

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

3840

Vragen van het lid **Mohandis** (PvdA) aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over *beschikbaarheid van nachtzorg* (ingezonden 19 juli 2022).

Antwoord van Minister **Helder** (Langdurige Zorg en Sport) (ontvangen 2 september 2022). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3650.

Vraag 1

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de resterende 37 procent van de regio's afspraken gaat maken over onplanbare nachtzorg?¹

Antwoord 1

ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland hebben gezamenlijk een kader opgesteld om te komen tot een toekomstbestendige wijkverpleging². In de route naar herkenbare en aanspreekbare teams is prioriteit gegeven aan het versterken van de onplanbare nachtzorg. Het primaat voor het maken van afspraken over onplanbare nachtzorg ligt in de regio. Zorgaanbieders maken per regio organisatorische afspraken over het verbeteren van de organisatie en de efficiëntie van de onplanbare nachtzorg. Wanneer zorgaanbieders niet tot overeenstemming komen, pakt de zorgverzekeraar zijn rol en geeft opdracht om te komen tot een afspraak. Het is dus aan partijen om te komen tot afspraken over de onplanbare nachtzorg.

Vraag 2, 4 en 5

Wat verwacht u van de inspanning van zorgverzekeraars om zorgaanbieders aan te laten sluiten bij een samenwerkingsverband en welke instrumenten heeft u om dit af te dwingen?

Hoe gaat u «landsdekkendheid» met een resultaatverplichting afdwingen richting betrokkenen?

Welke middelen heeft u om de afspraken die in het «Kader toekomstbestendige wijkverpleging» zijn gemaakt over onplanbare zorg na te laten komen?

¹ zie Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3107

² Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging: Een gezamenlijk kader van ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl, en ZN.

Antwoord 2, 4 en 5

Ik verwacht van de inspanningen van zorgverzekeraars dat steeds meer aanbieders zich aansluiten bij een samenwerkingsverband. Ik vind het belangrijk dat dit gebeurt. Juist vanwege de schaarste aan personeel ben ik voorstander van samenwerking in de wijkverpleging en dus ook op het gebied van onplanbare nachtzorg. Samen met partijen van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging monitor ik de landelijke uitvoering van de afspraken door middel van evaluatieonderzoek (zie het antwoord op vraag³ en de Monitor contractering wijkverpleging van de NZa. We analyseren samen het beeld dat is opgehaald en gaan na welke belemmeringen er zijn in de situaties dat er geen of weinig adequate afspraken zijn gemaakt. We bekijken tevens hoe we mogelijke belemmeringen kunnen verhelpen. Zo heb ik, op verzoek van partijen, het mogelijk gemaakt dat per 2022 de systeemfunctie «onplanbare nachtzorg» kan worden gedeclareerd.

Ik verwacht van partijen dat zij zich maximaal inspinnen om de afspraken die gemaakt zijn te implementeren en zal, indien de implementatie achterblijft, bestuurlijke druk uitoefenen om dat te bewerkstelligen.

Vraag 3

Wat is het doel van «een herhaling van het onderzoek van Berenschot naar landsdekkendheid» en wat gaat u doen met eventuele aanbevelingen?

Antwoord 3

Berenschot evalueert de implementatie van het kader «Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging» over de onplanbare nachtzorg en de effecten daarvan. Daarnaast biedt het onderzoek inzicht in de kostendekkendheid van de onplanbare nachtzorg. Dit onderzoek is op 12 juli 2021 met de Tweede Kamer gedeeld⁴. Uit de resultaten blijkt dat zorgaanbieders positieve punten zien zoals een verbeterde samenwerking door een duidelijke gedeelde visie, hogere efficiëntie vanwege vermindering van het aantal zorgmedewerkers in de nacht, het voorkomen van onnodige zorg en de toename van kwaliteit van zorg. De negatieve punten hebben vooral betrekking op de bekostiging en administratieve lasten.

Aanbevelingen zijn gericht op de partijen die het kader hebben opgesteld. Een belangrijke aanbeveling van Berenschot aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om samen op te trekken voor een zo groot mogelijke verbreding van het samenwerkingsverband voor de onplanbare nachtzorg in een regio. Berenschot is nu bezig met een herhaalmeting; ik verwacht de resultaten daarvan dit najaar aan de Tweede Kamer te kunnen versturen.

Vraag 6

Is er tot nu toe sprake van het niet nakomen van afspraken door (enkele) partijen?

Antwoord 6

Uit het onderzoek van Berenschot blijkt dat voor dertien van de 23 regio's die onderzocht zijn sprake is van freerider gedrag van zorgaanbieders. Dit zijn zorgaanbieders die wel gebruik maken van de organisatie van de onplanbare nachtzorg, maar hier niet vooraf aan bijdragen. Er wordt dan door de zorgaanbieder een beroep gedaan op een noodmelding voor onplanbare nachtzorg, zonder dat deze is aangesloten bij de organisatie van de onplanbare nachtzorg en betrokken is bij de samenwerkingsafspraken. De geleverde zorg wordt dan eenmalig gefactureerd tegen een vast bedrag. Ook komt het voor dat, parallel aan het samenwerkingsverband, andere zorgaanbieders een eigen bereikbaarheids- en beschikbaarheidsfunctie hebben ingericht om de onplanbare nachtzorg te organiseren. Dit is niet efficiënt omdat dan meerdere teams beschikbaar zijn voor een bepaald werkgebied terwijl het werk gemakkelijk door één team gedaan zou kunnen worden.

Vraag 7

Welke inspraak en zeggenschap hebben cliënten en patiënten om te bepalen of bepaalde zorg planbaar of onplanbaar is?

³ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3107

⁴ Kamerstuk 23 235, nr. 16

Antwoord 7

Cliënten worden door de wijkverpleging zoveel mogelijk in staat gesteld om zelfredzaam te blijven en de eigen regie over het leven thuis voort te zetten. De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de cliënt een zorgplan op en zorgt voor de afstemming met het team, de verslaglegging en de evaluatie van de zorg. De cliënt wordt gemonitord en bij signalering van veranderingen wordt het plan in afstemming met de cliënt (en diens mantelzorger) aangepast. De wijkverpleegkundige beoogt zich potentieel voordoende onplanbare zorg te voorkomen door de planbare zorg zo goed mogelijk te organiseren en uit te voeren.

Vraag 8

Heeft u enig beeld of er zorgaanbieders in de wijk zijn die volgens het principe «geen samenwerking- geen contract» geen contract hebben gekregen?

Antwoord 8

Ik heb hier geen zicht op.

Vraag 9 en 10

Welke voordelen levert gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars op, indien dit wel mogelijk zou zijn geweest, voor cliënten, patiënten en zorgaanbieders? Wat kunnen de voor- en nadelen zijn van het wel afdwingen van volgsbeleid?

Antwoord 9 en 10

Samenwerking tussen zorgaanbieders is dé manier om de wijkverpleging in de toekomst toegankelijk te houden. De realisatie van samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders is dus belangrijk, niet zozeer een gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars. In de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging hebben zorgverzekeraars afgesproken met hun inkoopbeleid aan te sluiten op de ontwikkeling om meer samen te werken in de wijk. Wanneer samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, kopen zorgverzekeraars deze zoveel mogelijk in. De inkoop gebeurt voor alle zorgverzekeraars afzonderlijk. Ik heb geen signalen dat de inkoop belemmerend werkt voor de realisatie van de afspraken over de onplanbare nachtzorg. Gezamenlijke inkoop voegt dus weinig toe en ik zie geen reden om dat af te dwingen. Daar komt bij dat het afdwingen van gezamenlijke inkoop ook nadelen kent. Het onderscheidend vermogen van zorgverzekeraars op de inkoop van (bepaalde delen van de) zorg wordt immers weggenomen. Door het afdwingen van gezamenlijke inkoop worden prikkels voor zorgverzekeraars om zich te onderscheiden op kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid beperkt. Effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars is van belang om de doelen uit de Zorgverzekeringswet te realiseren ten aanzien van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.