkundigen en de professionals uit het sociaal domein. Zorgverzekeraars zullen daarom ervoor zorgen dat de gehanteerde modelovereenkomsten aansluiten bij de afspraken die zij met de gemeenten maken.

61. De leden van de CDA-fractie lezen dat er op drie segmenten bekostigd zal gaan worden. Zij vragen wat het exacte verschil is tussen (preventieve, signaleren en coördinerende) activiteiten in segment 1 en deze activiteiten in segment 2? Hoe voorkomt de Minister dat hierover bij cliënten en aanbieders verwarring ontstaat?

Binnen de aanspraak wijkverpleging is sprake van zowel verpleging als verzorging. Hierbij gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, katheterisaties, injecties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarnaast krijgt de wijkverpleegkundige binnen de aanspraak de ruimte om breder te kijken dan de zorgvraag van de cliënt, bijvoorbeeld naar zelfredzaamheid en de sociale omgeving. De wijkverpleegkundige krijgt meer mogelijkheden om verbindingen met andere domeinen te leggen. Deze taken hebben een directe relatie met de zorgvraag van de cliënt en zijn dus individueel toewijsbaar. Al deze aan een concreet persoon te koppelen werkzaamheden is de zogenaamde «toewijsbare zorg» en dit wordt ondergebracht in segment 2.

Onder wijkverpleegkundige zorg vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan één specifieke patiënt te koppelen zijn. Deze activiteiten kunnen een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit is de zogenaamde «niet-toewijsbare zorg» en wordt ondergebracht in segment 1. Specifiek worden hier meerdere taken geregeld. Ten eerste dat de wijkverpleegkundige bij iemand langs kan gaan die nog niet in zorg is (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg naar de wijkverpleegkundige niet weten te vinden) naar aanleiding van een signaal (van gemeente). De wijkverpleegkundige signaleert dan wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door naar Zvw-zorg of naar welzijn/ondersteuning. Ten tweede wordt hiermee geregeld dat de wijkverpleegkundige een relatie heeft met de sociale wijkteams, om samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen. Deze niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige zijn al bij verschillende gemeenten bekend. In het programma Zichtbare Schakels is hier ervaring mee opgedaan.

62. Daarbij willen deze leden als eerste opmerken dat € 40 miljoen. voor het eerste segment niet zoveel is. Zij vragen hoe deze middelen over 2015 verdeeld worden.

De zorgverzekeraars zullen op Wmo regioniveau afspraken maken met de gemeenten over de besteding hiervan.

63. Dan is voor het tweede segment € 3,1 miljard. beschikbaar. Kan de Minister aangeven hoeveel van deze middelen er in 2015 beschikbaar komen voor het PGB.

De PGB middelen die voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging vanuit de AWBZ worden overgeboekt bedragen € 400 mln.

64. Onduidelijk is hoeveel middelen er voor segment 3 beschikbaar komen en hoe men wil komen tot een goede implementatie van randvoorwaarden voor het 3e segment. Kan de Minister hier ook een toelichting op geven?

Voor de hele aanspraak is € 3,1 mld beschikbaar. Van deze € 3,1 mld is maximaal € 40 mln beschikbaar voor het eerste segment. Er wordt niet voorgeschreven hoeveel beschikbaar is voor het derde segment. Dit wordt bepaald door de afspraken die verzekeraars en aanbieders maken.

Verzekeraars en aanbieders hebben de mogelijkheid om zorg binnen het tweede segment onder het (maximum) tarief te contracteren om daarmee extra ruimte te creëren voor het belonen van resultaten.

Zoals eerder aangegeven zal bij de verdere uitwerking van de bekostiging van het derde segment in overleg met partijen een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld. Dit om de uniformiteit op bepaalde (gezamenlijke) thema's te bevorderen. Daarnaast staat het partijen vrij aanvullende afspraken te maken. De NZa zal bij de verdere uitwerking van de bekostiging 2016 met partijen werken aan het vaststellen van een beperkt aantal prestaties en de randvoorwaarden voor het derde segment.

65. De leden van de CDA fractie vragen of de financiële taakstelling in 2015 er toe kan leiden dat mensen volgend jaar enkel uren zorg per week minder krijgen?

Om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen beschouwen verzekeraars cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging of verzorging in de AWBZ hebben, en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken of die in zorg zijn, als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor wijkverpleging op grond van de Zvw. Dit betekent dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015 zorg kunnen ontvangen van dezelfde aanbieder. Het is niet zo dat de zorg 1 op 1 hetzelfde is als de zorg die cliënten gewend waren vanuit de AWBZ te ontvangen. In de loop van 2015 kan het zijn dat er, binnen het recht op zorg dat er in de Zvw is, een andere invulling aan zorg gegeven wordt. Er kunnen bijvoorbeeld minder uren zorg per week nodig zijn doordat is ingezet op het versterken van de zelfredzaamheid van de cliënt.

66. De leden van de CDA fractie vragen of de Minister kan aangeven hoe zij denkt dat de bezuiniging te halen is met zorgvernieuwing? Hoe moeten de leden van de CDA-fractie dat voor zich zien?

Het gaat om zorgvernieuwing waarbij de zorgverlener, in samenspraak met de cliënt, meer ruimte krijgt om te kijken wat daadwerkelijk nodig is, breder dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt. De huidige indicatiestelling voor extramuraal verpleging en verzorging door het CIZ vervalt vanaf 1 januari 2015. De professional komt bij de cliënt thuis, kijkt wat nodig is en geeft aan wie de zorg het beste kan uitvoeren. Ook de mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving vormen een belangrijk onderdeel bij het bepalen van de zorgvraag. Deze «omslag» in de benadering van de cliënt zorgt ervoor dat zijn zelfredzaamheid wordt vergroot en dat wordt gestuurd op de afbouw van zorg. Er bestaat tevens de ruimte om de verbinding te leggen met andere domeinen en professionals.

Daarnaast wordt met de transitie de huidige productgerichte benadering omgezet naar een cliëntgerichte benadering. Binnen de aanspraak wordt maatwerk geleverd, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Deze transitie is al gestart; veel thuiszorgorganisaties werken al via vernieu-

wende methoden in zelfsturende buurtteams. Tevens zijn er ervaringen opgedaan in de experimenten regelarme instellingen (ERA) en «In Voor Zorg!» projecten, waarbij zoveel mogelijk vanuit de wens van de cliënt is gewerkt en «regels» zijn losgelaten. De komende periode zal worden gebruikt om bij veel meer zorgorganisaties en zorgverleners deze zorgvernieuwing tot stand te brengen.

67. De leden van de CDA fractie vragen of de Minister het aannemelijk acht dat als gevolg van de financiële taakstelling in 2015 wachtlijsten voor wijkverpleging ontstaan?

In de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat zorgverzekeraars moeten zorgen dat verzekerden toegang hebben tot voldoende, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Verzekerden hebben recht op tijdige hulp, en er zijn normen vastgesteld voor wachttijden. Bij lange wachtlijsten kunnen verzekerden verzekeraars daarop aanspreken. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en handhaaft wanneer noodzakelijk.

68. Wat is uw verwachting met betrekking tot de totale uitgaven in 2015? Hoeveel euro wordt hiervan naar verwachting uitgegeven door gecontracteerde aanbieders? Wat is uw inschatting met betrekking tot het volume aan ongecontracteerde zorg in 2015? Daarbij willen de leden van de CDA fractie ook graag weten of de verstrekking van persoonsgebonden budgetten onder ongecontracteerde zorg valt.

Voor 2015 is € 3,1 mld beschikbaar voor de aanspraak wijkverpleging. Verzekerden hebben de mogelijkheid gebruik te maken van gecontracteerde zorg en niet gecontracteerde zorg. Ook het Zvw-PGB is een vorm van niet gecontracteerde zorg. In een door de Kamer aangenomen amendement wordt voor wijkverpleging een uitzondering gemaakt voor art. 13. Voor verpleging en verzorging dient de verzekerde eerst toestemming van de zorgverzekeraar te verkrijgen, alvorens hij de zorg betreft van een niet-gecontracteerde aanbieder. Het is niet te voorspellen waar verzekerden uiteindelijk voor gaan kiezen.

69. De leden van de CDA fractie willen weten welk bedrag er in 2015 en in 2016 aan de PGB in de Zvw als het gaat om verpleging en verzorging wordt betaald? Bij wie en waar kunnen verzekerden straks in bezwaar en beroep indien hen door de zorgverzekeraar een Zvw-PGB wordt geweigerd, terwijl zij wel over een indicatie beschikken?

Zoals eerder aangegeven is in 2015 € 400 mln beschikbaar voor het Zvw-PGB.

Bij een negatieve beslissing over een Zvw-pgb is de op de polis van toepassing zijnde reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. Dit betekent dat de verzekerde eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de verzekerde zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). In de tussentijd heeft de verzekeraar wel zorgplicht en moet zorgverzekeraar deze op een andere manier goed invullen.

70. 71. De leden van de fractie van het CDA vragen hoeveel vrijheid de werkvloer (hier de wijkverpleegkundige) krijgt en of elke wijkverpleegkundige straks op een andere manier bekostigd gaat worden afhankelijk van de zorgverzekeraar waarvoor hij of zij werkt. Zij willen weten hoe de Minister gaat borgen dat verzekeraars in 2015 afzien van verzoeken om gedetailleerde informatie, waardoor zorgaanbieders (wel) gedwongen worden om een minutenregistratie in te voeren waardoor de administratieve lasten fors gaan stijgen?

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken met elkaar afspraken over de wijze van bekostiging. Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om goede en doelmatige zorg in te kopen. Daartoe maken zij met zorgaanbieders afspraken over de wijze van bekostiging. Het nieuwe bekostigingsstelsel bestaat uit drie segmenten. Het eerste segment richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige zorg, en faciliteert de samenwerking met gemeenten. Binnen het tweede segment wordt de verpleging en verzorging geleverd evenals de daaraan verbonden coördinerende taken. Het derde segment biedt ruimte voor uitkomstbekostiging. Binnen de segmenten kunnen zorgverzekeraars zelf keuzes maken op welke manier zij de bekostiging precies willen invullen. Vanuit hun verantwoordelijkheid voor het inkopen van kwalitatief goede zorg, kunnen zorgverzekeraars daarbij nadere eisen stellen aan (de werkwijze van) de wijkverpleegkundige. Mogelijk willen zorgverzekeraars bijvoorbeeld eisen stellen aan het opleidingsniveau of aan het naleven van de kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep zelf. Het doel van de nieuwe bekostigingssystematiek is om niet meer te bekostigen per handeling. Voor de verantwoording over de geleverde zorg geldt dat de uitvoering van het zorgplan het uitgangspunt vormt, en niet de geleverde uren of de precieze handelingen. Dankzij de nieuwe systematiek kunnen de administratieve lasten juist worden beperkt.

72. Over de beschikbaarheid van de verpleegkundige functie voor deelname aan sociale wijkteams moeten gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken. De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoeveel concrete afspraken er gemaakt zijn en waarom er gekozen is voor een vrij tarief?

Voor het in samenhang verlenen van wijkverpleging enerzijds en de verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning anderzijds, maken gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau samenwerkingsafspraken. Het gaat met name over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning. Voor de totstandkoming van deze afspraken zijn zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau met elkaar in overleg. Beide werken hierbij met een vorm van vertegenwoordiging. Gezamenlijk werken zorgverzekeraars en gemeenten aan de voorwaarden die professionals in de wijk helpen bij het doelmatig en in samenhang uitvoeren van hun taken. Deze gesprekken tussen zorgverzekeraars en gemeenten vinden op dit moment plaats. Voor het organiseren van deze gesprekken is landelijke ondersteuning beschikbaar gesteld. Tevens is in opdracht van ZN, VNG en VWS een focuslijst «verbinding wijkverpleging en sociaal domein» ontwikkeld die onderwerpen agendeert voor de samenwerkingsafspraken. De lijst is geen landelijke blauwdruk van hoe de lokale inrichting moet worden vormgegeven, maar is een hulpmiddel voor het vormgeven van de samenwerking. Voor antwoord op de vraag over het vrije tarief verwijs ik naar de volgende vraag.

73. Het voorstel is om voor de prestatie «niet toewijsbare zorg» voor 2015 een aparte prestatie met een vrij tarief te ontwikkelen. Wat zijn de redenen om op dit punt af te wijken van het advies van de NZa en de wensen van veldpartijen?

De niet toewijsbare zorg biedt onder andere de financiële ruimte om te kunnen deelnemen aan een sociaal wijkteam. Vanuit de inhoud is van belang dat er één duidelijk aanspreekpunt is op het gebied van geneeskundige zorg in het wijkteam. Een aparte prestatie maakt het makkelijker voor een verzekeraar om niet bij alle aanbieders deze zorg in te kopen. Daarnaast maakt een aparte prestatie de benodigde samenwerking tussen verzekeraar en gemeenten zichtbaar waardoor het beter mogelijk is om verzekeraars hierop aan te spreken. Het is de vraag of deze functie in overleg met gemeenten tot stand zal komen als daar geen aparte

bekostiging op zit. De keuze voor een vrij tarief komt voort uit het feit dat verzekeraars op die manier bij de inkoop rekening kunnen houden met de regionale verschillen.

74. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister aankijkt tegen volledige risicodragendheid voor verpleging en verzorging als het ex-ante vereveningsmodel voor deze zorg nog niet ontwikkeld is. Daarnaast merken de leden van de CDA-fractie op dat de kosten van verpleging en verzorging zullen worden ondergebracht in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg en dat in het conceptrapport van onderzoeks- en adviesbureau Ape wordt geconcludeerd dat «op verzekerdenniveau de verevenende werking van het risicovereveningsmodel voor de verpleging en verzorging beperkt is». Ze vragen hoe de Minister hier tegenaan kijkt.

De ex post compensaties voor verpleging en verzorging zullen zo snel als verantwoord mogelijk worden afgebouwd, waarbij de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel leidend is. Ik streef naar volledige risicodragendheid in 2017. Ik ben van mening dat er een geloofwaardig perspectief is op adequate risicoverevening voor verpleging en verzorging in 2017. Hiervoor zijn al verschillende onderzoeken, waaronder het onderzoek door Ape, uitgevoerd. Ik ben me er van bewust dat er op dit moment nog geen sprake is van een adequate risicoverevening voor verpleging en verzorging, de komende jaren zullen daarom meer onderzoek volgen. Ik richt mij daarbij op de scheve verdeling van de kosten over verzekerden. De kosten in de Zvw slaan door de overhevelingen vanuit de AWBZ, waaronder ook de geriatrische revalidatiezorg, steeds meer neer bij ouderen. Er ontstaat enerzijds een schevere verdeling tussen jong en oud en anderzijds tussen gezonde en ongezonde ouderen. Het risicovereveningssysteem moet daarom verder worden uitgebreid om de overgehevelde zorg adequaat te kunnen accommoderen. Ik heb daar vertrouwen in. Ik verwacht in september 2016 te kunnen besluiten dat verpleging en verzorging in 2017 volledige risicodragendheid zal zijn. De kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel zal in dit besluit leidend zijn.

75. Tevens vragen de leden van de CDA-fractie of er al meer bekend is over de toezegging van de Minister in het debat over risicoselectie om voor verzekerden die in het voorafgaande jaar gebruik maakten van verpleging en verzorging de precieze omvang van de ondercompensatie voor de risicoverevening uit te rekenen.

Op dit moment laat ik hier onderzoek naar uitvoeren. Ik zal uw Kamer in september 2014 berichten over de uitkomst van dit onderzoek.

76. De leden van de CDA fractie constateren dat bij eerdere transities, zoals de Geriatrische Revalidatiezorg, er vaak maanden niet uitbetaald kon worden door ICT-problemen bij zorgverzekeraars en aanbieders. Ondanks recente inspanningen heeft de ICT-branche aangegeven grote problemen te verwachten bij de transitie van de verpleging en verzorging. De CDA fractie vraagt zich af of dit tot gevolg kan hebben dat de continuïteit van de zorg in 2015 in gevaar komt, omdat declaraties niet (tijdig) uitbetaald worden?

Om een zorgvuldige overgang te kunnen realiseren zal in 2015 worden gewerkt met een overgangsmodel. Dit betekent dat de huidige prestaties voor verpleging en verzorging in 2015 worden gecontinueerd. Voor de noodzakelijke inrichting van ICT-systemen is het belangrijk deze zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande praktijk. De basis voor dit model in 2015 wordt gevormd door de huidige prestaties en tarieven (maximumtarief) in de AWBZ voor verpleging en verzorging. De huidige prestaties en tarieven dienen daarmee in 2015 voor «het vullen» van de afgesproken budgetten met de zorgaanbieders.

De veldpartijen hebben in opdracht van de Stuurgroep iHLZ een projectplan opgesteld waarin de waarborgen staan beschreven voor een

verantwoorde overgang. Hierin staan ook de aspecten beschreven die betrekking hebben op de ICT-systemen. De realisatie van de producten verloopt conform planning zodat aanbieders voldoende tijd hebben om hun systemen tijdig aan te passen.

77. De CDA fractie vraagt of de Minister bereid is om verzekeraars te verplichten om aanbieders te betalen ook als de ICT systemen nog niet (volledig) werken, zodat de continuïteit van de zorg geborgd wordt? Is het wel verstandig om het overgangsmodel door te zetten als dergelijke elementaire randvoorwaarden als een werkend ICT-systeem voor declaraties niet geregeld zijn? Welke risico's kleven daaraan?

De zorgplicht van zorgverzekeraars is verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. Indien de continuïteit van zorg in gevaar komt door het niet kunnen declareren is de zorgverzekeraar samen met de aanbieder verplicht een passende oplossing te zoeken.

Zoals ik eerder heb aangegeven worden de huidige prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging in 2015 gecontinueerd en zijn de veranderingen voor 2015 beperkt. Dit neemt niet weg dat aanbieders zich moeten inspannen om tijdig hun ICT-systemen op orde te hebben. In samenwerking met de verzekeraars is afgesproken om tijdig de declaratiestandaards op te leveren, zodat aanbieders voldoende tijd hebben om deze in te bouwen zodat ze op tijd kunnen declareren.

78. Ten slotte vragen de leden van de CDA-fractie hoe er volgend jaar voldoende wijkverpleegkundigen overal werkzaam zijn. Er moeten er immers nog heel veel opgeleid worden. Hoe gaat de Minister dit «praktische» regelen, graag een uitgebreide toelichting op dit punt.

Er ligt met name een kwalitatieve vraag om extra wijkverpleegkundigen toe te rusten op de vernieuwde rol die past bij de uitwerking van de beleidsdoelstelling zorg dichtbij huis. De wijkverpleegkundigen worden op verschillende manieren op de vernieuwde rol voorbereid. Er wordt geïnvesteerd in extra wijkverpleegkundigen, € 40 mln. in 2015 oplopend tot structureel € 200 mln. vanaf 2017. Ervaringen met de nieuwe rol die wijkverpleegkundigen hebben, worden en zijn al opgedaan in het programma zichtbare schakel dat reeds in 2009 gestart is. Binnen de resterende middelen van dit programma wordt er ook geïnvesteerd in een opleidingsimpuls voor de jaren 2014 en 2015. Er wordt een inwerktraject ontwikkeld voor verpleegkundigen die ingezet gaan worden als wijkverpleegkundigen. De impuls omvat ook een scholing voor huidige wijkverpleegkundigen. Tevens wordt er een traject ontwikkeld met een leerroute voor MBO verpleegkundigen naar HBO verpleegkundigen met aandacht voor wijkverpleging. Ten slotte wordt er een impuls gegeven aan de hbo-bachelor opleiding verpleegkundige, passend bij het «expertisegebied wijkverpleegkundige». Tegelijkertijd is de instroom in de hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige, de opleiding die toegang geeft tot de functie wijkverpleegkundige, in 4 jaar tijd gegroeid van bijna 3200 studenten in 2009 naar ruim 5000 studenten in 2013.

Met deze combinatie van maatregelen ben ik van mening dat er voldoende wijkverpleegkundigen adequaat op hun nieuwe rol worden voorbereid.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

79. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarnaast vormt de (wijk)verpleegkundige tevens de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. Binnen de AWBZ is voor deze laatste coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. De leden van de PVV fractie vragen waarom dit niet ook binnen de AWBZ (of de nieuwe Wlz) kan. Met

de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen. Dat we af moeten van het uurtje factuurtje en de minutenregistratie, daar is iedereen het mee eens, maar een organisatie als Buurtzorg heeft bewezen dat dit ook binnen de AWBZ kan.

De drie overwegingen die de regering heeft bij de hervorming van de langdurige zorg – betere kwaliteit, meer voor elkaar zorgen en financiële houdbaarheid – hebben er toe geleid dat de regering ervoor kiest het stelsel van de langdurige zorg te herzien. Deze beoogde doelen brengen dermate grote veranderingen met zich mee dat de Wmo zodanig moest worden aangepast dat er gekozen is voor een nieuwe wet, de Wmo 2015. De AWBZ is dermate achterhaald dat ook hier gekozen is voor een nieuwe wet, de Wlz. Tevens wordt de Zvw aangepast omdat er een andere kijk nodig is op vraag en aanbod in verpleging en verzorging thuis. De nadruk moet liggen op de cliënt, die zo zelfstandig mogelijk functioneert en zoveel mogelijk kan participeren in de maatschappij, eventueel met ondersteuning van zijn sociale netwerk en van een zorgprofessional. Voor besluiten rondom indicatie en organisatie van zorg betekent dit meer aandacht voor zelfmanagement en preventie, maar ook een duidelijke gerichtheid op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid. Met het opnemen van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw wordt verpleging dichtbij andere eerstelijnszorg gepositioneerd. Samen met de huisartsenzorg is de (wijk)verpleegkundige zorg erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Door de aanspraak wijkverpleging in de Zvw wordt de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het hele medische domein, van verpleging thuis tot en met opname in het ziekenhuis. Zo is er ook een financiële prikkel voor het leveren van kwalitatief goede zorg dichtbij mensen thuis. De nieuwe aanspraak wijkverpleging binnen de Zvw zie ik hiermee als stimulans om bij meer zorgorganisaties en zorgverleners vernieuwing tot stand te brengen.

80. De leden van de PVV constateren dat door gebruik te maken van de term volumeprikkel de Minister impliceert dat er sprake zou zijn van een te groot volume. Waarop is deze aanname gebaseerd?

In de huidige AWBZ wordt er bij relatief lichte zorgvragen nog te vaak gehandeld vanuit een medisch perspectief met minder aandacht voor problemen achter of naast de zorgvraag (bijvoorbeeld eenzaamheid of schuldenproblematiek). Dit perspectief leidt tot primaire gerichtheid op datgene wat mensen niet meer kunnen. Daardoor ligt er in de AWBZ nog een te grote nadruk op productie. De bekostiging van de AWBZ ondersteunt dit. Het kabinet kiest ervoor om het stelsel van langdurige zorg te herzien en beter aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Wie ondersteuning en zorg nodig heeft krijgt die zoveel mogelijk dichtbij – in de eigen leefomgeving – door gemeenten en zorgverzekeraars aangeboden.

81. Daarnaast zal er ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten en dient de bekostiging te voorzien in een populatie gebonden deel. Hoe wordt de omvang van de populatie bepaald? Gemeenten weten aan de vooravond van de nieuwe Wmo niet eens hoeveel mensen welke zorg nodig hebben binnen hun eigen gemeente.

Het populatiegebonden deel van de bekostiging betreft het eerste segment waarin onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en de deelname aan sociale wijkteams vorm wordt gegeven. De zorgverzekeraars zullen op Wmo regioniveau afspraken maken met de gemeenten over de besteding hiervan. Binnen die afspraken zal ook de afbakening van de populatie plaatsvinden, afhankelijk van de regionale situatie.

82. De leden van de fractie van de PVV vragen wat in het kader van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige wordt verstaan onder preventie.

Het verlenen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie behoren tot de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige.

De geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Deze geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. De wijkverpleegkundige kan, al dan niet via de betrokkenheid van een sociaal wijkteam, reageren op signalen over mensen in een wijk. Zij kan naar aanleiding van een dergelijk signaal bij iemand langs gaan en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. De zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziekte last te reduceren en erger te voorkomen.

83. De leden van de fractie van de PVV merken op dat de wijkverpleegkundige vanaf 1 januari 2015 kan reageren op signalen over individuele verzekerden. Deze leden vragen van wie deze signalen komen.

Iedereen kan bij een wijkverpleegkundige melding maken van signalen van risicofactoren voor de gezondheid van individuele verzekerden of de aanwezigheid van symptomen die wijzen op de behoefte aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop.

84. De wijkverpleegkundige kan «achter de voordeur» komen en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. De leden van de PVV-fractie gaan ervan uit dat hier sprake moet zijn van een geopende deur (dus op vrijwillige basis) en vragen een reactie van de Minister op dit punt.

Het zal inderdaad zo moeten zijn dat iemand vrijwillig een wijkverpleegkundige zal moeten binnenlaten. Desalniettemin kan de wijkverpleegkundige wel een lijntje leggen, ook indien iemand geen inmenging van anderen wenst, zo laat onderstaand voorbeeld uit het programma zichtbare schakel zien.

Een oude man met ernstige COPD klachten wordt zo goed en zo kwaad mogelijk bijgestaan door zijn vrouw. Er zijn aanwijzingen dat zij aan het dementeren is. Ze is duidelijk overbelast maar duldt geen inmenging van anderen. Wel eist ze aandacht van bijvoorbeeld de huisarts en dat geeft nogal eens heisa bij de assistentes en bij de huisarts. Ook bezorgde familieleden worden geweerd en ook zij zoeken op hun beurt contact met de huisarts. Op verzoek van de huisarts zoekt de wijkverpleegkundige het echtpaar op. Ze heeft een screeningsgesprek, krijgt veel «niet pluis»-signalen en een kopje koffie. Mevrouw maakt duidelijk dat ze hulp niet accepteert, maar biedt wel aan dat de zuster altijd een kopje koffie kan komen drinken. Dat lijntje benut de wijkverpleegkundige. Het worden vijf bezoeken met vijf kopjes koffie. Uiteindelijk helpt ze bij een decubitus- en incontinentieprobleem. Het lijntje is gelegd en dat zal in de nabije toekomst nog vaker benut (moeten) worden.

Casus Zichtbare schakel Kanaleneiland (Utrecht)

85. Er is gekozen voor de contouren van een nieuw bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging dat uit drie segmenten zal bestaan. Dit model kan rekenen op draagvlak bij partijen. Welke partijen worden hier bedoeld, aangezien er van een aantal partijen nog input is geleverd met kritische vragen voor dit overleg?

Op hoofdlijnen zijn partijen het eens over het toekomstige bekostigingsmodel. Dit heeft er ook toe geleid dat de contouren van het model zijn vastgelegd in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging dat

is getekend door de NPCF, ActiZ, BTN, V&VN en ZN. Bij de uitwerking van het model worden partijen uiteraard betrokken.

86. Het eerste segment richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams zal in dit segment op basis van populatiebesteding vorm worden gegeven. Met dit model wordt een transitie in gang gezet van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten waarbij de prikkel bestaat voor het leveren van goede en gepaste zorg die leidt tot zichtbaar positieve uitkomsten. Wat gebeurt er als dit gedeelte van het budget op is?

De € 40 mln die in 2015 beschikbaar komt, borduurt voort op de goede ervaringen die zijn opgedaan in het programma Zichtbare Schakel dat al in 2009 is gestart. Het enthousiasme over het programma is breed, bij cliënten, huisartsen, gemeenten en welzijnsorganisaties. Voor het programma Zichtbare Schakel is jaarlijks € 10 mln. beschikbaar. De € 40 mln. die in 2015 beschikbaar komt voor het geven van een impuls aan de samenwerking is het viervoudige van de beschikbare middelen in het programma Zichtbare Schakel.

Ik verwacht dat de beschikbare middelen voldoende zijn.

87. In het tweede segment wordt de verpleging en verzorging geleverd en de daaraan verbonden signalerende taken. In dit segment zal een beperkt aantal zorgcategorïeën met een gemiddeld tarief bestaan voor groepen cliënten op basis van voor die groep benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. Gebeurt dit wel op individueel toe te rekenen kosten of is dit ook op basis van populatie? Indien het laatste het geval is, ook hier de vraag wat er gebeurt met bijvoorbeeld die intensieve kindzorg of dementiezorg, als het budget op is?

In het tweede segment is sprake van individueel toerekenbare zorgkosten.

88. De leden van de PVV fractie vragen of de kan Minister garanderen dat casemanagement dementie altijd beschikbaar is voor die cliënten die dat nodig hebben?

Casemanagement dementie valt onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Het bedrag dat hiermee gemoeid is, wordt ook onder de Zvw, aanspraak wijkverpleging, gebracht. Zorgverzekeraars worden hiermee verantwoordelijk voor de inkoop van casemanagement dementie vanaf 2015.

De zorgstandaard dementie is recentelijk opgenomen in het kwaliteitsregister. Deze zorgstandaard definieert de norm voor goede zorg en zal bij de inkoop dan ook leidend zijn voor partijen in het veld. De cliënt kan er daarmee van uitgaan dat in het geval van een indicatie deze zorg geleverd wordt.

89. Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Deze resultaten kunnen divers zijn en betreffen onder andere procesuitkomsten (bijvoorbeeld deelname aan benchmark, spiegelinformatie), gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, doorverwijzingen, substitutie, zorgvernieuwing en patiënttevredenheid. De leden van de PVV-fractie vragen hoe groot de vrijheid van de zorgverzekeraars is om deze beloningsafspraken te maken. Kan dat bijvoorbeeld ook een doorverwijzing naar de Wmo zijn?

Zoals ik eerder heb aangegeven zal bij de verdere uitwerking van de bekostiging in overleg met partijen een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld. Dit om uniformiteit op bepaalde (gezamenlijke)

thema's te bevorderen. Daarnaast staat het zorgverzekeraars en aanbieders vrij aanvullende afspraken te maken. Zij kunnen daarbij ook rekening houden met regionale verschillen en behoeften. De invulling van een aantal prestaties dient nog plaats te vinden. Ik kan mij voorstellen dat ook het adequaat verwijzen een thema is waar afspraken over worden gemaakt.

90. Naast deze prestaties staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren. De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister hiervan voorbeelden kan geven?

Ik vind het van belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de vrijheid hebben om naar gelang de lokale situatie afspraken te maken over de beloning van resultaten. Het lijkt me goed mogelijk dat er bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt over zorgvernieuwing. Deze vernieuwing kan regionaal gezien andere accenten vragen, vandaar de ruimte die ik wil geven.

91. De wisselwerking tussen de lagen en de mogelijke ongewenste prikkels die ontstaan als gevolg van de verschillende elementen van bekostiging vormen een belangrijk aandachtspunt. Waarom is hier dan toch voor gekozen?

Bij de invoering van een nieuwe bekostiging in de zorg is het gebruikelijk dat de NZa kijkt naar mogelijke ongewenste prikkels. Als die er zijn wil ik dat graag weten voordat de nieuwe bekostiging wordt ingevoerd.

92. De leden van de PVV-fractie vragen wat de gevolgen zijn van het verder extramuraliseren voor de omvang en hoe dat opgevangen gaat worden. Gaan ook hier cliënten tussen wal en schip vallen? Bestaat hierdoor niet een groot gevaar voor afwenteling op de Wmo en Wlz?

In het budgettaire kader voor verpleging en verzorging in 2015 en 2016 zijn middelen gereserveerd voor de gevolgen van extramuralisering. Dit betreft € 225 mln. in 2015 en € 358 mln. in 2016 (stand 1 juni 2014). Ik onderschrijf het belang dat afwenteling tussen domeinen wordt voorkomen. Om dit te bereiken, worden de rechten op zorg- en ondersteuning alsmede de verantwoordelijkheden van bij de uitvoering betrokken partijen in de wet- en regelgeving scherp afgebakend. Daarnaast, om toegang te krijgen tot de Wlz moet aan specifieke zorginhoudelijke criteria worden voldaan en vindt onafhankelijke indicatiestelling plaats. Zorgverzekeraars kunnen dus geen cliënten afwentelen op de Wlz die niet voldoen aan de criteria. Indien een cliënt niet voldoet aan de criteria van de Wlz, dan zijn gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het bieden van zorg en ondersteuning opdat de cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen.

93. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Hierbij kunnen de kosten per cliënt worden teruggebracht met behulp van de inzet op zorgvernieuwing. De leden van de PVV fractie vragen wat de gevolgen zijn voor cliënten als de kosten niet worden teruggebracht? Over welke zorgvernieuwing gaat het hier? Is dit niet korten van budget op basis van alweer aannames?

In het onderhandelaarsresultaat dat is gesloten tussen ZN, ActiZ, BTN, V&VN, NPCF en VWS is afgesproken dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de taakstelling te realiseren. Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader verpleging en verzorging zal de Minister van VWS deze redresseren, bijvoorbeeld via het MBI of tariefskorting. Partijen delen de intentie om de taakstelling – in de regel – te realiseren via het reduceren van het zorgvolume. Het gaat om een zorgvernieuwing waarbij er een andere kijk

nodig is op vraag en aanbod in verpleging en verzorging thuis. De benadering is nu nog teveel gericht op ziekte en zorg in plaats van op gedrag en gezondheid. Voor besluiten rondom indicatie en organisatie van zorg betekent dit meer aandacht voor zelfmanagement en preventie, maar ook een duidelijke gerichtheid op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid.

Tevens is aangetoond dat er doelmatigheidswinst te behalen is als zelfsturende teams in de buurt worden aangestuurd op een resultaat, waarbij verzorging en verpleging integraal wordt geleverd.

94. Om een zorgvuldige overgang te kunnen realiseren zal in 2015 worden gewerkt met een overgangsmodel. De NZa zal deze prestaties voor zover sprake is van dezelfde hoogte van het tarief, zoveel mogelijk bundelen. De vereenvoudiging van het aantal prestaties dat hiermee gepaard gaat zorgt voor een vermindering van de administratieve lasten en zien we als stap in de richting van een nieuw bekostigingsmodel dat uitgaat van integrale zorgcategorieën.

De leden van de PVV fractie het systeem waarmee Buurtzorg op dit moment werkt. Als dit overgangsmodel nu goed functioneert, wil de Minister dan overwegen om niet over te gaan op een segmentensysteem, wat ongetwijfeld weer een hoop bureaucratie gaat geven, maar dit simpele model verder uit te werken?

De regering is van mening dat de AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Verdere aanpassingen binnen de AWBZ zijn ontoereikend om aan die situatie een einde te maken. De visie op de langdurige zorg die de regering voorstaat vergt wetgeving waarvan de uitgangspunten aansluiten bij de huidige tijd. Tevens worden de goede ervaringen, zoals ten aanzien van experimenten regelarme instellingen en organisaties die werken volgens vernieuwende methoden, meegenomen in de nieuwe stelsels.

95. Het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik waardoor minder volume per cliënt kan worden ingezet.

De leden van de PVV fractie vragen of er nu sprake is van ongepast zorggebruik. Zo ja, kan de Minister met voorbeelden komen? Waarom wordt ongepast zorggebruik nu niet aangepakt?

De drie overwegingen die de regering heeft bij de hervorming van de langdurige zorg – betere kwaliteit, meer voor elkaar zorgen en financiële houdbaarheid – hebben er toe geleid dat de regering ervoor kiest het stelsel van de langdurige zorg te herzien. Om te kunnen voorzien in de veranderende behoefte zijn de zorg en ondersteuning die op grond van de huidige Wmo, de AWBZ en de Zvw wordt verleend, opnieuw gedefinieerd en belegd. De aard van de zorg en ondersteuning is bepalend geweest voor de positionering ervan in het nieuwe stelsel. Het gaat in alle stelsels om het streven naar gepast zorggebruik, dat wil zeggen dat de zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Ik ben van mening dat het nieuwe bekostigingsmodel voor wijkverpleging zal bijdragen aan gepast zorggebruik. Met betrekking tot ongepast zorggebruik zijn verschillende programma's in werking gesteld zoals het tegengaan van verspilling in de zorg en fraude.

96. Voor de niet op voorhand individueel toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zoals de deelname aan het sociale wijkteam en nader verkennen van signalen, krijgt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om een aanvullende prestatie overeen te komen. De zorgverzekeraar is dit dus niet verplicht. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de gehele hervorming langdurige zorg, die vooral gebaseerd is op de aanwezigheid van de alles oplossende wijkteams?

Met de zinsnede dat de zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgt om een aanvullende prestatie overeen te komen wordt bedoeld dat naast de bestaande prestaties verpleging en verzorging er een aanvullende prestatie zal gelden in 2015 voor niet individueel toewijsbare zorg. Ook de niet toewijsbare zorg maakt onderdeel uit van de aanspraak wijkverpleging. Hiervoor geldt dat de verzekeraar een zorgplicht heeft. De zorgplicht moet ervoor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat zorgverzekeraars de zorgplicht naleven. Ik ga er dan ook van uit dat verzekeraars deze zorg inkopen, zij hebben immers ook zelf een belang bij goede zorg dichtbij huis die duurdere ziekenhuiszorg kan voorkomen. Er heeft mij tevens geen signaal bereikt dat zorgverzekeraars hier niet aan zullen voldoen.

97. Zorgverzekeraars en gemeenten moeten afspraken maken over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Deze prestatie zal in 2015 een vrij tarief betreffen. De leden van de PVV-fractie vragen hoe de Minister dit precies voor zich ziet. Deze leden zijn er alles behalve gerust op dat dit een succes wordt.

De niet toewijsbare zorg biedt onder andere de financiële ruimte om te kunnen deelnemen aan een sociaal wijkteam. Vanuit de inhoud wil je één duidelijk aanspreekpunt op het gebied van geneeskundige zorg in het wijkteam. Een aparte prestatie maakt het makkelijker voor een verzekeraar om niet bij alle aanbieders deze zorg in te kopen. Daarnaast maakt een aparte prestatie de benodigde samenwerking tussen verzekeraar en gemeenten zichtbaar en maakt het makkelijker voor gemeenten om verzekeraars erop aan te spreken. Het is de vraag of deze functie in overleg met gemeenten tot stand zal komen als daar geen aparte bekostiging op zit.

De keuze voor een vrij tarief komt voort uit het feit dat verzekeraars op die manier rekening kunnen houden met de regionale verschillen.

98. Is het niet zo, dat een overschrijding onvermijdelijk is, gezien de enorme bezuinigen op de AWBZ, zo vragen de leden van de PVV zich af. Moet er dus niet gewoon eerlijk gecommuniceerd worden, dat de wijkverpleging op zeer korte termijn onder het eigen risico zal worden gebracht?

Er is voor gekozen om de wijkverpleging niet onder het eigen risico te brengen, net zoals de huisartsenzorg. Hiermee wordt een sterke en toegankelijke eerste lijn gecreëerd. Partijen hebben zich in het onderhandelaarsresultaat gecommitteerd aan het budgettaire kader, en aangegeven zich tot het uiterste in te spannen om de financiële taakstelling te behalen. Het gaat om een andere en nieuwe manier van zorgverlening, waarbij meer dan nu het geval is wordt ingezet op de zelf- en samenredzaamheid. Ik deel daarom niet de mening van de leden van de PVV fractie dat een overschrijding onvermijdelijk is.

99. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat deze maatregel de goede organisaties, waarvan we nu al kunnen aangeven welke dat zullen zijn, gestraft zullen gaan worden voor de foute. Dit is geen stimulans voor zorgaanbieders om een extra inspanning te leveren als het gaat om efficiëntie en doelmatigheid. Graag een reactie van de Minister op dit punt.

Op dit moment is in de curatieve zorg sprake van een generiek MBI. Ik zie dit instrument nadrukkelijk als ultimum remedium. Het is essentieel dat om met partijen alles op alles te zetten om «aan de voorkant» overschrijdingen te voorkomen zodat het MBI niet hoeft te worden ingezet. Daarom heb ik in het convenant met partijen inhoudelijk en financiële afspraken gemaakt over de wijze waarop deze zorg de komende jaren zal worden

ingericht. Daarnaast zal al gedurende het uitvoeringsjaar een monitor plaatsvinden aan de hand van kwartaalgegevens om te kunnen volgen hoe het staat met de uitputting van het financiële kader, zodat er nog ruimte is voor bijsturing.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

100. De leden van de D66 fractie vragen of de Minister inzichtelijk kan maken hoe het voorgestelde bekostigingsmodel zal bijdragen aan het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van mensen?

Het gaat om zorgvernieuwing waarbij de zorgverlener, in samenspraak met de cliënt, meer ruimte krijgt om te kijken wat daadwerkelijk nodig is, breder dan de oorspronkelijke zorgvraag van de cliënt. De professional komt bij de cliënt thuis, kijkt wat nodig is en geeft aan wie de zorg het beste kan uitvoeren. De mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving vormen een belangrijk onderdeel bij het bepalen van de zorgvraag. Deze «omslag» in de benadering van de cliënt zorgt ervoor dat zijn zelfredzaamheid wordt vergroot en dat wordt gestuurd op de afbouw van zorg.

Op dit moment wordt een indicatie-instrument (normenkader) voor wijkverpleging door V&VN, in samenspraak met ActiZ, BTN, VNG en ZN, ontwikkeld. In het instrument zijn zes normen geformuleerd waaraan de verpleegkundige indicatiestelling moet voldoen. Het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid in het indiceren en organiseren van de zorg vormt een van die normen. Ook zijn er middelen beschikbaar gesteld binnen het programma Zichtbare Schakel om meer wijkverpleegkundigen op te leiden en het onderwijsaanbod aan te passen aan de toekomstige taken van de wijkverpleegkundige. Er zullen daarnaast middelen beschikbaar komen voor scholing van het huidige potentieel wijkverpleegkundigen. Competenties voor het aanleren van zelfmanagement zijn uitdrukkelijk onderdeel van het traject. Hiermee wordt er voor gezorgd dat het vergroten van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie daadwerkelijk onderdeel vormen van het handelen van de wijkverpleegkundigen.

101. De leden van de D66-fractie lezen dat het nieuwe bekostigingsmodel uit drie segmenten zal bestaan. Voor segment 1 (niet-toewijsbare zorg) is per 2015 maximaal € 40 miljoen beschikbaar; voor de hele aanspraak wijkverpleging straks € 3,1 miljard. Genoemde leden vragen of de Minister een nadere onderbouwing van dit bedrag kan geven. Hoe zijn deze bedragen berekend en wat is precies de gehanteerde grondslag? Voor de onderbouwing van de € 3,1 miljard maak ik gebruik van de presentatie van het financiële kader zoals dat in het onderhandelaarsresultaat is opgenomen:

Aanspraak wijkverpleging		2015	
Uitgaven start		2.998	
Waarvan:	PV		2.218
	VP		619
	Overig ¹		161
Bij-groei		121	
Bij-extramuralisering		264	
Totaal		3.383	
Korting PV		- 404	
Korting VP vanaf 2017		0	
resteert		2.979	
Intensivering wijkverpleging		40	
MSVT ²		60	

Aanspraak wijkverpleging	2015
Totaal	3.079

¹ Hieronder valt de IKZ, PTZ, maar excl. BEH ZG

² MSVT maakt onderdeel uit van het ziekenhuiskader

Bovengenoemde cijfers worden op dit moment nog geactualiseerd voor onder andere de loon- en prijsbijstellingen. Daarnaast worden ook de realisatiecijfers 2013 verwerkt. Deze geactualiseerde cijfers worden toegelicht in overleg met verzekeraars en aanbieders.

Wat betreft de totstandkoming van het kader geldt dat voor de verschillende overhevelingen van de langdurige zorg dezelfde systematiek is gehanteerd. De onderdelen uit de AWBZ die worden overgeheveld zijn toegerekend aan het «ontvangende» domein. Voor de € 3,1 miljard voor het kader wijkverpleging geldt dat de extramurale functies verpleging en persoonlijke verzorging zijn overgeheveld naar de Zvw.

Bij het geraamde budget is uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- De basisbedragen zijn de gerealiseerde voorlopige uitgaven AWBZ 2013.
- Dit is inclusief Pgb (voor de functies PV en VP).
- Bij de berekening van het budget 2015 is rekening gehouden met het effect

van extramuralisering;

- Er is rekening gehouden met een jaarlijkse demografische groei van 2,4% in 2015
- De korting op de Persoonlijke Verzorging is verwerkt.

102. De leden van de D66 fractie vragen hoe de segmenten 1 en 2 zich tot elkaar verhouden ten aanzien van activiteiten van de wijkverpleegkundige op het terrein van preventie, signaleren en coördineren?

Binnen de aanspraak wijkverpleging is sprake van zowel verpleging als verzorging. Hierbij gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, katheterisaties, injecties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarnaast krijgt de wijkverpleegkundige binnen de aanspraak de ruimte om breder te kijken dan de zorgvraag van de cliënt, bijvoorbeeld naar zelfredzaamheid en de sociale omgeving. De wijkverpleegkundige krijgt meer mogelijkheden om verbindingen met andere domeinen te leggen. Deze taken hebben een directe relatie met de zorgvraag van de cliënt en zijn dus individueel toewijsbaar. Al deze aan een concreet persoon te koppelen werkzaamheden is de zogenaamde «toewijsbare zorg» en wordt ondergebracht in segment 2.

Onder wijkverpleegkundige zorg vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan één specifieke patiënt te koppelen zijn. Deze activiteiten kunnen een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit is de zogenaamde «niet-toewijsbare zorg» en wordt ondergebracht in segment 1. Specifiek worden hier meerdere taken mee geregeld. Ten eerste dat de wijkverpleegkundige bij iemand langs kan gaan die nog niet in zorg is (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg naar de wijkverpleegkundige niet weten te vinden) naar aanleiding van een signaal (van gemeente). De wijkverpleegkundige signaleert dan wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door naar Zvw-zorg of naar welzijn/ondersteuning. Ten tweede wordt hiermee geregeld dat de wijkverpleegkundige een relatie heeft met de sociale wijkteams, om samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen. Deze niet-toewijsbare taken van de

wijkverpleegkundige zijn al bij verschillende gemeenten bekend. In het programma Zichtbare Schakels is hier ervaring mee opgedaan.

103. De leden van de D66 vragen of met dit bekostigingsmodel de bestaande ketenzorg dementie worden voortgezet?

Casemanagement dementie valt onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Het bedrag dat hiermee gemoeid is, wordt ook onder de Zvw, aanspraak wijkverpleging, gebracht. Zorgverzekeraars worden hiermee verantwoordelijk voor de inkoop van casemanagement dementie vanaf 2015. De zorgstandaard dementie is recentelijk opgenomen in het kwaliteitsregister. Deze zorgstandaard definieert de norm voor goede zorg en zal bij de inkoop dan ook leidend zijn voor partijen in het veld. De patiënt kan er hiermee van uitgaan dat in het geval van een indicatie deze zorg geleverd wordt.

104. De leden van de D66-fractie tonen begrip voor het feit dat het nieuwe bekostigingsmodel niet reeds per 2015 kan worden ingevoerd. Zij achten het evenwel van belang dat 2015 geen «verloren jaar» in de omschakeling naar nieuwe manieren van werken voor verpleging en verzorging. De leden van de D66 fractie vernemen graag of de Minister deze zorg ter zake delen.

Ik deel met de leden van de D66 fractie dat 2015 niet moet worden gezien als verloren jaar. Er worden daarom in 2015 veranderingen doorgevoerd die moeten leiden tot een nieuwe manier van werken. Zo wordt de verpleging en verzorging vanuit de AWBZ onder de Zvw gebracht. In de Zvw wordt dit beschreven als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verpleegkundigen kennen in de Zvw een bredere professionele ruimte dan voorheen. Dit komt onder ander tot uitdrukking in de indicatiestelling en organisatie van de zorg. De aanspraak wijkverpleging omvat een breed arsenaal aan zorg. Verpleegkundigen verlenen zorg in de eigen omgeving en werken daarin samen met andere (zorg)professionals. Verpleegkundigen zijn gericht op ondersteuning van de cliënt en het cliëntsysteem in kwaliteit van leven aspecten en het versterken van de zelfredzaamheid en de eigen regie. Zij werken samen met professionals uit het sociale domein. Om samenwerking in de wijk een impuls te geven, wordt er in 2015 € 40 mln. vrijgemaakt. Daarnaast is er voor 2015 € 10 mln. aan het deelfonds Sociaal Domein toegevoegd om de ontwikkeling van sociale wijkteams of integraal werken in de wijk te ondersteunen. Zorgverzekeraars en gemeenten maken op regionaal niveau afspraken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk.

105. De leden van de D66-fractie lezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken kunnen maken over de niet-toewijsbare zorg door een specifieke aanbieder in een regio. Betekent dit, zo vragen de leden van de D66 fractie, dat andere zorgaanbieders niet kunnen handelen nadat zij zaken signaleren in een wijk.

De niet-toewijsbare zorg betreft de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige in de wijk. Hierover maken zorgverzekeraars op regionaal niveau met gemeenten afspraken. In 2015 is sprake van een overgangsjaar waarbij gewerkt wordt met prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging zoals die nu in de AWBZ gelden. Omdat er in de AWBZ geen prestatie bestaat voor deze beschikbaarheidsfunctie, wordt deze prestatie in 2015 toegevoegd aan het bekostigingsmodel wijkverpleging. De niet toewijsbare zorg biedt onder andere de financiële ruimte om te kunnen deelnemen aan een sociaal wijkteam. Vanuit de inhoud wil je één duidelijk aanspreekpunt op het gebied van geneeskundige zorg in het wijkteam. Het ligt daarmee voor de hand dat de zorgverzekeraar niet bij iedere zorgaanbieder deze zogenaamde «niet-toewijsbare» zorg inkoop, omdat niet iedere zorgaanbieder deze beschikbaarheid hoeft te leveren.

Dat betekent niet dat andere zorgaanbieders niet kunnen handelen naar aanleiding van signalen. Zij kunnen aan de wijkverpleegkundige in de wijk vragen om bij een cliënt te gaan kijken. De wijkverpleegkundige komt bij de cliënt thuis, en kan indien nodig doorschakelen naar Zvw zorg of ondersteuning vanuit de Wmo.

106. Is de Minister voornemens om te onderzoeken of een gedifferentieerd MBI hier in de toekomst ook mogelijk is? Zal het «generieke» instrument ook voor niet-gecontracteerde aanbieders gelden en wat is ter zake de afweging geweest?

Het onderzoek naar een gedifferentieerd mbi is al geruime tijd gaande. Het onderzoeksbureau Triple A heeft eind december 2013 een onderzoeksrapport over het gedifferentieerd mbi opgeleverd dat in het voorjaar met partijen in de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg is besproken. In het verslag van een schriftelijk overleg over de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg (d.d. 25 maart 2014) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de resultaten van dat onderzoek (zie Kamerstuk II, 2013–2014, 32 620, nr. 114) en daarbij ook het rapport zelf aan de Tweede Kamer aangeboden. In het algemeen overleg van 24 april 2014 dat daarop volgde, heb ik hier verder met de Tweede Kamer over gesproken.

De conclusies die naar aanleiding van dit onderzoek zijn getrokken, gelden ook in relatie tot de wijkverpleging. Ik heb met de partijen die de hoofdlijnenakkoorden (medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg) hebben ondertekend, besproken dat er per 2015 geen gedifferentieerd mbi kan worden ingevoerd dat juridisch solide is en voldoet aan de wensen van veldpartijen.

De commissie Baarsma heeft in 2012 de vormgeving van een gedifferentieerde variant van het mbi al «uiterst complex» genoemd. Het onderzoek van Triple A heeft dat bevestigd. Momenteel bekijk ik met veldpartijen wat dit alles betekent voor het vervolgtraject. In het algemeen overleg van 24 april 2014 heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer hierover na de zomer nader zal informeren.

Het generiek mbi is een instrument dat naar zijn aard generiek wordt toegepast, dat wil zeggen op alle aanbieders (inclusief niet-gecontracteerde aanbieders) in relatief gelijke mate. Het instrument houdt in dat in het geval van een macrobudgettaire overschrijding, alle zorgaanbieders die zorg ten laste van het macrobudgettaire kader hebben geleverd (inclusief niet-gecontracteerde aanbieders), naar rato van hun marktaandeel worden gekort (dat wil zeggen: een bedrag in het Zorgverzekeringsfonds moeten storten).

In het kader van het onderzoek naar een gedifferentieerd mbi is gekeken naar een model waarbij zorgaanbieders die contracten met omzetbegrenzing afsluiten met verzekeraars, van overheidswege worden gevrijwaard van een mbi-korting (in het geval dat het macrobudgettaire kader wordt overschreden). Dit blijkt echter een juridisch te kwetsbaar model te zijn (zie Kamerstuk II, 2013–2014, 32 620, nr. 114).

Een model waarbij niet-gecontracteerde aanbieders worden gevrijwaard van een mbi-korting is niet onderzocht, maar vind ik onwenselijk, omdat van zo'n model een stimulans uit zou gaan richting zorgaanbieders om geen contracten met verzekeraars af te sluiten en dit verzekeraars in hun sturingsrol zou belemmeren.