

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

571

Vragen van het lid **Mohandis** (PvdA) aan de Minister voor Langdurige zorg en Sport over *het feit dat aanbieders van wijkverpleging miljoenen euro's verlies lijden en de toegankelijkheid van de zorg in gevaar is* (ingezonden 7 september 2022).

Antwoord van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 2 november 2022). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 83.

Vraag 1

Bent u op de hoogte van het feit dat aanbieders van wijkverpleging miljoenen euro's verlies lijden en de toegankelijkheid van de zorg in gevaar is?¹

Antwoord 1

Ja, ik heb kennis genomen van het artikel in de Volkskrant.

Vraag 2

Denkt u dat de manier van financieren van wijkverpleging de oorzaak is van de financiële problemen bij zorgorganisaties? Zo nee, waarom niet, zo ja, wat kan daarin veranderd worden?

Antwoord 2

Alle gecontracteerde zorgaanbieders in de wijkverpleging doen mee met het huidige bekostigingsexperiment, waarin vrije tarieven gelden. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om in de contractering passende afspraken te maken over kwaliteit, volume en tarief. De manier van financieren is daarmee op zich geen oorzaak voor financiële problemen bij aanbieders. Wel erkennen ook zorgverzekeraars dat de laatste jaren scherp op de prijs is ingekocht. Daarom zijn in het IZA ook aanvullende afspraken gemaakt.

Vraag 3

Vindt u dat het systeem van «uurtje factuurtje» past bij de zorgverlening in de wijkverpleging? Zo ja, waarom?

¹ de Volkskrant, 6 september 2022, «Aanbieders van wijkverpleging lijden miljoenen euro's verlies».

Antwoord 3

Nee, dit systeem past niet optimaal bij de huidige doelen van de wijkverpleging waarbij meer aandacht uitgaat naar het stimuleren van samenwerking, coördinatie en preventie, inzetten op zelfredzaamheid, beperken van risicoselectie alsmede het toegankelijk houden van de zorg voor iedereen. Er loopt daarom een vijfjarig experiment met cliëntprofielen in de wijkverpleging om een bekostigingsmodel te ontwikkelen dat bovenstaande doelen stimuleert. Cliëntprofielen maken differentiatie mogelijk in het bekostigen van zorg voor cliënten. Dit moet er bijvoorbeeld voor zorgen dat er geen «cherry picking» plaatsvindt en de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. Daarnaast wordt bekeken hoe samenwerking, preventie en technische wijkverpleging via systeemfuncties een plek in de bekostiging kunnen krijgen.

Vraag 4

Op welke wijze kan op dit moment worden geïnvesteerd in opleiding, innovatie en samenwerking met andere zorgpartijen? Op welke manier worden deze bekostigd? Is er in de tarieven die betaald worden per uur zorgverlening voldoende ruimte voor opleiding, innovatie en samenwerking met andere zorgpartijen?

Antwoord 4

Alle gecontracteerde zorgaanbieders in de wijkverpleging doen mee met het huidige bekostigingsexperiment, waarin vrije tarieven gelden. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om in de contractering passende afspraken te maken over kwaliteit, volume en tarief. Daarin kunnen afspraken gemaakt worden over opleiding, innovatie en samenwerking met andere zorgpartijen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben zorgverzekeraars, Actiz en V&VN afspraken gemaakt over investeringen in de wijkverpleging om de sector toekomstbestendig te maken. Er wordt een werkagenda opgesteld, die onder meer gaat over werkplezier, opleiden en de ontwikkeling van een model om de individuele contractering te ondersteunen met objectivering van de kosten in de wijkverpleging. Daarnaast wordt er via het nog nader uit te werken opleidingsakkoord VVT in de komende jaren drie maal € 50 miljoen geïnvesteerd in de ontwikkeling van een opleidingsstructuur, die in belangrijke mate ten goede komt aan de wijkverpleging.

Vraag 5

In hoeverre zijn zorgverzekeraars volgens u op de hoogte van de ontoereikende tarieven in de wijkverpleging? Wat doen zij er aan?

Antwoord 5

Over het signaal van zorgaanbieders over ontoereikende tarieven is in het kader van het IZA intensief gesproken. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor al hun verzekerden. Passende zorg moet het uitgangspunt zijn bij contractering. Enerzijds gaat dat over betaalbaarheid: de zorg mag niet te duur worden en de solidariteit onder druk zetten. Anderzijds zijn kwaliteit, werkplezier en innovatie van groot belang, zeker met de steeds krappere arbeidsmarkt. De zorgverzekeraars hebben toegezegd dat zij per 2023 conform het Integraal Zorgakkoord gaan inkopen en contracteren. Zij verwachten daardoor in 2023 ten minste € 250 miljoen (bijna 8%) aan extra omzet in de wijkverpleging te realiseren ten opzichte van de realisatie in 2022. Daarnaast is het nuttig dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan de slag gaan met de ontwikkeling van een systematiek en/of model om tot objectivering en onderbouwing van de kosten in de wijkverpleging te komen ter ondersteuning van de individuele contractering. Dit is onderdeel van de werkagenda wijkverpleging waarover in het IZA afspraken zijn gemaakt.

Vraag 6

Hoe kan het dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kennelijk van mening is dat zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden, terwijl zorgorganisaties aangeven dat niet iedereen die dat nodig heeft nu thuiszorg kan krijgen?

Antwoord 6

Bij het beoordelen van het voldoen aan de zorgplicht beoordeelt de NZa of een zorgverzekeraar voldoende zorg heeft ingekocht voor zijn verzekerden. Het gaat hierbij om het totaal aan ingekochte zorg. Het kan daarbij voorko-

men dat er op enig moment bij één zorgaanbieder geen ruimte meer is om nieuwe cliënten in zorg te nemen, maar bij een andere zorgaanbieder nog wel. Dat is niet in alle gevallen een reden voor de zorgverzekeraar om bij te contracteren. In die situatie voldoet de zorgverzekeraar nog steeds aan de zorgplicht.

Het is bekend dat niet alle cliënten die aangemeld worden voor wijkverpleging direct zorg kunnen krijgen. Zorgaanbieders en transferverpleegkundigen geven aan dat zij regelmatig cliënten niet meer in de wijkverpleging kunnen plaatsen, met name de zorgaanbieders van buiten de grote steden geven aan moeilijker de gevraagde zorg te kunnen leveren. De NZa heeft hierover recent een beleidssignaal afgegeven². Het inzicht in de oorzaken hiervan is op dit moment niet volledig. Zowel de toename van de (complexe) zorgvraag als het ziekteverzuim in de wijkverpleging (na de piek van de Covid-pandemie) spelen in elk geval een rol. Ook het (nog) niet voldoende inzetten op doelmatigheid is een van de oorzaken. Voor een beter inzicht is nadere analyse nodig. Daarover ben ik met de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in gesprek.

Vraag 7

Bent u het eens met gezondheidseconoom Xander Koolman dat zolang de NZa geen aanwijzing of last onder dwangsom oplegt, zorgverzekeraars dit zullen interpreteren als instemming met hun huidige inkoop van zorg en de daarbij behorende wachtlijsten? Zo nee waarom niet, Zo ja, wat kunt en gaat u hier aan doen?

Antwoord 7

Nee, dat ben ik niet met Xander Koolman eens. Er spelen bovendien verschillende vraagstukken rond de beschikbaarheid van voldoende wijkverpleging. Het is niet juist om te suggereren dat wachtlijstproblematiek alleen voortkomt uit de wijze van contracteren. Dat is ook de reden dat er in het IZA afspraken zijn gemaakt over een brede werkagenda.

Vraag 8

Wat zou er volgens u in de wijkverpleging moeten gebeuren voordat de NZa overgaat tot het geven van een aanwijzing of het opleggen van een last onder dwangsom? Met andere woorden, waar ligt voor u de grens?

Antwoord 8

De NZa ziet toe op de uitvoering van de zorgplicht door verzekeraars. De NZa heeft de mogelijkheid om in te grijpen op het moment dat de verzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht. Het is aan de NZa, als onafhankelijke toezichthouder, om hierbij een passende interventie te kiezen.

Vraag 9

Hoeveel meldingen zijn er bij de NZa binnengekomen van zorgorganisaties die tegen de grenzen van toegankelijkheid aanlopen en continuïteit van zorg niet meer kunnen garanderen?

Antwoord 9

De NZa geeft aan hierover geen specifieke meldingen te hebben ontvangen anders dan het algemene hiervoor geschetste beeld bij het antwoord op vraag 6.

Vraag 10

Hoe denkt u voldoende zorg thuis te kunnen bieden, terwijl er tot 2040 geen verpleeghuisplekken bij komen en de zorgvraag groeit? Kunt u uw antwoord uitgebreid toelichten?

Antwoord 10

Met het WOZO-programma (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen) wil ik samen met betrokken partners bereiken dat ondersteuning en zorg zich aanpassen aan de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk

² 04 | Stand van de zorg 2022 | NZa-Magazines

worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Omdat het aantal mensen dat zorg nodig heeft sterk stijgt, is het nodig om nu een omslag te maken en gezamenlijk te werken aan deze maatschappelijke opgave. Met WOZO zet ik in op een ander perspectief op ouderenzorg met een nieuwe norm: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. In het WOZO-programma wordt samen met het veld gekeken naar wat nodig is. We hebben via verschillende actielijnen aandacht voor alles wat ertoe doet: voor een sterke sociale basis en «samen vitaal ouder worden», voor voldoende en juiste woningen voor ouderen, voor goede basiszorg voor ouderen in de eerste lijn, voor nieuwe woonvormen tussen thuis en het verpleeghuis, voor innovatie en technologie en voor verpleeg(huis)zorg van goede kwaliteit. De inzet in het WOZO en de inzet in het IZA versterken elkaar waar het gaat om aandacht en investeringen in de versterking van lichte vormen van zorg en ondersteuning, zodat zware zorg en ondersteuning voorkomen of uitgesteld kan worden. Overigens is voorzien dat de komende jaren nog 4800 verpleeghuisplekken bijkomen, vergelijkbaar met de groei in afgelopen jaren.

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van de leden Paulusma en Sahla (beiden D66), ingezonden 7 september 2022 (vraagnummer 2022Z16358).