

Vergaderjaar 2014–2015

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 96**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 30 oktober 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 30 september 2014 over de tussenevaluatie experiment regelarme instellingen (Kamerstuk 31 765, nr. 95).

De vragen en opmerkingen zijn op 17 oktober 2014 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 29 oktober 2014 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## Inhoud

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Staatssecretaris	8

### 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 aanbieding tussenevaluatie experiment regelarme instellingen (ERAI). Genoemde leden hebben een aantal vragen en opmerkingen.

In de brief van de Staatssecretaris staat dat experimenten onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen worden verlengd totdat de nieuwe bekostiging is ingevoerd. Voor de experimenten die onder de Zvw vallen eindigt de experimenteermogelijkheid zodra de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging ingevoerd/van kracht is.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er een onderscheid wordt gemaakt tussen experimenten die onder de Wlz vallen en experimenten die onder de Zvw vallen. Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat ook onder de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging experimenten mogelijk zouden moeten zijn?

#### Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de aanwijzing voor de verlenging van het experiment regelarme instellingen. Deze leden willen de komende tijd van vele veranderingen in de zorg gebruiken om ruimte te bieden voor zorgvernieuwing en om te leren van goede voorbeelden. Ook willen genoemde leden de soms buitensporige en onnodige overhead en bureaucratie fors terugdringen. Een vernieuwingsagenda in de zorg is daarom nodig. Het experiment regelarme instellingen laat zien hoe er gewerkt kan worden aan het verbannen van overbodige regels in de zorg en is door deze leden altijd gesteund. Voor de leden van de PvdA-fractie is het experiment dan ook van wezenlijk belang om overbodige regels en bureaucratie tegen te gaan. Deze leden zijn dan ook verheugd te lezen dat lopende ERAI- experimenten zowel in de Zorgverzekeringswet als de langdurige zorg (tot 1 januari 2015 de AWBZ en vanaf 1 januari 2015 de Wlz) door kunnen lopen, totdat de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging en de Wlz van kracht zijn. Genoemde leden vragen wel hoe ERAI nog een verdergaande impuls kan krijgen door de experimenteerruimte die met de nieuwe wetgeving (Wmo 2015 en Wlz) is gecreëerd. Welke stappen gaat de Staatssecretaris ondernemen om dit voor elkaar te krijgen?

De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele vragen over de aanwijzing. Lezen deze leden de aanwijzing correct wanneer zij stellen dat voortzetting van ERAI-experimenten, met name voor instellingen die nu extramurale zorg binnen de AWBZ leveren, afhankelijk is van eventuele afspraken tussen zorgverzekeraars en betrokken zorgaanbieders? Dat lijkt deze leden veel te vrijblijvend. De experimenten lopen dan namelijk het risico dat opgebouwde ervaringen en investeringen in 2015 verloren gaan. Kan de Staatssecretaris een nadere toelichting geven? Is de Staatssecretaris het eens met deze leden dat de opgedane ervaringen niet verloren mogen gaan en dat voor de ontwikkeling van nieuwe bekostigingssystemen van zorg onder zowel de Zvw als de Wlz de ERAI-experimenten van wezenlijk belang zijn? Hoe gaat de Staatssecretaris zorgen dat experi-

menten die zorgaanbieders voort willen zetten, ook daadwerkelijk voortgezet kunnen worden? Wat zijn hierin de concrete belemmeringen? En hoe gaat de Staatssecretaris zorgdragen voor het borgen van de resultaten, ook van experimenten die eventueel straks al ten einde lopen?

De leden van de PvdA-fractie hebben tevens kunnen vaststellen dat bijna alle ERAI- experimenten er een dubbele administratie op na moeten houden. Voor veel bekostigingsexperimenten is het nodig om naast de reguliere administratie nog een extra administratie rondom het experiment te organiseren. Dit kan volgens deze leden niet de bedoeling zijn. Kan de Staatssecretaris aangeven of en zo ja hoe de aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ertoe bijdraagt dat instellingen geen dubbele administratie meer hoeven bij te houden? Deze leden ontvangen hier graag een nadere toelichting op.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de «Tussenevaluatie Experiment Regelarme Instellingen (ERAI); Van administratieve lastenverlichting naar een andere kijk op zorg» en de aanwijzing aan de NZa voor de verlenging van het experiment regelarme instellingen als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Al vanaf de start van het experiment waren de leden van de SP-fractie voorstander van regelarmere werken in de gezondheidszorg. Genoemde leden waren dan ook zeer geïnteresseerd in deze tussenevaluatie en zijn blij te lezen dat de resultaten laten zien dat zowel de cliënten als de medewerkers tevredener zijn inclusief een betere kwaliteit van leven voor de cliënt. Maar gelijk komt bij deze leden de vraag op of de Staatssecretaris het niet ook vervelend vindt dat een dergelijk experiment überhaupt nodig is. Blijkbaar is het zo dat het huidige financieringsstelsel niet passend is op normale zorg en blijkbaar is de financiering voor regelarme zorg momenteel niet mogelijk. De leden van de SP-fractie vragen hierop een reactie van de Staatssecretaris.

De leden van de SP-fractie onderschrijven het beoogde doel van het experiment en onderschrijven van harte de kernboodschap uit het rapport. Genoemde leden hopen dat deze boodschap niet meer losgelaten wordt. Ook de leden van de SP-fractie willen graag af van bureaucratie. Bureaucratie suggereert immers de gevoelde noodzaak tot controle en een wantrouwen van de zorgprofessionals en zorgorganisaties. Soms wordt als argument voor deze bureaucratie gegeven dat zorgorganisaties »een belang hebben om zoveel mogelijk zorg te verlenen«. Dit belang is echter gecreëerd door van zorgorganisaties bedrijven te maken. Uit de voorliggende tussentijdse evaluatie blijkt echter dat de regelarme zorg ook leidt tot lagere kosten. Deze leden vragen de Staatssecretaris daarom of dit wantrouwen wel gerechtvaardigd is. Er bestaat volgens de leden van de SP-fractie niet zoiets als «zinnige bureaucratie». Genoemde leden menen overigens dat er wel «zinnige regels» zijn. Zij vragen aan de Staatssecretaris of hij deze mening deelt.

Om bureaucratie aan te kunnen pakken is het belangrijk de bron te kennen van alle regels, procedures en protocollen waar de zorgorganisaties zich aan moeten houden. Kan de Staatssecretaris de leden van de SP-fractie vertellen waar al die regels, procedures en protocollen hun oorsprong hebben? Wie heeft ze opgesteld en door wie worden ze gecontroleerd?

De leden van de SP-fractie willen het in het kader van regelvrije zorginstellingen graag hebben over de «keurmerkenterreur». Per zorgkantoor kan het beleid aangaande keurmerken verschillen en zorgorganisaties hebben

vaak met meerdere zorgkantoren te maken en dus met meerdere «keurmerk-eisen/keurmerk-eisers». Kan de Staatssecretaris genoemde leden inzicht geven in het maximale aantal keurmerken waaraan een instelling gevraagd wordt te voldoen? Kan de Staatssecretaris vervolgens aangeven hoeveel euro zo'n keurmerk gemiddeld kost, hoeveel euro moet worden betaald voor het goedkoopste keurmerk en ten slotte hoeveel euro een zorgorganisatie betaalt voor het duurste keurmerk? Indien de Staatssecretaris deze informatie niet tot zijn beschikking heeft, is hij dan bereid de NZa te vragen hiernaar een onderzoek in te stellen?

Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat de tussenevaluatie enkel betrekking heeft op de eerste negen maanden van het experiment, terwijl deze experimenten inmiddels één jaar en negen maanden lopen? Constateren genoemde leden het dan correct dat het besluit tot de verlenging van een tweejarig experiment wordt gebaseerd op de tussenstand van (bijna exact) één jaar geleden? Kan de Staatssecretaris aangeven of er inmiddels meer actuele resultaten en ervaringen beschikbaar zijn, en zo ja kan hij deze aan de Kamer doen toekomen? En zo ja, in hoeverre zijn deze resultaten reeds meegenomen? De Staatssecretaris geeft aan de leerervaringen uit de experimenten te hebben benut bij de hervorming van de langdurige zorg. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de ervaringen uit de experimenten die hij wel heeft meegenomen en de ervaringen die hij niet heeft meegenomen? En indien het laatste, waarom niet? Hoe is de Staatssecretaris tot keuzes gekomen?

Naar aanleiding van de «aanwijzing verlenging experiment regelarme instellingen» willen de leden van de SP-fractie de Staatssecretaris vragen te bevestigen dat er gewacht wordt met de vaststelling van de uiteindelijke bekostigingssystematiek totdat alle resultaten van de experimenten beschikbaar zijn. Het experiment wordt nu verlengd. Kan de Staatssecretaris aangeven tot wanneer deze verlenging precies is? En kan de Staatssecretaris daarbij aangeven wanneer de laatste resultaten van de experimenten worden verwacht? Daarnaast vragen deze leden wanneer het zo is dat de resultaten van de experimenten voldoende (sterk) zijn om op te nemen in de uiteindelijke systematiek. En verder, is het zo dat de experimentorganisaties zich na afloop van de experimenten weer moeten voegen naar alle regels? In relatie hiertoe willen de leden van de SP-fractie erop wijzen dat bij de Wlz sprake is van persoonsvolgende financiering. De problemen met de zorgzwaartefinanciering zijn bijvoorbeeld bekend. Kan de Staatssecretaris aangeven in hoeverre dit een rol speelt in het uiteindelijke gebruik van de resultaten van de experimenten en in het vormgeven van de bekostigingssystematiek? Is het mogelijk dat de experimenten laten zien dat een persoonsvolgende financiering niet wenselijk is en dat deze resultaten dan overgenomen worden in de uiteindelijke systematiek? Oftewel, kan de Staatssecretaris aangeven of alle opties nog open staan of zijn bepaalde opties reeds gepasseerd wat dan ook de resultaten van de experimenten zijn?

Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie aan de Staatssecretaris of het voor nieuwe/andere zorgorganisaties, zowel intramuraal als extramuraal, vanaf dit moment nog mogelijk is zich aan te sluiten bij de experimenten die lopen.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de aanwijzing aan de NZa voor de verlenging van het experiment regelarme instellingen als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg. Zij maken graag van de mogelijkheid gebruik enkele aanvullende vragen te stellen.

Met de aanwijzing geeft de Staatssecretaris de NZa de opdracht het experiment regelarme instellingen voor de verpleging en verzorging te verlengen onder de Zvw en het experiment regelarme instellingen voor de langdurige zorg te verlengen onder de AWBZ, dan wel de nieuwe Wet langdurige zorg. Met deze verlenging kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de reeds in 2014 lopende ERAI-experimenten betreffende verpleging en verzorging, voor zover die per 1 januari 2015 tot de Zvw behoren, laten doorlopen totdat de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging gereed zal zijn. Betekent dit automatisch dat als de bekostiging van de verpleging en verzorging gereed zal zijn het experiment zal stoppen? Kan de Staatssecretaris zich voorstellen dat juist de verpleging en verzorging die overgeheveld wordt naar zorgverzekeraars gebaat kan zijn met dit soort experimenten? Hoelang blijft de aanwijzing gelden voor de Wlz?

De leden van de CDA-fractie lezen dat de inspanningen van partijen samenhangen met de uitgangspunten van het experiment, namelijk de cliënt mag geen nadeel van het experiment ondervinden en er mocht geen extra geld gemoeid zijn met de zorgverlening. Blijven deze uitgangspunten bij deze nieuwe aanwijzing ook gelden of worden deze aangepast, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Als deze uitgangspunten worden aangepast kan de Staatssecretaris dit dan uiteenzetten?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben echt met verbazing kennisgenomen van de brief over de tussenevaluatie experiment regelarme instellingen op 30 september 2014, precies één week na de behandeling van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Temeer omdat de tussenevaluatie dateert van 2 mei 2014. Genoemde leden kunnen zich niet aan de indruk onttrekken dat deze tussenevaluatie bewust na de afhandeling van het wetsvoorstel naar de Kamer gestuurd is. Dit terwijl de Kamer is toegezegd dat zij deze tussenevaluatie voor de zomer en voor de behandeling van de Wet langdurige zorg zou ontvangen. Toezending van de tussenevaluatie stond gepland voor de zomer, waarom is dit niet gebeurd? Waarom is deze vervolgens niet voor de behandeling van het wetsvoorstel naar de Kamer gestuurd? Waarom zijn de resultaten van de tussenevaluatie niet meegenomen tijdens de wetsbehandeling?

Samenvattend blijkt dat de experimenten veel hebben opgeleverd, een betere kwaliteit van leven voor de cliënt, terwijl minder uren zorg nodig bleken. Meerdere aanbieders hebben aangegeven dat zij een reductie hebben gemeten in het zorgvolume (7% tot 18%). De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel extra cliënten er voor hetzelfde geld geholpen konden worden. Hoeveel geld is hiermee bespaard? Hoeveel extra cliënten zouden er bij landelijke invoering van het experiment geholpen worden? Hoeveel geld valt hiermee te besparen?

Waarom heeft de Staatssecretaris, nu deze ruim voor de wetsbehandeling al op de hoogte was van andere manieren van (financiële) hervorming, er toch voor gekozen om grofweg te snijden in de zorg? De experimenten laten zien dat het anders kan. Uit de tussenrapportage van het experiment

blijkt dat de zorgkosten kunnen dalen, terwijl de kwaliteit van zorg stijgt, zonder dat mensen er in welbevinden op achteruit gaan. Hoe staat dat in verhouding tot de huidige hervorming waarbij verzorgingshuizen sluiten, dagbesteding wordt gekort en in sommige gemeenten huishoudelijke hulp volledig afgeschaft wordt?

Op welke manier zijn de ervaringen en leereffecten van de experimenten betrokken bij de hervorming van de langdurige zorg? Graag ontvangen de leden van de PVV-fractie een aantal concrete voorbeelden.

Op welke manier heeft het experiment als inspiratiebron gediend voor de Wet langdurige zorg en waarom is de tussenevaluatie dan niet behandeld tijdens de behandeling van het wetsvoorstel?

De doelstelling van het verschuiven van de (her)indicatiestelling naar de professional, is het verhogen van de snelheid van het indicatieproces en het verlagen van de administratieve lasten(druk). Instellingen die de indicatiestelling door de professional laten doen vinden dit een grote winst. Door het zelf indiceren kan de zorg direct worden ingezet op het moment dat het nodig is. Bij instellingen die de BOPZ-toets zelf afnemen is de winst in doorlooptijd nog groter. Verplaatsing van de indicatiestelling levert winst op in termijn van het zorgvolume (6,4 tot 18%). De uitkomsten van het experiment laten zien dat gemandateerde indicatiestelling op termijn rechtvaardig kan zijn. 17 van de 21 instellingen hebben in hun experiment een element opgenomen met betrekking tot indicatiestelling. Waarom is in de Wet langdurige zorg verankerd dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de (her)indicatiestelling blijft doen, als er zulke succesvolle resultaten zijn geboekt tijdens het experiment?

In dit kader vragen de leden van de PVV-fractie op welke manier de ervaringen en leereffecten met betrekking tot de indicatiestelling als onderdeel van het experiment, als inspiratiebron hebben gediend bij het wetsvoorstel. In het wetsvoorstel is hierover immers niets terug te vinden.

Door 230 instellingen uit de langdurige zorg zijn hinderende wetten en regels gemeld. In totaal 700 meldingen. Wat is er met deze meldingen gebeurd? Als zou blijken dat de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg niet te lijden hadden onder de afwezigheid van de bepaalde regel, kon deze voor de gehele zorg komen te vervallen. Welke hinderlijke wetten en regels zijn er inmiddels afgeschaft? Welke van de afgeschafte regels hadden betrekking op het inkoopproces?

Op het gebied van kwaliteit waren er diverse meldingen die betrekking hadden op regels en toezicht die verhinderden dat de cliënt «net als thuis» binnen de instelling kan wonen. Met versoepeling van deze regels is binnen de AWBZ via het experiment regelarme instellingen verkend welke mogelijkheden bestaan om deze regeldruk weg te nemen. Welke regels/versoepelingen betroffen dit? Hoe is dit aangepast? Zijn deze versoepelingen overgenomen in de Wlz?

Elk jaar moet voldaan worden aan (nieuwe en meer) eisen voor inkoop door zorgkantoren. Uit onderzoek van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) bleek dat een sterke vereenvoudiging en standaardisatie vanuit het perspectief van zorgkantoren/verzekeraars de administratieve lasten met 20% zou kunnen verlagen. Is de Staatssecretaris het met dit onderzoek eens? De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel extra cliënten er voor hetzelfde geld geholpen kunnen worden bij vereenvoudiging en standaardisatie van het zorginkoopproces. Hoeveel geld is hiermee te besparen?

Eén van de deelnemers (JP van den Bent) heeft gekozen voor vereenvoudiging van het zorginkoopproces. De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel extra cliënten er voor hetzelfde geld geholpen konden worden. Hoeveel geld is hiermee bespaard? Hoeveel extra cliënten zouden er bij

landelijke invoering van het vereenvoudigen van de zorginkoop (zoals JP van den Bent) geholpen worden? Hoeveel geld zou dit opleveren?

De kernboodschap van deze tussenevaluatie is, dat moet worden gestreefd naar meer eenvoud. Hoe gaat de Staatssecretaris hiervoor zorgen?

Verlagen van administratieve lasten zorgt voor een lagere overhead. Onnodige overhead is niet wenselijk. Zorggeld is primair bedoeld voor zorg- en ondersteuningsbehoefte van cliënten. Is er een afname van overhead bij de deelnemende instellingen? Wat is de (gemiddelde) overhead in bedragen en formatie bij de deelnemers van het experiment? Wat is het landelijk gemiddelde overheadcijfer voor de langdurige zorg in bedragen en formatie? Volgens de benchmark Berenschot ligt het gemiddelde kwartielcijfer gemiddeld op 10,7%. Hoeveel extra cliënten zouden er bij een overheadnorm van maximaal 10,7% geholpen kunnen worden? Hoeveel geld zou hiermee bespaard worden?

Eén van de deelnemers (JP van den Bent) heeft een overhead van 4,75%. Hoeveel extra cliënten zouden er bij een landelijke overheadnorm van maximaal 5% geholpen kunnen worden? Hoeveel geld zou dit opleveren?

Tijdens het experiment gold het principe «high trust, high penalty». Genoemde leden vragen of er instellingen zijn die het vertrouwen beschaamd hebben of de doelstelling niet behaald hebben. Zo ja, welke? Wat is hiervan de consequentie geweest?

Een meerderheid van de deelnemers geeft aan dat flexibiliteit in de bekostiging tot reductie van zorgvolume heeft geleid. De zorgaanbieders die zijn overgestapt op lumpsumbekostiging voor extramurale zorg rapporteren een flinke reductie in het aantal uren en een stijging van het aantal geholpen cliënten binnen hetzelfde budget. De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel extra cliënten er binnen hetzelfde budget geholpen konden worden. Hoeveel geld is hiermee bespaard? Hoeveel extra cliënten zouden er bij landelijke invoering van lumpsumfinanciering geholpen worden? Hoeveel geld zou hiermee bespaard worden? Is het mogelijk dat andere instellingen die niet deelnemen aan het experiment de bekostiging ook op deze wijze kunnen gaan uitvoeren? Zo nee, waarom niet?

De Staatssecretaris zal bij de vormgeving van de bekostiging van de Zvw en de Wlz de ervaringen van de experimenterende zorgaanbieders specifiek betrekken. In de tussentijd maakt de Staatssecretaris het onder de Zvw voor zorgverzekeraars in overleg met aanbieders mogelijk om de experimenten ten aanzien van de bekostiging door te laten lopen tot de nieuwe bekostiging gereed is. Voor wat betreft de Wlz wil de Staatssecretaris de experimenten op het gebied van de bekostiging verlengen, zodat de ervaringen gebruikt kunnen worden voor de toekomstige bekostiging in de Wlz. Klopt het dat met deze verlenging het lot van het experiment bij de zorgverzekeraars in handen komt te liggen? Wat gebeurt er als zorgverzekeraars «nee» zeggen tegen de manier van bekostiging uit het experiment? Waarom heeft de Staatssecretaris deze verlenging niet in het wetsvoorstel langdurige zorg opgenomen? Waarom heeft de Staatssecretaris het gehele experiment geen onderdeel gemaakt van het wetsvoorstel? Het experiment diende immers als inspiratiebron.

ActiZ stelt in haar brief dat er behoorlijk wat «uitzonderingssituaties» zijn. Welke zijn dit? Waarom is een ERAI-indicatie niet overdraagbaar naar een andere locatie of andere organisatie? Het experiment blijkt een succes. De leden van de PVV-fractie kunnen zich dan ook niet voorstellen dat de Staatssecretaris een bredere invoering van dit succesvolle experiment niet zal ondersteunen, helemaal nu uit de tussenevaluatie blijkt dat er voor

hetzelfde budget meer cliënten geholpen worden met verbetering van kwaliteit van zorg. Is de Staatssecretaris bereid de inhoud van de aanwijzing aan de NZa aan te passen?

De leden van de PVV-fractie willen weten of de nieuwe bekostiging Zvw en Wlz alleen van toepassing is op de deelnemers van het experiment. Voor de bekostiging van de wijkverpleegkundige worden op dit moment vele producten (bij Achmea 14) ontwikkeld, dit staat haaks op het beleid van de lumpsumfinanciering. Hiermee zullen de administratieve lasten juist weer toenemen. Wordt er bij de bekostiging van de wijkverpleegkundige rekening gehouden met de resultaten van het experiment? Het wegnemen van administratieve lasten leidt immers tot betere kwaliteit en doelmatigheid. Zo ja, op welke manier?

Wordt er bij de nieuwe bekostiging van de Zvw en Wlz rekening gehouden met de resultaten van het experiment? Zo ja, op welke manier?

Zodra de nieuwe bekostiging onder de Wlz is ingevoerd/van kracht is, eindigt deze experimentmogelijkheid. Kan dit in de praktijk betekenen dat deelnemers, van wie de Staatssecretaris zegt dat zij hun nek uitgestoken hebben, weer terug naar af gaan?

Gedurende de experimenten zijn nieuwe werkwijzen ontwikkeld. Het betreft werkwijzen die geen wijziging van wet- of regelgeving behoeft. Waarom heeft de Staatssecretaris er dan toch voor gekozen om nieuwe wetgeving te maken, als deze nieuwe werkwijzen geen belemmering ondervonden van de huidige wetgeving?

Ervaringen en ontwikkelde instrumenten worden verspreid via «In voor Zorg!». Uit het stimuleringsprogramma blijkt dat het realistisch is dat zorgaanbieders de zorgkosten per cliënt met 14% terugbrengen. De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel extra cliënten er voor hetzelfde geld geholpen konden worden. Hoeveel geld is hiermee bespaard? Hoeveel extra cliënten zouden er bij landelijke invoering van het stimuleringsprogramma geholpen worden? Hoeveel geld zou hiermee bespaard worden?

Om het regelarm werken gemakkelijker te maken, is in een aantal gevallen verbetering doorgevoerd op ICT-vlak. Hoeveel zou het opleveren als de aanpak van bijvoorbeeld Fundum landelijk uitgerold zou worden? Fundum vervangt onder meer de HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Wat zou het (financieel) opleveren als de HKZ-certificering, en de daarbij behorende kwaliteitshandboeken en stroomschema's opgeheven worden?

Is de Staatssecretaris het met de leden van de PVV-fractie eens, dat het experiment regelarme instellingen, met de handvatten voor zorgaanbieders, de zorgvernieuwingsagenda is?

## **II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS**

### **Inleiding**

Op 30 september (Kamerstuk 31 765, nr 95) heb ik u de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAI) toegestuurd. Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de verschillende fracties naar aanleiding van die tussenevaluatie. Uw vragen beantwoord ik in deze brief. Alvorens daarop in te gaan wil ik opmerken dat de zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan ERAI hierin veel geïnvesteerd hebben. Zij hebben met passie en betrokkenheid gewerkt, hun organisatie aangepast, nieuwe zorgvormen ontwikkeld en daarmee samenhangende administratieve procedures en registraties ontwikkeld. Ik ben hen daarvoor zeer erkentelijk.



De winst op het gebied van efficiency en effectiviteit is aantoonbaar in deze experimenten. Aan de andere kant hebben de betrokken ZBO's ook aantoonbare meerkosten gemaakt. Het is niet mogelijk om op een betrouwbare wijze de winsten aan de ene kant en de meerkosten aan de andere kant te extrapoleren naar een landelijk niveau. Het betreft immers losstaande metingen bij instellingen die niet representatief zijn voor het landelijk gemiddelde. Het betrof koplopers en vernieuwers waarvan een deel al een zeer lage overhead had.

Bovenstaande neemt niet weg dat de experimenten zeer kansrijk waren en nog steeds zijn. Ik vind het daarom van groot belang dat experimenteren en innoveren in de langdurige zorg mogelijk blijft en wordt gestimuleerd. Alleen zo kunnen we er zorg voor dragen dat de zorg blijft aansluiten bij de behoefte van cliënten, de uitvoering doelmatig is en dat de zorg betaalbaar blijft. ERAI heeft hierin een belangrijke bijdrage geleverd. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ERAI een verdergaande impuls kan krijgen. Momenteel ben ik in gesprek met de zorgaanbieders die willen continueren in het kader van ERAI. De instellingen die willen doorgaan krijgen van mij een ondersteuningsbrief voor de periode van een jaar, dus tot 1 januari 2015. Drie maanden na afronding van een experiment wordt van de zorgaanbieder een eindevaluatie verwacht.

Met oog op het stimuleren van innovatie richt ik momenteel een taskforce in die belemmeringen in de bekostiging op dit terrein in kaart brengt en advies uitbrengt over hoe innovaties verder te stimuleren. Tegelijkertijd werk ik aan een zorgvernieuwingsagenda voor de langdurige zorg. Ik zal deze de Kamer vóór de zomer van 2015 toe zenden. Hierin wordt een aantal onderdelen nader uitgewerkt. Het vertalen van tussentijdse uitkomsten van de experimenten in het kader van de proeftuinen en pilots «betere zorg met minder kosten» en van de uitkomsten van de ERAI is één van die onderdelen. Het starten of continueren van experimenten in het kader van deze vernieuwingsagenda is dat ook.

### **Resultaten vertalen en borgen**

De leden van de SP-fractie vragen waarom het nodig is te experimenteren en of dit niet impliceert dat het financieringsstelsel van de langdurige zorg niet goed is. Ik vind initiatieven die beogen om de kwaliteit in de langdurige zorg te verbeteren zeer belangrijk. Ook vind ik het belangrijk dat bij dergelijke initiatieven goed wordt nagegaan waar verbeterpunten liggen en wat goede manieren zijn om deze verbeterpunten op te pakken. Soms kan het middel van experiment daarvoor het beste worden ingezet. Ik deel niet de conclusie dat ERAI betekent dat het bekostigingssysteem niet passend is. Zoals uit de tussenevaluatie blijkt, is het wegnemen van administratieve belemmeringen slechts deels in handen van de overheid. Voor veel deelnemende zorgaanbieders was het experiment regelarme instellingen een aanleiding om de interne regels ter discussie te stellen en te verminderen. De experimenten hebben bovendien zichtbaar gemaakt dat er vaak meer ruimte is binnen de wettelijke kaders dan gedacht.

Naar aanleiding van de evaluatie willen de leden van de SP-fractie weten over welke periode de experimenten geëvalueerd zijn en of er recentere resultaten beschikbaar zijn dan in de tussenevaluatie gemeld. De tussenevaluatie heeft een kwalitatief en een kwantitatief deel. Het kwalitatieve deel betreft de eerste anderhalf jaar van de experimenten. De door de zorgaanbieders gerapporteerde cijfers (kwantitatieve deel) hebben vrijwel altijd betrekking op het verschil tussen het gemiddelde van de ERAI periode (de eerste negen maanden van 2013) en het gemiddelde van het daaraan voorafgaande jaar. Tevens is aan de zorgaanbieders gevraagd om na afloop van het experiment een eindevaluatie van hun experiment te geven, indien gewenst met de hulp van «In voor zorg!».

Hierin zullen nadere gegevens kunnen worden gepresenteerd. Op dit moment zijn er nog geen eindevaluaties en meer actuele resultaten en ervaringen beschikbaar dan die in de tussenevaluatie staan.

De leden van de PVV-fractie vragen naar een landelijke vertaling van de tussenresultaten van ERAI naar besparingen en extra cliënten die met deze besparingen geholpen kunnen worden. Deze vragen stellen ze in het algemeen, met betrekking tot de overhead, in relatie tot lumpsumfinanciering en ten aanzien van vereenvoudiging van het proces van zorginkoop.

In de inleiding heb ik aangegeven dat de effecten niet één op één landelijk kunnen worden vertaald. Enerzijds omdat binnen het experiment organisaties hebben aangegeven geen volumereductie te hebben gerealiseerd of juist zelfs een volume toename hebben gerealiseerd. Anderzijds omdat deze organisaties niet representatief zijn voor de totale populatie zorgaanbieders in de langdurige zorg en sprake is van specifieke aanpassingen binnen de verschillende organisaties, die niet van toepassing hoeven te zijn op andere organisaties in het zorgveld.

Specifiek in relatie tot overhead kan ik melden dat er geen landelijk gemiddeld overheadcijfer bekend is voor de langdurige zorg. De experimenten bevinden zich nu in de fase van experimenteren en evalueren. Pas in komende jaren zal blijken of en hoe dat wordt vertaald in het bedrijfsproces. Hoe de primaire processen vorm krijgen of worden aangepast, is aan de zorginstelling zelf. Het is de beslissing van de zorginstelling om te kijken hoe zij hun bedrijfsprocessen inrichten en om hun bedrijf of instelling door te lichten. Het is goed dat bedrijven en instellingen hun bedrijfsprocessen kritisch beoordelen. Vragen over hoeveel een bepaalde centrale overheadsnorm zou opleveren, ervan uitgaande dat een dergelijke norm eenduidig is en goed meetbaar, zijn niet te beantwoorden. Het opleggen van een centrale norm betekent ook extra administratie en inrichting daarvan, mogelijk tijdschrijven voor de medewerkers, controle en toezicht.

Ten aanzien van de vragen van de leden van de fractie van de PVV over een landelijke vertaling van de resultaten die zorgaanbieder JP van den Bent heeft behaald bij het vereenvoudigen van het zorginkoopproces, kan ik opmerken dat de vereenvoudigde manier van inkoop de coördinator financiële zaken van de JP van den Bent Stichting, 143 uur heeft bespaard vergeleken met andere jaren. Dit resultaat is niet direct te extrapoleren omdat het hier één meting betreft, waarbij niet duidelijk is of de instelling representatief is. De leden van de PVV vragen ook naar mijn perspectief op de uitkomsten van onderzoek naar de ABWZ-brede zorgregistratie en vragen hoeveel extra cliënten geholpen kunnen worden bij het standaardiseren van het zorginkoopproces. Als bijlage bij de brief van 23 december 2011 (Kamerstuk 31 765, nr. 53) heeft de Kamer het onderzoeksrapport van bureau Plexus ontvangen. De conclusie van de onderzoekers was dat een sterke vereenvoudiging noodzakelijk was. Gesteld kan worden dat de noodzaak om tot vereenvoudiging te komen door velen werd gedeeld. Inmiddels is het beeld echter enigszins gedateerd omdat er aanzienlijke progressie is geboekt rond het vereenvoudigen van het berichtenverkeer. Over het algemeen verlopen de besluitvormingsprocessen rond de standaarden naar tevredenheid van de ketenpartners. De gegevensuitwisseling tussen de ketenpartners in de AWBZ geschiedt op dit moment op basis van de standaarden. Deze treft u aan op [www.istandaarden.nl](http://www.istandaarden.nl). Uiteraard zijn partijen zelf ook aan zet om binnen de organisatie de gegevensuitwisseling te optimaliseren. Het is niet te kwantificeren welke besparingen mogelijk zijn indien het berichtenverkeer verder zou worden gemoderniseerd. Voor de volledigheid verwijs ik deze leden tevens naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 27 juni 2014 (Kamerstuk 33 891, nr. 13), waarin ik verslag doe van de resultaten die geboekt zijn met het

reducen van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg voor 2015 en de verdere stappen die nog gezet zullen worden.

De leden van de PVV-fractie wijzen tenslotte op verbeteringen die met ICT bereikt kunnen worden en vragen naar de opbrengsten van de aanpak van Fundum indien dat landelijk wordt uitgerold. In het evaluatierapport is in een aantal gevallen een verbetering doorgevoerd op ICT vlak. Gewezen kan worden op bijvoorbeeld het digitaliseren en workflow toepassen van formulieren (Opella), het vereenvoudigen van het zorgplan door het destilleren van informatie uit het ECD (Prisma) of het invoeren van een ECD en een wireless infrastructuur (Vilente, Philadelphia). Er zijn geen cijfers bekend over wat het zou opleveren als de aanpak van Fundum landelijk uitgerold zou worden, daarbij wijs ik er op dat keurmerken vanuit de rijksoverheid niet verplicht worden gesteld.

De leden van de PvdA vragen hoe ik ga zorgdragen voor het borgen van de resultaten van de experimenten die straks ten einde lopen. Een belangrijke uitkomst van de tussenevaluatie van ERAI is dat heel veel mogelijk is zonder dat daarvoor wettelijke regels in de weg staan. Het ging ERAI zorgaanbieders niet zozeer om minder regels, maar om regels die beter aansloten op de praktijk van de zorgprofessional. De ERAI aanbieders hebben kritisch gekeken naar hun eigen processen, en medewerkers en cliënten meer in samenspraak de dagelijkse zorgverlening vorm laten geven. Het is aan het veld om in deze gevallen in onderling overleg de tussenresultaten verder te borgen en landelijk te verspreiden. Veel oplossingen zijn ook al door veldpartijen zelf geïmplementeerd.

Op rijksniveau zijn wijzigingen doorgevoerd die hebben geleid tot het terugdringen van administratieve lasten waaronder het aanpassen van het jaardocument maatschappelijke verantwoording en het moderniseren en vereenvoudigen van het berichtenverkeer van de AWBZ-brede zorgregistratie.

Verder zijn met de experimenterende zorgaanbieders en de stakeholders gesprekken gevoerd om per experiment te kijken hoe de geïmplementeerde werkwijzen en bereikte resultaten kunnen worden gecontinueerd vanaf 2015 onder de Zvw en Wmo 2015. Op de relatie met het wetsvoorstel voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz) kom ik later in deze brief terug. Daarnaast wordt het vertalen van de uitkomsten van de experimenten regelarme instellingen onderdeel van de zorgvernieuwingagenda voor de langdurige zorg zoals ik hierboven heb beschreven.

De leden van de SP-fractie vragen onder welke voorwaarden de resultaten van de experimenten voldoende (sterk) zijn om op te nemen in de uiteindelijke systematiek. Het antwoord op deze vraag is te vinden in het Kabinetsplan aanpak administratieve lasten (Kamerstuk 31 765, nr. 50) en de brief aan Uw Kamer van 23 december 2011 over het Experiment regelarme instellingen (Kamerstuk 31 765, nr. 53). In deze documenten staat dat als in het experiment blijkt dat de kwaliteit of doelmatigheid van de regel (inderdaad) niet te lijden hebben onder de afwezigheid van de regel, deze voor de gehele langdurige zorg kan komen te vervallen.

### **ERAI continueren**

Vanuit de leden van de PvdA wordt de vraag gesteld hoe ik ervoor ga zorgen dat de experimenten voortgezet kunnen worden. Door de NZa een aanwijzing te geven voor het maken van een beleidsregel over het continueren van het experiment regelarme instellingen, ondersteun ik de zorgaanbieders die hun experiment op het terrein van bekostiging willen voortzetten. Een randvoorwaarde hiervoor is wel dat deze zorgaanbieders tijdig hierover afspraken maken met de zorgverzekeraars, dan wel zorgkantoren. De aanwijzing aan de NZa maakt experimenten op het terrein van bekostiging mogelijk, niet voor andere deelterreinen waarop

geëxperimenteerd wordt. De leden van de CDA-fractie vragen daarbij hoe lang de beleidsregel van de NZa inzake de verlening van het experiment regelarme instellingen voor de bekostiging van de Wlz blijft gelden. Deze blijft gelden totdat de nieuwe bekostiging onder de Wlz van kracht is.

Kan ERAI uitgebreid worden voor nieuwe zorgaanbieders zo vragen de leden van de SP en PVV-fractie zich af? Dit is niet het geval. ERAI wordt nu niet uitgebreid, alleen verlengd. Ik heb voor de reeds deelnemende zorgaanbieders voor deze verlening gekozen omdat gebleken is dat voor een aantal experimenten meer tijd nodig is om tot renderende resultaten te komen. De zorgaanbieders zijn na een zorgvuldige procedure beoordeeld op hun plannen en geselecteerd. Het veld heeft in 2011 120 voorstellen voor experimenten ingediend. Deze voorstellen zijn door VWS samen met de NZa, CVZ, CIZ en IGZ beoordeeld. Na deze voorselectie heeft er nog een vervolgesprek plaatsgevonden met als eindresultaat dat 28 zorgaanbieders in staat bleken te zijn om met ERAI te starten. Die experimenten die aangeven te willen vervolgen kunnen dat gedurende 2015 doen. Daarbij worden, ingaand op de vraag van de leden van het CDA, de uitgangspunten van het experiment niet aangepast. Naast ERAI loopt echter nog een aantal andere experimenten, zoals de proeftuinen. En ik ga experimenten starten op het terrein van de persoonsvolgende bekostiging. Deze staan wel open voor andere aanbieders. Vernieuwing van de zorg is een doorlopend proces en wordt op verschillende manieren uitgewerkt.

De leden van de PVV en SP-fractie vragen zich af of de aan ERAI deelnemende zorgaanbieders zich na afloop van hun experiment weer moeten voegen naar de vigerende regels? Een voorwaarde voor deelname aan ERAI was dat de deelnemende zorgaanbieders na de experimenteelperiode in staat en bereid zijn om zich aan te sluiten bij het dan gangbare model van sturing en bekostiging van de zorg. De deelnemende instellingen hebben hier mee ingestemd. Uiteraard zal hierbij altijd gezien worden hoe de bereikte resultaten hier zo goed mogelijk op één lijn kunnen worden gebracht.

Tot slot ben ik verheugd naar aanleiding van de vraag uit de fractie van de PVV of er ERAI deelnemers zijn die het vertrouwen dat gepaard gaat met het kunnen experimenteren hebben beschaamd, te kunnen melden dat er geen voorbeelden zijn van zorgaanbieders die het vertrouwen hebben beschaamd.

### **Relatie met de Hervorming van het Langdurig Zorgstelsel**

De leden van de PVV-fractie vragen zich af waarom er nieuwe wetgeving voor de langdurige zorg gemaakt is. De Wlz markeert een fundamentele trendbreuk met het verleden. De regering wil een omslag in het denken over de langdurige zorg en het handelen in de praktijk bewerkstelligen. Om de ambities van de regering met de Wlz op het gebied van kwaliteit en betrokkenheid te bereiken, worden ten opzichte van de huidige AWBZ verschillende verbeteringen doorgevoerd die nieuwe werkwijzen stimuleren en de langdurige zorg voor de cliënt beter te maken, zodat deze bijdragen aan behoud of verbetering van de kwaliteit van leven. Eén van de redenen om te starten met het experiment regelarme instellingen was dat professionals hun vak terug moeten krijgen. De analyse was destijds dat externe en interne regels daarvoor een belemmering vormden. Om de experimenten mogelijk te maken, zijn werkwijzen en regels aangepast. Het meest ingrijpend was evenwel de noodzakelijke cultuurverandering. In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie naar de wijze waarop ERAI als inspiratie voor de Hervorming van de Langdurige Zorg (HLZ) heeft gediend kan gesteld worden dat deze

analyse ook is toegepast bij het maken van de Wlz. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg is een trend waarneembaar van langere actieve participatie en een grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid, wat ondermeer tot uitdrukking komt in woonvormen die beter passen bij de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten. De Wlz biedt ook meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. Ook biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. Daarbij verwerp ik het beeld dat de leden van de PVV-fractie schetsen dat ik grofweg snij in de zorg. Ik heb de Kamer de afgelopen periode uitgebreid geïnformeerd over de uitgangspunten van de hervorming van de langdurige zorg. Ik zie de bevindingen van de tussenevaluatie van de experimenten dan ook als goed middel om de hervorming vorm te geven en de kwaliteit van welbevinden te verbeteren.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe ik meer eenvoud aangebracht heb in het herziene langdurige zorgstelsel. De HLZ houdt een aanzienlijke vereenvoudiging voor partijen in. Voorheen was het bijvoorbeeld zo dat cliënten hulp thuis konden krijgen via de Wmo (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp), de AWBZ (verpleging, verzorging, begeleiding) en de Zvw (bijvoorbeeld Medisch Specialistische Verpleging Thuis). Na realisering van de hervorming wordt dit tot Wmo (huishoudelijke hulp en begeleiding) en Zvw (verpleging, verzorging, medisch specialistische verpleging thuis) teruggebracht. Een ander voorbeeld is dat veel van de experimenten betrekking hadden op de extramurale functies die werden gebruikt voor indicatiestelling, bekostiging, informatievoorziening, verantwoording. Zowel in de Zvw als in de Wmo staat maatwerk centraal en verlaten we de dwingende administratieve werkelijkheid van functies en klassen.

Zowel de leden van de SP als van de PVV vragen naar de wijze waarop de ervaringen uit ERAI zijn meegenomen in de vormgeving van de HLZ en Wlz. De regering heeft de uitkomsten van de tussenevaluatie ERAI zo veel als zinvol meegenomen bij de vormgeving van de HLZ. Voorbeelden hiervan zijn dat binnen de zorg en ondersteuning onder de Wmo 2015 en de Zvw de functie indicatiestelling als extra stap niet meer bestaat. Er is ook gebleken dat een aantal experimenten nog verder uitgewerkt moet worden om een goede bijdrage te kunnen leveren aan de vormgeving en implementatie van het langdurig zorgstelsel. Gelet hierop wordt waar dat nodig is de ruimte geboden het experiment in het kader van ERAI een jaar te verlengen. In de nog op te stellen zorgvernieuwing- en innovatie-agenda zal bezien worden welke eindresultaten van ERAI de basis kunnen vormen voor nieuw beleid, dat nog beter aansluit bij de belevingswereld van de cliënt.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom ERAI als inspiratiebron voor de Wlz niet opgenomen is in het wetsvoorstel. De uitgangspunten van ERAI zijn wel degelijk de inspiratiebron voor de HLZ. Wat de ERAI experimenten mij hebben laten zien is hoe de deelnemende instellingen hun interne organisatie op de schop hebben genomen en medewerkers en cliënten veel meer in samenspraak, met respect voor ieders kennis en kunde, wensen en verlangens, de dagelijkse zorgverlening laten vormgeven. Medewerkers hebben geleerd de vraag achter de vraag te herkennen, hebben ruimte gekregen en genomen om buiten de gebaande paden oplossingen verzinnen. Cliënten ervaren regie over eigen leven, ook als dat in een zorginstelling is. Mantelzorgers vormen een natuurlijker onderdeel van het dagelijks reilen en zeilen van de organisatie. Dat heeft

mij geïnspireerd bij de vormgeving van het nieuwe stelsel van de langdurige zorg. De Wlz, de Wmo 2015, de Zvw, alle drie ademen zij deze beweging, de herverdeling van verantwoordelijkheden, de positie van de cliënt in het systeem van de langdurige zorg. In de Wlz is een en ander met name in de regelgeving rond het zorgplan terecht gekomen, in de regels ten aanzien van de bekostiging van de zorg ga ik nog zorgen voor afstemming en in de kwaliteitsverantwoording zie ik mogelijkheden om partijen die daarover gaan tot elkaar te brengen rondom de resultaten van experimenten op dat vlak. De Wlz biedt meer ruimte voor innovatie en experimenten doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen. De uitkomsten van de experimenten regelarme instellingen worden gezien en meegenomen bij de zorgvernieuwingagenda voor de langdurige zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen tenslotte waarom toezending pas na de zomer heeft plaatsgevonden en waarom de resultaten van de tussenevaluatie niet zijn meegenomen tijdens de wetsbehandeling van de Wlz. De met de instellingen afgestemde finale versie van de tussenevaluatie is in mei 2014 afgerond. Hiermee was het rapport gereed, maar voor de beleidsbrief aan uw Kamer was nadere afstemming nodig met alle stakeholders. Dit heeft ertoe geleid dat de brief niet alleen ingaat op de resultaten van de evaluatie, maar meteen ook kan dienen als voorhang voor de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de NZa van plan ben te geven over de verlenging van het experiment regelarme instellingen binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, dan wel de Wlz. Met het antwoord op deze vraag voldoe ik ook aan de vraag van Kamerlid Agema over het tijdstip van toezending in de procedurevergadering van 1 oktober 2014.

### **Indicatiestelling binnen ERAI**

De leden van de PVV-fractie vragen waarom in de Wlz is neergelegd dat het CIZ de indicatiestelling verricht, terwijl uit de tussenevaluatie blijkt dat er goede resultaten te boeken zijn met gemandateerde indicatiestelling en op welke manier de ervaringen en leereffecten met betrekking tot de indicatiestelling als inspiratiebron hebben gediend bij het wetsvoorstel Langdurige Zorg.

Het is belangrijk dat het recht op toegang tot de Wlz, waarvoor de toegangscriteria anders zullen zijn dan voor de huidige AWBZ, op een goede manier wordt getoetst en vastgesteld. Juist het feit dat de hervorming van de langdurige zorg met ingang van 1 januari 2015 in de praktijk gebracht gaat worden, maakt dat in de eerste tijd, en op voorhand is niet te zeggen hoe lang dat zal zijn, elk domein zijn eigen manier van werken om een zorgvraag te adresseren gaat uitvoeren: de verzekeraars voor de Zvw, de gemeenten voor de Wmo 2015 (en de Jeugdwet) en het CIZ voor de Wlz. Aanbieders van zorg leveren die aan cliënten in alle of bepaalde domeinen: zorgorganisaties kunnen zowel wijkverpleegkundigen in dienst hebben (contract met zorgverzekeraar), als verzorging en begeleiding bieden (contract met gemeente) en daarnaast complexe multidisciplinaire zorg met verblijf verzorgen (contract met een zorgkantoor). Alle partijen in alle domeinen moeten een nieuw evenwicht gaan vinden in de beoordeling van iemands zorg- en ondersteuningsbehoefte. Als meteen gekozen zou worden voor mandaat, terwijl het CIZ ook met de nieuwe wet moet leren werken en om die reden dat mandaat niet optimaal kan ondersteunen, kan het zo zijn dat zorgaanbieders in een ongewenste situatie terecht komen van tegengestelde belangen. Pas als na verloop van tijd duidelijk wordt dat er zich een nieuw evenwicht aftekent acht ik de tijd rijp na te denken over een hernieuwde introductie van het mandaat. Hoe dat er uit moet gaan zien en onder welke condities

dat kan worden verleend zal later worden verkend. Dat de verworvenheden van de ERAI daaraan zullen bijdragen staat voor mij vast. De leden van de PVV-fractie vragen naar de uitzonderingssituaties waaraan ActiZ refereert in een brief. In een experiment wordt gewerkt in afwijking van de gebruikelijke werkwijze. In die zin is er sprake van een «uitzonderings situatie». ActiZ doelt daar ook zelf op in haar brief d.d. 14 maart 2014 waar zij opmerkt dat «een ERAI indicatie bijvoorbeeld niet overdraagbaar is aan een andere locatie of andere organisatie». Indien besloten wordt om een werkwijze die zich binnen het experiment heeft bewezen, als standaard werkwijze te hanteren, heft zich daarmee de uitzonderingssituatie op. Bijvoorbeeld planning is realisatie, waarmee landelijk een oplossing is aangereikt voor de minutenregistratie. Het is mij niet bekend op welke uitzonderingssituaties gedoeld wordt. De leden van de PVV-fractie vragen in relatie tot bovenstaande waarom een ERAI-indicatie niet overdraagbaar is naar een andere locatie of andere organisatie. De ERAI indicatie is niet overdraagbaar omdat bijvoorbeeld de wijze van vaststelling van de zorgbehoefte dusdanig afwijkt van het reguliere proces dat instellingen die op de normale manier hun zorg organiseren daarmee niet uit de voeten kunnen. Te denken valt aan een indicatie voor één product dat voor een experiment in het kader van ERAI is ontworpen. Andere zorgaanbieders kennen dat product niet en kunnen om die reden de indicatie die dat product duidt niet leveren. Of dat indicaties hoog worden vastgesteld, omdat dat ruimte biedt aan professionaal en cliënt én in dat geval de feitelijke zorgverlening in combinatie met een lumpsum vergoeding juist zorgt voor kostenbeheersing. Een dergelijk besluit zou door een andere aanbieder overgenomen moeten worden en de cliënt zou erop kunnen staan dat het hele besluit ten uitvoer wordt gelegd, terwijl de reële zorgbehoefte een andere is.

### **ERAI in de Zorgverzekeringswet**

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er een onderscheid wordt gemaakt tussen experimenten die onder de Wlz vallen en experimenten die onder de Zvw vallen. In het kader van de HLZ verandert de bekostigingssystematiek van de langdurige zorg vanaf 2015. Experimenten op het terrein van bekostiging die eerst alleen onder de AWBZ vielen kunnen vanaf 2015 door de herverdeling van verantwoordelijkheden te maken krijgen met verschillende wetten; de Wlz en de Zvw. Daarom is dit onderscheid gemaakt. In de praktijk betekent dit dat de zorginstellingen die hun experiment willen verlengen tot en met 2015, op onderdelen met veranderde regels te maken kunnen krijgen. Maar dit neemt niet weg dat ik verlenging van deze experimenten zowel onder de Wlz als de Zvw onderschrijf.

Vanuit de leden van de PVV-fractie is gevaagd naar de rol van de zorgverzekeraar bij het maken van afspraken over de bekostiging in het kader van de Zvw. In de Zvw is het gebruikelijk dat een zorgverzekeraar afspraken maakt met de zorgaanbieder. Er is sprake van een onderhandeling tussen beide partijen. Zij moeten uiteindelijk overeenstemming bereiken over deze afspraken, die tot uiting komen in het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Indien een zorgverzekeraar nee zegt tegen de manier van bekostiging uit het experiment is het aan de zorgaanbieder om hier met de zorgverzekeraar over in gesprek te gaan. Overigens is een zorgaanbieder zelf ook vrij om niet akkoord te gaan met een contract dat wordt aangeboden.

Ik zal een toelichting geven op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de invloed van VWS op de afspraken die tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraars gemaakt worden over het leveren van zorg. Met deze voorgenomen aanwijzing kan de NZa beleidsregels opstellen, welke het

mogelijk maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars afwijkende afspraken kunnen maken in het kader van ERAI ten opzichte van de reguliere werkwijze. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraar moeten in onderling overleg tot het gewenste resultaat komen en passende afspraken maken over de levering van zorg en de verantwoording hierover. Ik heb geen middelen om de zorgverzekeraars te dwingen, wel heb ik in het kader van ERAI bij zorgverzekeraars het belang van tot een overeenstemming te komen benadrukt.

### **Toekomstige bekostigingssystematiek**

De leden van de SP-fractie hebben vragen gesteld over het proces met betrekking tot het vormgeven van de bekostigingssystematiek. De regering streeft er naar om verbeteringen in de bekostigingssystematiek vanaf 2017 door te voeren. Daar waar dit mogelijk is, streeft de regering er naar, in overleg met betrokken partijen reeds vanaf 2016 hier een aanvang mee te maken. De wijze waarin de resultaten van de experimenten worden betrokken in het verbeteren van de bekostigingssystematiek is onderdeel van de nadere uitwerking. Ik ben het met de leden van de PvdA eens dat de opgedane ervaringen benut moeten worden en dat de ERAI-experimenten voor de ontwikkeling van nieuwe bekostigingssystemen van belang zijn. Ik kan echter, in antwoord op de vraag van leden van de PVV-fractie of bij de nieuwe bekostiging van de Zvw en Wlz rekening wordt gehouden met de resultaten van ERAI, nog niet vooruitlopen op de manier waarop dat gaat gebeuren, dat is onderdeel van nadere uitwerking. De leden van de SP-fractie zijn daarbij van mening dat er gewacht moet worden met de vaststelling van de uiteindelijke bekostigingssystematiek totdat alle resultaten van de experimenten beschikbaar zijn. De regelgeving, zoals de Wlz, Zvw of de Wmo 2015 bleek veelal niet belemmerend voor de werkwijzen die door de deelnemers aan het experiment regelarme instellingen zijn ontwikkeld. Het is daarom niet nodig om te wachten met het verbeteren in de bekostigingssystematiek totdat alle resultaten van de experimenten beschikbaar zijn.

De leden van de PVV-fractie willen weten of de nieuwe bekostiging Zvw en Wlz alleen van toepassing is op de deelnemers van het experiment. De regering streeft er naar om verbeteringen aan te brengen in de bekostigingssystematiek van de Zvw en de Wlz. Deze voorgenomen verbeteringen in de bekostigingssystematiek zijn niet alleen van toepassing op deelnemers van het experiment.

De leden van de VVD-fractie vragen mij of ik het met hen eens ben dat onder de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging voortzetting van de experimenten mogelijk gemaakt moet worden. Middels de aanwijzing aan de NZa betreffende bekostiging onder de Zvw heb ik dat gedaan.

De leden van de PVV-fractie vragen zich af of er bij de bekostiging van de wijkverpleegkundige rekening wordt gehouden met de resultaten van het experiment? 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 in de Zvw. In 2015 wordt er overgegaan naar in totaal 10 prestaties. Deze wijze van bekostigen en vereenvoudigen van prestaties is in nauw overleg met veldpartijen tot stand gekomen. Daarbij is het doel van de nieuwe bekostiging (vanaf 2016) om niet meer te bekostigen per handeling, maar om een beperkt aantal zorgcategorieën te introduceren met een gemiddeld tarief. 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. Tenslotte vragen de leden van de CDA-fractie naar de bekostiging van de experimenten op het terrein van verpleging en verzorging. In 2015 is er voor gekozen om de wijkverpleging te bekostigen op de huidige AWBZ prestaties, die waar mogelijk vereenvoudigd zijn. Dat betekent dat de huidige AWBZ experimenten ook makkelijker kunnen worden voortgezet in 2015, juist omdat er nog sprake is van AWBZ bekostiging. In 2016 wordt er overgegaan op een gehele nieuwe bekostiging. Het doel van de nieuwe bekostiging is om niet meer te bekostigen per handeling, maar om een beperkt aantal zorgcategorieën 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.

### **Administratieve lasten en bureaucratie**

De leden van de SP-fractie vragen naar mijn mening over bureaucratie en regels. Regels en regelende instanties zijn soms nodig om processen in goede banen te leiden en belastinggeld zo goed mogelijk te besteden. Ik deel dan ook de mening van de leden van de SP dat regels zinnig kunnen zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen een toelichting op de vaststelling dat er dubbele administraties gevoerd moeten worden ten behoeve van ERAI. Aan het experiment zijn enkele voorwaarden verbonden die met name betrekking hebben op het waarborgen van de positie van de cliënt. Hierdoor is het voor sommige aanbieders nodig om naast de registratie die zij in het kader van het experiment regelarme instellingen nodig hebben, ook reguliere registratie te moeten voeren. Dat is ook voor 2015 niet uit te sluiten. Het komt ook voor dat ZBO's een dubbele administratie moeten voeren om een uitzondering op de afgesproken processen en gegevensuitwisseling mogelijk te maken. Eén voor de ERAI-deelnemers en één voor de andere zorgaanbieders.

De vraag van de leden van de SP-fractie of ik weet waar alle regels, procedures en protocollen in de zorg vandaan komen, moet ik ontkennend beantwoorden. Naast de overheid zijn zorgaanbieders namelijk ook verantwoordelijk voor de administratieve lasten die gevoeld worden op de werkvloer. Uit het rapport «*Meer tijd voor de cliënt*», dat gepubliceerd is in 2010 en te downloaden is op [www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl), blijkt dat het grootste gedeelte van de administratieve lasten waarmee professionals te maken hebben, niet samenhangen met overheidsregels, maar de wijze waarop zorgaanbieders zelf het werk organiseren. Regels in de zorg worden dus door diverse publieke en private partijen opgesteld en gecontroleerd. Een totaal overzicht heb ik niet. Bij de brief aan uw Kamer van 23 december 2011, Kamerstuk 31 765, nr. 53, is als bijlage 2 een overzicht gevoegd van alle aan VWS gedane meldingen van hinderende regelgeving met daarbij een reactie van de betrokken ZBO's en VWS op elk van deze meldingen. Dit document biedt u daarom enig overzicht. De leden van de PVV-fractie vragen wat er met de 700 meldingen bureaucratie is gebeurd. Deze meldingen, zo blijkt uit de bovengenoemde brief, hadden betrekking op diverse onderwerpen: bekostiging, informatievoorziening, het jaardocument maatschappelijke verantwoording, het kwaliteitstoezicht, de minutenregistratie, toegang tot de zorg, zorginkoop en zorgstelsel. In de loop van 2012 heeft VWS met alle indieners van de meldingen persoonlijk contact gehad en met alle betrokken partijen afstemming georganiseerd over de te nemen maatregelen. Op diverse terreinen zijn de administratieve lasten teruggedrongen, zoals:

- Het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV) is in overleg met alle betrokken partijen opnieuw beoordeeld. De rapporta-

- geverplichtingen zijn fors verminderd en er is meer samenhang in de uitvraag gekomen.
- Door de introductie van het declaratiebericht geven zorgaanbieders hun productie aan en is er geen sprake meer van een «dubbele» productiemonitor.
  - De meeste meldingen gingen over de minutenregistratie. Samen met het veld is een alternatief ontwikkeld, waarin het zorgplan de basis is. De zorgaanbieder is niet verplicht om een minutenregistratie te voeren. Dit traject is uitgewerkt onder de noemer «planning is realisatie».
  - Het berichtenverkeer van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) is gemoderniseerd en vereenvoudigd. Daarvoor is een nieuwe release uitgerold.
  - Met de IGZ zijn afspraken gemaakt om bij het kwaliteitstoezicht meer rekening te houden met de specifieke situatie en de verantwoording lichter te maken. Dat geeft meer ruimte aan zorgaanbieders.
  - Op het terrein van de zorginkoop en de criteria ten aanzien van de contractering zijn met de zorgkantoren afspraken gemaakt om de rapportagedruk voor zorgaanbieders te verminderen. Ook is de uitvraag van de zorgkantoren meer uniform gemaakt.
  - De start van ERAI.

Op de website van «In voor zorg!» is bij het thema «Meldingen bureaucratie» nader beschreven welke acties zijn ondernomen en wat de resultaten daarvan zijn.

### **Kwaliteit en keurmerken**

De leden van de PVV-fractie vragen welke kwaliteitsregels in het kader van ERAI buiten werking zijn gesteld en of de resultaten hiervan meegenomen zijn in de Wlz. In het kader van het experiment hoefden geen overheidsregels buiten werking gesteld te worden. Een aanpassing van wetgeving is dus niet nodig. Enkele zorgaanbieders hebben een andere kwaliteitsverantwoording ontwikkeld, die in de plaats komt van de ZI-indicatoren en de CQ-index. In het kader hiervan zijn met de zorgkantoren afspraken gemaakt dat de nieuwe vorm van kwaliteitsverantwoording geen straf op het tarief kon veroorzaken bij de inkoop.

De leden van de SP-fractie stellen een aantal vragen over keurmerken in de zorg. Op de website <http://www.keurmerk.nl/NL/Zorg-en-Welzijn/Keurmerken-in-de-zorgsector> staat een overzicht van de gangbare keurmerken die gebruikt worden in de zorg. Per keurmerk kan doorgeklikt worden naar nadere informatie onder meer over de met het keurmerk gemoeide kosten. Het kan in de praktijk voorkomen dat één zorgorganisatie te maken heeft met meerdere «keurmerk-eisen/eisers». Daar is momenteel geen overzicht van. Ik heb het Zorginstituut gevraagd om in het kader van haar werkzaamheden op het gebied van kwaliteit van zorg te werken aan het verminderen van de regeldruk die gemoeid is met keurmerken. Keurmerken zijn niet verplicht, het is wel verplicht om een kwaliteitssysteem te hebben. Ik verwacht dat zodra er een goede set kwaliteitsindicatoren is, de behoefte aan keurmerken zal afnemen.