

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 mei 2014 inzake Bekostiging wijkverpleging (Kamerstuk 30 597, nr. 440).

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

## Inhoudsopgave

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

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

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

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de bekostiging wijkverpleging. Genoemde leden hebben een aantal vragen en opmerkingen.

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

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

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

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

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

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

##### *Algemeen*

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

##### *Bekostiging wijkverpleging in de Zvw*

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

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

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

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

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

### *Toekomstig bekostigingsmodel*

De leden van de PvdA-fractie zijn blij dat met het bekostigingsmodel voor wijkverpleging wordt aangesloten op het toekomstige bekostigingsmodel

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

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

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

zorg? Zou een meer populatiegebonden financiering van verpleegkundige en verzorgende handelingen niet beter voorzien in deze doelstellingen? Graag een toelichting van de minister.

De leden van de PvdA-fractie zien veel mogelijkheden in de innovatie die het derde segment teweeg brengt. In het derde segment wordt het belonen van goede prestaties en gezondheidsuitkomsten mogelijk en dit is een wens van deze leden. Kan iedere zorgverzekeraar zelf kiezen welke parameters en indicatoren worden ingezet voor de prestatiebekostiging in het derde segment, of moeten zorgverzekeraars deze gezamenlijk overeen komen? Zo ja, hoe ver zijn zij in dit proces en kunnen zij in 2016 gelijk voortvarend van start met prestatiefinanciering? Hoe gaan zorgverzekeraars met het belonen van uitkomsten rekening houden met verschillen tussen praktijken? Hoe gaat de minister zorgen voor een zo min mogelijk administratieve druk voor zorgaanbieders bij het aanbieden van transparante informatie over het behalen van de beloningsafspraken? Daarnaast hebben genoemde leden vragen over de verankering van het PGB in de Zorgverzekeringswet voor wat betreft wijkverpleegkundige zorg. Hoe is de wijkverpleegkundige zorg voor het PGB afgebakend? Valt alleen strikt de wijkverpleegkundige zorg in segment 2 onder het PGB? Indien patiënten een PGB inzetten voor wijkverpleegkundige zorg, hoe wordt dan de signalerende en preventie functie uit segment 1 en de innovatie en uitkomstbesteding uit segment 3 vormgegeven en geborgd voor de patiënt? Indien de wijkverpleegkundige zorg uit segment 1 en 3 niet onder het PGB valt, hoe wordt dan gezorgd voor de afstemming met het wijkteam en de huisarts? Wie is hier voor verantwoordelijk en hoe wordt dit bekostigd? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de minister op dit punt.

#### *Bekostigingsmodel 2015*

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

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

### *Eigen risico en kostenbeheersing*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bekostiging wijkverpleging in de Zvw:

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

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

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

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

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

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



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

Graag een uitgebreide toelichting op dit punt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De wijkverpleegkundige mag de zelfredzaamheid van de cliënt en de mogelijke sociale omgeving erbij te betrekken. De leden van de CDA-fractie vragen hoe zij deze zinsnede moeten interpreteren. Mag de wijkverpleegkundige ook bepalen over hoeveel mantelzorgers aan ondersteuning moeten geven, dan wel de sociale omgeving kan bijdragen. Dit is toch niet wettelijk geregeld in de Zvw, dat mantelzorg wordt meegewogen bij de zorgvraag? Dat lijkt de leden van de CDA-fractie toch opmerkelijk, zeker gezien de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 waarbij gemeenten verantwoordelijk worden voor de mantelzorger. Graag een uitgebreide toelichting op dit punt. Het kan toch ook niet zo zijn dat de mantelzorger twee keer wordt gewogen en meegenomen. De minister kiest er voor de extramurale zorg in verschillende wetten onder te brengen maar wij hebben het over 1 echtpaar of 1 gezin. Vervolgens vragen deze leden de minister het volgende, er wordt bezuinigd op het aanbod (budget van zorg en verpleging gaat fors omlaag). De wijkverpleegkundige mag zelfstandig indiceren zou het niet zo kunnen zijn dat de indicering door de wijkverpleegkundige leidt tot meer zorg omdat er een verborgen zorgvraag is die hierdoor aan de oppervlakte komt? Wat is de mening van de minister over dit punt, is dit risico in kaart gebracht?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen. Dat we af moeten van het uurtje factuurtje en de minutenregistratie, daar is iedereen het mee eens, maar een organisatie als Buurtzorg heeft bewezen dat dit ook binnen de AWBZ kan. Graag een reactie van de minister. Door gebruik te maken van de term volumeprikkel impliceert de minister dat er sprake zou zijn van een te groot volume. Waarop is deze aanname gebaseerd?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Waarom wordt ongepast zorggebruik nu niet aangepakt?

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

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

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

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

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

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

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

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

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

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

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

## **II. Reactie van de minister**