

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de Voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model (Kamerstuk 32 235, nr. 222).

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Coco Martin

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model. Dank aan de Minister voor het informeren van deze leden over het voornemen om een aanwijzing te sturen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met betrekking tot het experiment over de bekostiging in de wijkverpleging op basis van cliëntprofielen. De leden van de VVD-fractie hebben geen aanvullende vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de bovenstaande aanwijzing. Andere bekostigingsmethodieken zijn in de zorg volgens deze leden hard nodig en de bekostiging op basis van cliëntprofielen moet ook beter aansluiten bij de zorginhoud. De leden van de D66-fractie zijn altijd voorstander geweest van het experimenteren met deze nieuwe methodiek. De brief van de Minister roept nog enkele vragen op bij de leden van de D66-fractie.

De Minister beschrijft de totstandkoming van de pilot rondom het huidige experiment met cliëntprofielen. Daarbij geeft de Minister aan dat de partijen tot het voortschrijdend inzicht zijn gekomen dat het Draagkracht Draaglast (DKDL) model van meerwaarde is. Kan de Minister toelichten waarom dit model pas gedurende het experiment in gebruik is genomen en niet bij aanvang van het experiment? Deze leden zouden graag een toelichting zien van de Minister welk model bij aanvang zou worden gebruikt en hoe de introductie van het DKDL-model voor vertraging heeft gezorgd? Kan de Minister ook de resultaten (op de administratieve druk en op de kwaliteit van zorg) van het huidige experiment met de Kamer delen, zo vragen deze leden?

Tegelijkertijd was het de oorspronkelijke planning dat er al in april 2023 gestart kon worden met het registreren volgens de nieuwe methodiek. Nu concludeert de Minister dat het «onzorgvuldig» is om reeds in 2024 te beginnen met het verplicht registreren volgens het nieuwe model. Waarom is er toentertijd voor gekozen om uit coulance die verplichting nog niet in te laten gaan? Had de Minister niet eerder de inschatting kunnen maken dat de coulance erin zou resulteren dat het definitief invoeren zou worden verlaat? Daarnaast zouden de leden van de D66-fractie meer inzicht krijgen in hoeverre aanbieders nu al volgens de nieuwe methodiek werken. Is het wel mogelijk om in 2024 (op vrijwillige

basis) al te beginnen volgens de nieuwe methodiek, wanneer een aanbieder zich voldoende voorbereid voelt, zo vragen deze leden?

Kan de Minister nogmaals kort reflecteren op het oorspronkelijk geplande tijdsplan en de nieuwe planning en welke oorzaken ten grondslag liggen aan het herhaaldelijke uitstel?

Tenslotte, uit de brief van de Minister begrijpen deze leden dat hoogcomplexere thuiszorg apart zal moeten worden geregistreerd. Dit lijkt haaks te staan op de doelstellingen van het experiment, namelijk dat er wederom een wildgroei aan registraties ontstaat. In hoeverre zijn alle alternatieve overwogen om hoogcomplexere thuiszorg tóch binnen het DKDL-model te registreren, zo vragen de leden van de D66-fractie?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met enige verbazing kennisgenomen van de voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden zouden graag op ieder van de gestelde vragen een antwoord willen ontvangen.

De leden van de PVV-fractie stellen vast dat de Nza eerder moeite had met het vaststellen van de cliëntprofielen, dat was immers eerder de reden voor het uitstellen van het experiment. De cliëntprofielen worden in het nieuwe experiment op basis volgens het DKDL-model opgesteld. Wordt het opstellen van cliëntprofielen door toevoeging van dit model gemakkelijker en minder complex voor de Nza? Zo ja, zou de Minister dit kunnen uitleggen?

De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom de Minister kiest om door te gaan met bekostiging via cliëntprofielen? Genoemde leden zijn benieuwd waarom de huidige bekostiging niet meer werkt en wie, maar vooral waarom deze nieuwe bekostiging gevraagd is? Zijn dit de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders of de patiënten?

Is de Minister ervan op de hoogte dat het werken met prestaties allang niet meer hoeft en de registratie per vijf minuten allang tot het verleden kan behoren? Het afschaffen van de vijf-minutenregistratie hoeft helemaal niet gepaard te gaan met invoering van cliëntprofielen, waarom heeft de Minister dit wel aan elkaar gekoppeld? Invoering van cliëntprofielen is wat de leden van de PVV-fractie betreft dan ook de oplossing van een niet bestaand probleem. Zou de Minister hier op kunnen reageren?

De leden van de PVV-fractie willen weten hoe de invoering en ervaringen met cliëntprofielen in andere landen zoals Duitsland en USA is verlopen?

De leden van de PVV-fractie maken zich grote zorgen over de consequenties van de invoering van cliëntprofielen, vooral voor patiënten. Heeft de Minister alle consequenties voor patiënten, zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen, mantelzorgers en zorgverzekeraars van deze systeemwijziging in beeld? Zou de Minister enkele voorbeelden van vooruitgang kunnen toelichten?

De leden van de PVV-fractie vrezen voor (nog) meer (financiële) discussies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deelt de Minister deze zorgen? Zo nee, waarom niet? Hoe gaat de Minister voorkomen dat er upcoding gaat plaatsvinden?

Deelt de Minister dat het ziek is dat zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om naar eigen inzicht (en dus niet op basis van kwaliteit of voortgang) minder uren zorg te leveren om zo een beter financieel resultaat te behalen? Waarom gaat u regelen dat zorgaanbieders rijk kunnen worden door minder uren zorg te geven?

Het klopt toch dat de deelnemers aan de proef ervoor een negatief financieel resultaat haalden en er na een positief resultaat? Snapt u dat het dan vanzelfsprekend is dat ze positief tegen uw voorstel staan? Hoeveel wijkverpleegkundigen hebben deelgenomen aan het experiment?

Hoe gaat de Minister voorkomen dat er meer cliëntprofielen bijkomen, wanneer blijkt dat niet iedere patiënt binnen één van de bestaande profielen past? Hoe gaat de Minister voorkomen dat wijkverpleegkundigen te maken krijgen met hogere administratieve lasten door invoering van cliëntprofielen? Uit de eerste evaluatie van het experiment bleken de administratieve lasten namelijk toegenomen.

Waarom kiest de Minister met de cliëntprofielen voor een bekostiging gedreven op financiële sturing en niet op inhoudelijke sturing waar geen ruimte is om kennis op te bouwen en te delen door middel van kwaliteitsinterventies?

Waarom kiest de Minister niet voor een systeem meer gericht op het verbeteren van situaties waarbij minder uren ingezet kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit? Is het bestaande classificatiesysteem Omaha hier geschikt voor? Hoeveel zorgaanbieders wijkverpleging maken reeds gebruik van Omaha?

De Minister geeft aan dat de input van wijkverpleegkundigen doorslaggevend geweest is bij de totstandkoming van het uiteindelijke model voor de cliëntprofielen. De leden van de PVV-fractie willen weten hoeveel wijkverpleegkundige er betrokken zijn bij het opstellen van de cliëntprofielen?

Genoemde leden vragen of Buurtzorg Nederland (BN) waar één derde van de wijkverpleegkundigen in Nederland werkzaam is, betrokken is bij de totstandkoming van cliëntprofielen of het DKDL-model? Zo nee, waarom niet?

Wat zou de reden kunnen zijn voor het feit dat BN tot vijf keer aan toe werkgever van het jaar was? Bent u ermee bekend dat BN nog altijd groeit en inmiddels bijna 1000 zelfsturende teams door heel het land heeft? In hoeveel landen wordt inmiddels in navolging van BN met zelfsturende teams gewerkt?

Waarom maakt u de wijkverpleging en wijkzorg kapot, in plaats van dat u de werkwijze van BN, waar cliënten tevredener, medewerkers gelukkiger en de zorg ook nog eens goedkoper wordt geleverd, overneemt?

De leden van de PVV-fractie verzoeken de Minister per direct te stoppen met de bekostigingssystematiek via cliëntprofielen en zich te richten op het ondersteunen van zorgprofessionals onder andere door het terugdringen van de werkdruk en van de administratieve lasten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie begrijpen de doorontwikkeling zo dat er informatie verkregen wordt over de leefomstandigheden en context van de cliënt. Op deze manier kan er beter een cliëntenprofiel worden gemaakt.

Maar leefomstandigheden en de context van de cliënt spelen toch een rol bij indicatiestellingen? Dit is toch bij een aanvraag van de Wmo ook het geval? Woont iemand alleen, is er een netwerk of mantelzorger aanwezig? Wordt de post opengemaakt?

Betekent dit DKDL-model dat er meer zoals in de onderzoeksfase bij de Wmo geïndiceerd gaat worden? En hoe verhoudt dit zich tot zogenaamde gebruikelijke zorg die men elkaar pleegt te geven? Kan de Minister aangeven hoe transparant dit nieuwe systeem is? Voor de zorgaanbieders maar ook voor de cliënt?

Betekent dit dat de wijziging uit de genoemde voorhang een verzwaring is van de huidige administratieve lasten of juist een verlichting? Kan de Minister hier een uitgebreide toelichting op geven.

Wat betekent dit voor de cliënt zelf, moet hij of zij langere vragenlijsten invullen? Wordt aan een cliënt op basis van een cliëntenprofiel volgens het DKDL-model inzichtelijk gemaakt waar hij op kan rekenen? Op welke soort zorg en op hoeveel uur?

De leden van de CDA-fractie vragen dit specifiek, omdat er volgens hen een verschil is tussen langdurig gebruik moeten maken van wijkverpleging (bij een lichamelijke handicap) en kortdurend (na een operatie). Voor de eerste groep is het een ander perspectief dan de tweede groep. Dan moeten zaken als inzetten op preventie en zelfredzaamheid ook anders gewogen worden. Deelt de Minister dit uitgangspunt met leden van de CDA-fractie?

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat onder zorgaanbieders het experiment veel draagvlak kent. Wat vinden patiënten en gehandicaptenorganisaties van dit DKDL-model? Vinden zij deze wijziging ook een verbetering? Als cliënten het niet eens zijn met de uitkomsten of met het cliëntenprofiel dat eruit komt? Wat gebeurt er dan, vragen deze leden aan de Minister?

Het experiment zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntenprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie, daarom is het immers een experiment. Maar zij vragen hoe dat vervolgens gemeten wordt? Hoe wordt er beoordeeld of het experiment geslaagd is? Welke indicatoren worden er gehanteerd?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntenprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model. Zij kunnen zich vinden in het doel van een nieuwe bekostiging op basis van cliëntenprofielen in combinatie met het DKDL-model. Zij gaan ervan uit dat op deze manier eindelijk reële tarieven worden betaald voor de wijkverpleging, waarbij de zorgvraag van de cliënt en de inhoudelijke uitkomsten leidend moeten zijn. Deze leden vinden het onacceptabel dat er al jaren onderbesteding is in de wijkverpleging, terwijl tegelijkertijd sprake is van

personeelstekort, een veel te hoge werkdruk en van mensen die zorg nodig hebben maar die niet kunnen krijgen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de nieuwe bekostiging rekening houdt met mogelijkheden om samen te werken, tijd voor multidisciplinair overleg en financiële ruimte om medewerkers een salaris te kunnen bieden waarbij ook de compensatie voor de gestegen inflatie kan worden meegenomen. En hoe wordt de bekostiging voor systeemfuncties meegenomen, bij voorbeeld de bekostiging van ongeplande avond- en nachtzorg, de coördinatie van een herkenbaar en aanspreekbaar wijkverpleging team en wijkgerichte preventie?

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan preventie van zorg, het versterken van innovatieve zorg en het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt. In hoeverre is dit een doel op zich en is de nieuwe bekostiging gericht op bezuinigen in plaats van op het komen tot een tarief dat de geboden noodzakelijke zorg dekt?

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere toelichting op het draagvlak voor het DKDL-model. In hoeverre wordt dit gesteund door het veld?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het voor alle wijkverpleegkundigen mogelijk is per 2024 te starten met het registreren volgens het DKDL-model? Zij lezen dat het experiment met het DKDL-model vanaf 2024 vijf jaar gaat lopen. Zij vragen hoe gedurende de looptijd wel gezorgd zal worden voor reële tarieven? Zeker gezien het feit dat zorgkantoren actief gaan sturen op zorg thuis, vinden deze leden het erg belangrijk dat de wijkverpleging overeind blijft.

De leden van de PvdA-fractie krijgen signalen dat uit het nieuwe inkoopbeleid van zorgkantoren blijkt dat zorgkantoren de toegang tot verpleeghuizen verder gaan inperken, door alleen cliënten met een hele zware zorgvraag nog toe te laten in een verpleeghuis. Zij vragen of dit wel kan volgens de nu geldende wetgeving, die zegt dat mensen recht hebben op zorg met verblijf.

Deze leden begrepen dat bij Zilveren Kruis alleen mensen met een indicatie «beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging» (Zzp6) naar het verpleeghuis mogen. Zij vragen wat dit in de praktijk betekent voor de wijkverpleging en de zorg thuis. Kan de Minister uitgebreid ingaan op de gevolgen die dit inkoopbeleid van de zorgkantoren zal hebben voor zowel het personeel in verpleeghuizen, dat met veel zwaardere zorgvraag te maken krijgt, als voor de wijkverpleging? De wijkverpleegkundige zal immers mensen thuis zorg moeten bieden die voorheen naar het verpleeghuis gingen. Wat betekent het voor de wachttijden voor het verpleeghuis, nu de mensen die er opgenomen zijn een zwaardere zorgvraag zullen hebben? Wat betekent het voor de zorgvraag van de cliënten van wijkverpleegkundigen? Zijn er voldoende wijkverpleegkundigen om deze zorg te bieden? Wat betekent dit voor de werkdruk van wijkverpleegkundigen? Wat betekent het voor de wachttijden voor zorg thuis? Wat betekent het voor de werkdruk van huisartsen en het aantal ouderen dat op de huisartsenpost (HAP) of spoedeisend hulp (SEH) belandt? Kan de Minister garanderen dat mensen die zorg thuis nodig hebben die zorg ook werkelijk krijgen? De leden van de PvdA-fractie vragen of het huidige beleid gericht is op «zorg thuis tenzij...»? Zo ja, kan de Minister de invulling van het «tenzij» uitgebreid toe te lichten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister wil stoppen met het huidige experiment omtrent de bekostiging van de wijkverpleging en een nieuw experiment omtrent de bekostiging van de wijkverpleging wil starten in 2024. In beide gevallen gaat het om een bekostiging middels cliëntprofielen. Er wordt beloofd dat de nieuwe bekostiging onder andere een positieve invloed zou hebben op de administratieve lasten en zal leiden tot minder bureaucratie. Genoemde leden hebben echter twijfels of de cliëntprofielen de juiste manier zijn om deze doelen te bereiken. Zij horen namelijk dat bekostiging via cliëntprofielen de administratieve druk en bureaucratie bij veel zorgorganisaties juist gaat verergeren. Is het daarom nog wel een goed idee om door te gaan met de ontwikkeling van deze bekostiging via cliëntprofielen?

De leden van de SP-fractie lezen dat deze nieuwe bekostiging nodig zou zijn om een einde te maken aan de alom gehate vijf-minutenregistratie. Er zijn echter al zorgorganisaties die afgestapt zijn van de minutenregistraties en daarmee de administratieve last voor wijkverpleegkundigen verminderd hebben onder het huidige systeem. Vormt dit geen bewijs dat de regeldruk voor wijkverpleegkundigen per direct al verminderd kan worden zonder dat we een nieuw bekostigingssysteem nodig hebben? Zouden zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet meer gedwongen moeten worden om de administratieve druk voor de zorgverleners te verminderen in het huidige stelsel?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de onderhavige stukken. Het lid van de BBB-fractie heeft hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

Het lid van de BBB-fractie staat positief tegenover een experiment dat zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging.

Het lid van de fractie-BBB hoort graag hoe de Minister gaat borgen dat via het experiment duidelijk wordt of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg? Welke criteria en daarbij behorende waarden gaat de Minister hanteren bij het trekken van conclusies over de werking van het model? Hoe gaat geborgd worden dat het model, net als bij eerdere overheidstoepassingen van modellen in de praktijk, niet schadelijk uit gaat pakken voor individuen die wellicht straks geconfronteerd worden met «computer-says-no» situaties. Met andere woorden: vindt de Minister dat het model leidend moet zijn of dat het slechts een ondersteunend instrument is, waarbij de praktische beoordeling van de medewerkers in de wijkverpleging de doorslag geeft? Kan de Minister hier haar visie op geven?

Wanneer is het experiment geslaagd, wil het lid van de fractie-BBB graag weten van de Minister? En hoe zien de volgende stappen richting uitvoering in de praktijk er volgens de Minister uit, zowel in de tijd als qua inhoud?

II. Reactie van de Minister