

Vergaderjaar 2018–2019

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1017

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 8 juli 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 mei 2019 inzake Monitor zorginkoop wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 984).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 5 juli 2019. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

1

Klopt het dat Vektis in het najaar van 2019 opnieuw cijfers over het aandeel ongecontracteerde zorg zal publiceren?

Uit deze monitor blijkt dat zorgaanbieders steeds minder tevreden zijn over de inhoud van de contracten, klopt de constatering dat door zorgverzekeraars feitelijk weinig is gedaan aan het aantrekkelijker maken van de contracten? Hoe heeft u dit onderzocht? Welke verschillen zijn er tussen zorgverzekeraars?

Het klopt dat Vektis in het najaar van 2019 opnieuw cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde zorg zal publiceren. Het gaat om cijfers 2017, 2018 en eerste kwartaal 2019.

De Monitor contractering wijkverpleging 2019 heeft geen onderzoek gedaan naar de inhoud van de contracten. De Monitor richt zich op ervaringen met het proces van contracteren. Uit de Monitor blijkt dat de geënquêteerde zorgaanbieders in het algemeen méér tevreden zijn over het zorginkoopproces. De NZa heeft ook bekeken of er verschillen zijn in de mate waarin aanbieders tevreden zijn over het contracteerproces met hun dominante zorgverzekeraar. Over vier grote zorgverzekeraars was de respons hoog genoeg om de tevredenheid onder aanbieders te vergelijken, maar hier zag de NZa geen significante afwijkingen ten opzichte van de totale onderzochte populatie.

2

Is doelmatigheid hier alleen gedefinieerd in termen van ureninzet per cliënt, of hanteert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de definitie «de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener»? Wat is de definitie van «hogere kosten»? Is rekening gehouden met de totale kosten in de zorgketen (waarbij niet uitgesloten kan worden dat meer wijkverpleging ervoor zorgt dat opname in een ziekenhuis/verpleeghuis wordt voorkomen of verkort) of is alleen gekeken naar de kosten die de wijkverpleging maakt?

Op de opgegeven pagina 3 van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 wordt geen referentie gemaakt naar doelmatigheid. De vraag betreft mogelijk de verschillen in doelmatigheidsmetingen door zorgverzekeraars. Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2019 blijkt dat elke zorgverzekeraar dat verschillend invult. De NZa concludeert dat deze variatie aan wijzen waarop doelmatigheid gemeten wordt de transparantie voor de zorgaanbieder niet bevordert.

3

Waarom is er geen verplichte registratie van de wachttijden in de wijkverpleging?

Uit recent onderzoek dat in opdracht van de NZa is verricht¹ blijkt dat wanneer een zorgaanbieder is gevonden, de wijkverpleegkundige zorg over het algemeen binnen enkele dagen verleend wordt. De zorg start gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding en 37% van de cliënten ontvangt op de dag van aanmelding al wijkverpleging. In 7% van de gevallen duurt het een week of langer en slechts in 1% van de gevallen wordt de Treeknorm van zes weken niet gehaald. Een verplichte registratie van wachttijden dient daarom geen doel en zou alleen maar de administratieve lasten van de zorgaanbieder vergroten. Er is wel een verplichte registratie van de wachttijden voor casemanagement dementie. Dit omdat er voor die specifieke vorm van wijkverpleegkundige zorg wel wachtlijsten bestaan.

¹ Toegankelijkheid van de wijkverpleging, Significant 2019 (Kamerstuk 32 620, nr. 223).

4

Hoe bepalen zorgverzekeraars hoeveel zorg (volume) ze moeten inkopen, als er geen verplichte wachttijdenregistratie is?

Zorgverzekeraars maken een raming van de zorgkosten, gebaseerd op de meest recente declaraties die zij tot hun beschikking hebben. Op basis van deze raming kopen zorgverzekeraars de zorg in die nodig is om aan de zorgplicht te voldoen.

5

Kan inzichtelijk worden gemaakt of de 44 procent van de zorgaanbieders die is afgestapt van de 5-minutenregistratie met name grote, middelgrote of kleine zorgaanbieders betreft?

In de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is gekeken of bij de grotere aanbieders (met een omzet van € 10.000.000,- of hoger) er vaker sprake is van registratie via «zorgplan=planning=realisatie, tenzij». Dit is niet het geval. Er is geen duidelijk verband tussen grootte van omzet van een aanbieder en type verantwoording vastgesteld. Daarnaast kan er niet zozeer worden gezegd dat al 44% is afgestapt van de 5-minutenregistratie. De meting is in december 2018/januari 2019 verricht en is daarmee een nulmeting. In die 44% zitten aanbieders die al (mogelijk al jaren) met de alternatieve registratiestandaard «zorgplan=planning=realisatie, tenzij» werken. Dit percentage is een mooi startpunt, maar de aanbieders die echt moeten overstappen zitten nog niet in deze groep van 44%. Die zijn, als het goed is, nu aan het overstappen. In september 2019 zal een nieuwe meting verricht worden. Naar aanleiding van deze meting is het mogelijk een gerichte analyse te maken van de grootte van de organisatie en de registratiewijze die wordt gehanteerd. Naar aanleiding van deze volgende meting kan geconcludeerd worden of meer aanbieders zijn overgestapt en of de implementatie daarmee effectief is. Zodoende kan worden bepaald of en welke aanvullende implementatieacties noodzakelijk zijn en of specifieke acties nodig zijn voor grote, middelgrote of kleine zorgaanbieders.

6

Welke stappen worden gezet om nog een hoger aantal zorgaanbieders te bereiken met het verzoek af te stappen van de 5-minutenregistratie?

Goede implementatie van de registratiestandaard «zorgplan=planning=realisatie, tenzij» kan alleen waargemaakt worden door een integrale aanpak: het ondersteunen van zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen. Hulpmiddelen zijn beschikbaar gesteld aan deze doelgroepen om hen bij de overgang naar de registratiestandaard «zorgplan=planning=realisatie, tenzij» te ondersteunen:

- Een «Handreiking voor zorgprofessionals, medewerkers van zorgaanbieders, en zorgverzekeraars» met een beschrijving en uitwerking van de werkwijze «zorgplan = planning = realisatie, tenzij» is actief verspreid via de branche- en beroepsverenigingen.
- In april 2019 zijn aanvullende hulpmiddelen gepubliceerd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit bestaat uit eisen voor de AO/IB, een whitepaper over interne beheersmaatregelen en een controlehandleiding van verzekeraars.
- ActiZ en Zorgthuisnl bieden hun leden ondersteuning op maat bij de implementatie.
- Er zijn regiobijeenkomsten georganiseerd vanuit ActiZ en Zorgthuisnl waar zorgaanbieders terecht kunnen met hun ervaringen en vragen.
- Via bijeenkomsten van Vilans worden wijkverpleegkundigen met dit doel bereikt.

- Voor wijkverpleegkundigen en aanbieders is een ervaringenbox/ helpdesk geopend vanuit respectievelijk V&VN, Actiz en Zorgthuisnl.
- Ook is er een FAQ beschikbaar om ervaringen met de nieuwe werkwijze te delen.
- Een praktijkteam van VWS en de NZa is actief n.a.v. de goede voorbeelden en signalen die binnenkomen via de helpdesks/ ervaringenbox.

7

Waarom is het afschaffen van de 5-minutenregistratie nooit verplicht om de bureaucratie in de wijkverpleging tegen te gaan?

Alle acties in het programma (Ont)regel de zorg hebben het doel: merkbaar een vermindering van ervaren regeldruk. Het doel van het afschaffen van de vijfminutenregistratie is om de ervaren administratieve last voor wijkverpleegkundigen terug te dringen. Aanbieders die de administratieve lasten voor de wijkverpleegkundigen al hebben teruggedrongen, ofwel door een slimme en regelarme manier van tijdregistratie (bijvoorbeeld een pasjessysteem) of door experimentele bekostiging (bijvoorbeeld met maandtarieven) laten zien dat het ook op een andere manier mogelijk is om de administratieve lasten te beperken. Zij mogen op deze manier blijven werken. Als aanbieders nog geen regelarme registratiewijze hanteren, dan zijn zij verplicht over te stappen naar de alternatieve registratiewijze. Aanbieders hebben, conform de afspraken in het convenant dat in december 2018 is getekend, het gehele jaar 2019 om over te stappen.

8

Hoeveel patiëntenstops – in getallen – waren er in de afgelopen vijf jaar tot en met heden in de wijkverpleging?

Het onderzoek ten behoeve van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is gebaseerd op een enquête van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dus het is niet mogelijk om op basis daarvan absolute aantallen patiëntenstops in Nederland te geven. Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2019 blijkt dat in 2018 een iets groter deel van de geënquêteerde aanbieders (19% versus 16% in 2017) een patiëntenstop heeft afgegeven in verband met het bereiken van het budgetplafond. Uit de enquête onder aanbieders blijkt daarnaast dat 14% (versus 12% in 2017) van de aanbieders een patiëntenstop heeft afgegeven in verband met een gebrek aan personeel. Gegevens over eerdere jaren zijn niet bekend.

9

Is het voorgekomen dat patiëntenstops in de wijkverpleging tot een gevaar voor de continuïteit van de zorg hebben geleid?

Uit de Monitor contractering 2019 blijkt dat de vier zorgverzekeraars die te maken hadden met patiëntenstops in verband met het bereiken van een budgetplafond, een uitzondering maakten voor zorg die geen uitstel duldt, zoals palliatieve terminale zorg. Zorglevering hiervan was dus volgens de zorgverzekeraars geborgd. In zijn algemeenheid geldt dat patiëntenstops geen gevaar voor de continuïteit van de zorg hoeven betekenen, zolang patiënten bij andere aanbieders terecht kunnen. Een patiëntenstop bij een zorgaanbieder kan worden ondervangen door de zorg te laten verlenen door een andere zorgaanbieder. Zolang er een zorgaanbieder beschikbaar is om de zorg te leveren is de continuïteit van zorg niet in het geding.

10

Wordt nader onderzocht en verklaard hoe het komt dat grote aanbieders gemiddeld een significant hoger tarief afspreken met hun dominante zorgverzekeraars dan de kleinere aanbieders?

In het kader van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is niet onderzocht waarom grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders. De NZa schrijft dat een aannemelijke verklaring daarvoor is dat grote aanbieders een breder scala aan prestaties hebben en dat met grote aanbieders nadere afspraken worden gemaakt over de inzet van gespecialiseerde verpleging. De NZa heeft dit echter niet onderzocht.

11

Waarom is er voor de wijkverpleging in tegenstelling tot voor casemanagement dementie geen verplichte wachttijdregistratie? Waarom is hier verschil in en zal dit in de toekomst voor de wijkverpleging wel bijgehouden worden?

Er is geen noodzaak tot wachtlijstregistratie in de wijkverpleging omdat er niet of nauwelijks wachtlijsten zijn. Zo blijkt uit recent onderzoek dat in opdracht van de NZa is verricht² dat wanneer een zorgaanbieder is gevonden, de zorg over het algemeen binnen enkele dagen verleend wordt. De zorg start gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding en 37% van de cliënten ontvangt op de dag van aanmelding al wijkverpleging. In 7% van de gevallen duurt het een week of langer en slechts in 1% van de gevallen wordt de Treeknorm van zes weken niet gehaald. Mochten de wachtlijsten in de wijkverpleging oplopen dan is het verplicht registreren van wachtlijsten een te onderzoeken optie.

12

Wat is de belangrijkste reden voor zorgaanbieders om nog steeds met de 5-minutenregistratie te werken?

Aanbieders zitten nu in de periode dat zij hun organisatie kunnen aanpassen, zodat zij kunnen overstappen op de alternatieve registratiewijze. In september 2019 zal opnieuw worden gemeten hoeveel aanbieders zijn overgestapt. Daarnaast wordt via de merkbaarheidsscan en de helpdesks opgehaald hoe het overstappen gaat en waar mogelijke knelpunten zitten. Dan wordt duidelijk of en waarom aanbieders nog steeds met de 5-minutenregistratie werken.

13

Hoe kunnen aanbieders geholpen worden bij het indienen van verzoeken tot bijcontractering?

De NZa concludeert in de Monitor contractering wijkverpleging 2019 dat niet duidelijk is uit de overeenkomsten of de inkoopdocumenten van zes onderzochte zorgverzekeraars wat de criteria zijn waaraan het verzoek tot bijcontractering moet voldoen, evenmin wanneer een verzoek te vroeg wordt ingediend. Ook noemen ze geen termijn waarop zij op zo'n verzoek beslissen. Het kan zorgaanbieders helpen als zorgverzekeraars hierover meer duidelijkheid geven. Wat betreft de momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot (bij)contractering door zorgverzekeraars zijn afspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022. De NZa gaat nadrukkelijker kijken of zorgverzekeraars aangeven waarom er een budgetplafond wordt afgesproken en of zij duidelijke afspraken maken over de termijn van indiening, beslistermijn en de voorwaarden

² Toegankelijkheid van de wijkverpleging, Significant 2019 (Kamerstuk 32 620, nr. 223).

voor bijcontractering. Aanbieders zouden hun verzoeken tot (bij)contractering beter kunnen documenteren en op het juiste tijdstip indienen.

14

Welke andere redenen kunnen er zijn dat grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders?

In het kader van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is niet onderzocht waarom grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders. De NZa schrijft dat een aannemelijke verklaring daarvoor is dat grote aanbieders een breder scala aan prestaties hebben en dat met grote aanbieders nadere afspraken worden gemaakt over de inzet van gespecialiseerde verpleging. De NZa heeft dit echter niet onderzocht.

15

De NZa stelt dat het aan partijen is om binnen het maximum tarief een reëel integraal tarief af te spreken waarvoor zij hun zorg kunnen leveren, hoe waarborgt u dat dit tarief passend is voor de zorg die nodig is?

Tariefafspraken betreffen afspraken tussen private partijen. Het is aan deze partijen om te zorgen dat de afspraken die zij gemaakt hebben, nodig en passend zijn voor de zorg die nodig is. Het is niet aan mij om me hierin te mengen.

16

Hoe verklaart u dat grote aanbieders een significant hoger tarief afspreken dan kleinere aanbieders? Kan de uitspraak van de NZa dat inzet van specialistische verpleging hierbij waarschijnlijk een rol speelt worden toegelicht?

In het kader van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is niet onderzocht waarom grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders. De NZa schrijft dat een aannemelijke verklaring daarvoor is dat grote aanbieders een breder scala aan prestaties hebben en dat met grote aanbieders nadere afspraken worden gemaakt over de inzet van gespecialiseerde verpleging. De NZa heeft dit echter niet onderzocht.

17

Welke concrete oplossingen biedt u voor het oplossen van wachttijden voor casemanagement dementie op de korte termijn?

De NZa heeft recent een rapport gepubliceerd over de wijze waarop verzekeraars omgaan met wachtlijsten (Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden, zie Kamerstuk 32 620 nr. 223). De NZa bezoekt actief regio's waar de wachtlijsten casemanagement dementie het grootst lijken te zijn. De NZa spoort de zorgverzekeraars in de regio aan om korte metten te maken met de wachtlijsten. In 2019 toetst de NZa in hoeverre verzekeraars de aandachtspunten uit dit rapport hebben opgepakt. Waar nodig treedt de NZa handhavend op.

In de Monitor contractering wijkverpleging 2019 formuleert de NZa twee aanbevelingen die de aanbieders en netwerken aangaan. Ten eerste kunnen aanbieders de wachttijden voor casemanagement dementie registreren en knelpunten in de toegankelijkheid tijdig bij zorgverzekeraars benoemen. Daarnaast kunnen de wachtlijsten beter beheerd worden: de netwerken met het grootste aantal wachtenden blijken niet zeker te weten of hun wachtlijst nog slechts wachtenden bevat die op korte termijn casemanagement dementie willen ontvangen en voor casemanagement dementie waren geïndiceerd, terwijl twee van de zes netwerken überhaupt geen zicht hadden op de wachtlijst in hun eigen

dementieregio en zij lijken ook geen zorginhoudelijke regie te voeren (opleidingsbeleid, werving, uitgangspunten).

18

Tegen welke knelpunten lopen zorgaanbieders aan bij het oplossen van wachttijden voor casemanagement dementie?

Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2019 blijkt dat er geen problemen lijken te zijn met het werven van casemanagers. De zes door de NZa geïnterviewde netwerken van casemanagement dementie zeggen dat de zorgverzekeraars bij hen voor hun eigen verzekerden individueel casemanagement dementie inkopen via het integrale tarief bij één of meer van de bij het netwerk aangesloten zorgaanbieders. De netwerken vinden dat het integrale tarief de extra inzet van duur personeel afremt. Aanbieders geven aan terughoudend te zijn met casemanagement dementie wegens de hoge loonkosten. De NZa tekent daarbij aan dat een integraal tarief altijd een mix is van dure en goedkope prestaties, en gepaste inzet van de duurdere zorg ook een taak is van de zorgaanbieder zelf.

19

Kan toegelicht worden waarom nog maar in beperkte mate afspraken gemaakt worden over e-health en innovatieve technologie?

De NZa constateert in de Monitor contractering wijkverpleging 2019 dat aanbieders en zorgverzekeraars nog te veel naar elkaar kijken: zorgverzekeraars beschrijven volgens de aanbieders de goedkeuringscriteria voor innovaties te summier; aanbieders zijn daarom terughoudend om met overtuiging innovatievoorstellen te doen.

20

Kan toegelicht worden waarom alleen innovatieve afspraken worden gemaakt met grote aanbieders?

De Monitor gaat niet in op de vraag waarom er vooral afspraken worden gemaakt met grote aanbieders.

21

De NZa schrijft dat zorgverzekeraars het lastig vinden om met elke zorgaanbieder het gesprek aan te gaan, in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn hierover afspraken gemaakt, en daarnaast schrijft de NZa dat het proces van bijcontractering beter moet, heeft de NZa in deze monitor heeft gekeken naar de omvang van de inkoopafdelingen en daarmee naar de mogelijkheid voor zorgaanbieders om in gesprek te kunnen komen met de zorgverzekeraar?

Nee, de NZa heeft niet gekeken naar de omvang van inkoopafdelingen van zorgverzekeraars. In zijn algemeenheid geldt dat het ondoenlijk is voor zorgverzekeraars om met de duizenden kleine aanbieders in de wijkverpleging in gesprek te gaan.

22

Kunt u een stand van zaken geven bij afspraak 2.3f in het hoofdlijnenakkoord, specifiek ten aanzien van het belonen van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit van (onder andere) casemanagement dementie?

Er is nog geen inzage in de kwaliteit van de zorg en daarom is aan deze afspraak nog geen invulling gegeven. In het kader van de implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging hebben partijen een set van drie uitkomstindicatoren vastgesteld. Partijen hebben afgesproken voor 2019

deze set uit te testen, te evalueren en vast te stellen of ze geschikt zijn voor alle doelen van het kwaliteitskader. Als de indicator voldoet, wordt deze ingevoerd. Indien dit niet het geval mocht zijn dan wordt het daaropvolgend jaar de betreffende indicator vervangen. Pas als partijen overeenstemming hebben over de uitkomsten van de zorg kan gerichter hoogstaande kwaliteit beloond worden.

23

Worden maatregelen getroffen om zorgverzekeraars uniform de doelmatigheid van zorgaanbieders te laten meten? Zo neen, waarom niet?

De NZa ziet ontwikkelingsruimte om het benchmarken van doelmatigheidsmetingen door zorgverzekeraars meer te uniformeren. Dit om te voorkomen dat een aanbieder tegenstrijdige benchmarkinformatie krijgt van verschillende zorgverzekeraars.

Ik neem deze aanbeveling op met Zorgverzekeraars Nederland.

24

Waarom is er geen duidelijke beweging te zien dat zorgverzekeraars gespecialiseerde wijkverpleging selectiever inkopen, ook als personeelstekorten hier wel om vragen?

De NZa heeft in de vorige monitor contractering wijkverpleging (2018) erop aangedrongen dat zorgverzekeraars:

- gespecialiseerde zorg waar nodig concentreren bij een beperkt aantal aanbieders met een regionale opleidingsfunctie;
- infrastructuren en netwerken voor gespecialiseerde zorg bevorderen, ook voor zorgbemiddeling en achtervang;
- in hun inkoopbeleid aanbieders belonen voor specialistische verpleging zoals palliatieve terminale zorg, specialistische verpleging thuis en medische kindzorg.

De NZa concludeert in de Monitor wijkverpleging 2019 dat vier van de geïnterviewde zorgverzekeraars aanvullende eisen aan (gespecialiseerde) palliatieve terminale zorg stellen, waarop de aanbieder facultatief kan inschrijven. De drie andere zorgverzekeraars zien palliatieve terminale zorg als onderdeel van de reguliere wijkverpleging, en laten de organisatie hiervan aan zorgaanbieders. Andere specifieke stappen ten opzichte van het inkoopbeleid 2018 om (dreigende) personeelstekorten in de palliatieve terminale zorg te ondervangen signaleert de NZa niet. Per 2020 zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars landsdekkend afspraken hebben gemaakt over avond, nacht en weekendzorg en coördinatie van eerstelijnsverblijf.

25

Hoe wordt geregeld dat de kennisachterstand van kleinere aanbieders betreffende overeenkomsten verbeterd wordt?

Het is primair de taak van de zorgaanbieder zelf om eventuele kennisachterstanden weg te werken. Brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben hierin ook een belangrijke taak.

26

Waarom hebben kleinere zorgaanbieders minder vaak direct contact met de zorgverzekeraar?

In zijn algemeenheid geldt dat het ondoenlijk is voor zorgverzekeraars om met de duizenden kleine aanbieders in de wijkverpleging individueel in gesprek te gaan. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 hebben partijen afgesproken dat zorgverzekeraars voldoende (digitaal) bereikbaar zijn voor zorgaanbieders en in samenspraak beschikbaar zijn

voor overleg dat de koepels van zorgaanbieders in de regio's voor hun leden organiseren en/of organiseren zelf informatiebijeenkomsten voor aanbieders in de regio.

27

Van welke bestaande kwaliteitsparameters wordt gebruik gemaakt bij contractering?

Partijen hebben met elkaar afgesproken om gebruik te maken van bestaande kwaliteitsparameters. De afspraak is dat de aanbieders transparant zijn over de doelgroepen, en zorgverzekeraars hun benchmarkgegevens inzichtelijk maken voor de aanbieders.

Doelgroepeninformatie wordt – net als vorig jaar – door de meeste aanbieders gedeeld met de zorgverzekeraar. Slechts drie zorgverzekeraars gebruiken (mede) de uitkomsten van de doelgroepenregistratie actief. Drie anderen nemen zich dat voor. Beperkingen zien zorgverzekeraars wel: ze vinden de huidige doelgroepen niet homogeen genoeg en de registratie niet eenduidig.

De doelgroepen zijn door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkeld en betreffen (kort samengevat):

- kortdurende nazorg na ziekenhuis;
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (< 3 maanden);
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (> 3 maanden), met het zwaartepunt van de zorg op somatische klachten;
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (> 3 maanden), met het zwaartepunt van de zorg op psychogeriatrische klachten;
- preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben;
- zorg aan terminale cliënten;
- intensieve kindzorg.

28

Welke (bruikbare) data moeten de landelijke kaders volgens de partijen bevatten?

Het gaat partijen onder andere om eenduidige, objectieve informatie over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgaanbieder, betrouwbare informatie over de casemix van patiënten en de uitkomsten van de zorg.

29

Wat is de verklaring voor het verschil tussen de gemiddelde tariefstijging en de prijsindexatiecijfer?

Het zijn twee verschillende getallen. In de Monitor contractering wijkverpleging 2019 noemt de NZa het voorlopige prijsindexatiecijfer 2019 van 3,91%. Recent is ook het definitieve prijsindexatiecijfer van de maximumtarieven bekend geworden; dit is 3,3%.

Daarnaast beschrijft de monitor het getal van de gemiddelde tariefstijging. Dit betreft de gemiddelde stijging van het tarief dat zorgverzekeraars met de geënquêteerde zorgaanbieders hebben afgesproken en dit getal is 3,38%. Onderliggend aan deze tariefafspraken is de prijsindexatie (een procentuele opslag) maar ook afspraken over doelmatigheid, kwaliteit, inzet van gespecialiseerde zorg. Dit kan leiden tot verdere procentuele opslagen, maar ook tot afslagen.

30

Welke maatregelen gaat u inzetten om samenwerking tussen zorgverzekeraars bij onplanbare zorg en bij wijkgerichte preventie te bevorderen?

De partijen van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging werken deze zomer gezamenlijk de punten uit die nodig zijn om lokaal te komen tot contractuele afspraken over onplanbare zorg en wijkgerichte preventie. Het is nu nog niet te zeggen of die uitwerking er toe leidt dat er vanuit mijn kant specifieke maatregelen nodig zijn. Ik wacht de nadere uitwerking en de mogelijk daaruit voor mij voortvloeiende acties af.

31

De Nza ziet voorlopers die zzp-ers het gehele jaar de mogelijkheid bieden om in een contract in te stappen en een zorgverzekeraar die verwijzers informeert over de noodzaak van gecontracteerd

zorgaanbod en de rol van zijn wachtlijstbemiddeling, kan aangegeven worden hoe vaak dit voorkomt? Bij welke zorgverzekeraars komt dit voor?

Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2019 blijkt dat drie van de zeven geïnterviewde zorgverzekeraars zorgaanbieders de mogelijkheid biedt om gedurende het gehele jaar een contract aan te gaan. Ik weet niet welke zorgverzekeraars dit betreft. Het is niet bekend hoe veel contracten gedurende het jaar tot stand komen. Ook is niet bekend hoe vaak de zorgverzekeraar de verwijzer informeert over de noodzaak van gecontracteerd zorgaanbod en de rol van wachtlijstbemiddeling.

32

Worden regiobijeenkomsten om de kleine aanbieders te informeren al georganiseerd? Zo ja, hoe zijn deze ervaren?

Ja, deze worden reeds enige jaren georganiseerd. Niet alle zorgaanbieders maken er gebruik van. Over het algemeen ervaren aanbieders de regio-overleggen als prettig en constructief, hoewel sommigen de mogelijkheid tot inspraak tijdens de bijeenkomst missen of de onderwerpen te algemeen of niet relevant vinden.

33

Hoe kan de ruimte om actie te ondernemen bij onrechtmatig handelen vergroot worden?

Zorgverzekeraars worden steeds beter in de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Zo werken zorgverzekeraars steeds meer risicogericht op basis van data, en werken zorgverzekeraars met elkaar samen via het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook is ZN onderdeel van de Taskforce Integriteit Zorgsector. Het doel van dit samenwerkingsverband is het versterken van de integriteit van de zorgsector door het uitwisselen van informatie, kennis, inzicht en vaardigheden. Samen blijven we eraan werken om het proces omtrent de aanpak van onrechtmatigheden te verbeteren, zodat onrechtmatigheden sneller en beter aan het licht komen en uiteindelijk verder kunnen worden teruggedrongen. Iedere ketenpartner heeft zijn eigen bevoegdheden om hier passende maatregelen voor te treffen.

In de Monitor zorginkoop wijkverpleging 2019 wordt aangegeven dat zorgverzekeraars de mogelijkheden voor samenwerking bij controles op (niet-)gecontracteerde zorg nog meer kunnen verkennen. Daarnaast geeft de NZa in de monitor aan dat als zorgverzekeraars de uitkomsten van rechtmatigheidscontroles méér met elkaar delen dit onrechtmatige zorg kan ontmoedigen, en ziet de NZa ruimte om de landelijke controles op rechtmatige declaraties uit te bouwen. Ik ga in gesprek met zorgverzekeraars om te kijken wat nodig is om de aanbevelingen uit de Monitor op te pakken.

34

Wat is nodig om e-health en innovatieve technologieën sneller van de grond te krijgen?

Diverse factoren spelen een rol om het gebruik van e-health en technologieën als onderdeel van innovatieve zorgconcepten sneller op te schalen. Binnenkort (nog voor het zomerreces) ontvangt uw Kamer de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing. Die rapportage bevat niet alleen het antwoord op deze vraag, maar geeft ook een beeld van de initiatieven die ik neem om e-health en technologieën als onderdeel van innovatieve zorgconcepten sneller op te schalen en gewoon «zorg van nu» te maken, ook in de wijkverpleegkunde.

35

Neemt het aantal meerjarencontracten in vergelijking met voorgaande jaren toe? Zo ja, met hoeveel? Zo nee, hoe kan dat gestimuleerd worden?

Recent heeft het RIVM onderzoek gedaan naar meerjarencontracten in verschillende zorgsectoren.³ Uit dit onderzoek blijkt dat in de wijkverpleging in 2017 nul meerjarencontracten zijn gestart, en in 2018 409 meerjarencontracten.

36

Hoe kan bewerkstelligd worden dat zorgverzekeraars en aanbieders meer over innovatie met elkaar in gesprek gaan?

Allereerst ligt die vraag bij zorgverzekeraars en aanbieders zelf. In het kader van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 zijn afspraken gemaakt om dit te stimuleren. Partijen zijn aan de slag met de uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en zo ook met deze afspraak. Ik zie daarnaast extra kansen om in de regionale context als invulling van de beweging «juiste zorg op de juiste plek» domeinoverstijgende afspraken te maken over (in ieder geval) de domeinen medisch specialistische, huisartsen, paramedische en wijkverpleegkundige zorg. Dit om onder andere slimme zorg thuis (met inzet e-health) te stimuleren zoals verwoord in de motie-Arno Rutte (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 24). Zie ook mijn reactie op de motie in de brief «moties en toezeggingen» van 20 december 2018⁴. In de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing, die uw Kamer nog voor het zomerreces ontvangt, ga ik in op de activiteiten die ik samen met zorgverzekeraars (en zorgkantoren), zorgaanbieders en de NZa onderneem om e-health en innovatieve zorgconcepten te stimuleren via zorginkoop.

37

Kunt u een overzicht bieden van aanvullende maatregelen om te zorgen dat zorgverzekeraars innovaties actiever stimuleren?

Allereerst wil ik stellen dat er al volop mogelijkheden zijn voor zorgaanbieders om te investeren in innovatieve zorgconcepten, en daar met zorgverzekeraars afspraken over te maken. Hiertoe refereer ik aan mijn antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het bericht dat een verdienmodel voor thuiszorgtechnologie ontbreekt (Kamerstuk 2018D46618). Ik vind het vooral belangrijk dat de zorgaanbieders zelf hun innovatieve vermogen meer aanspreken en vergroten. En dat dat vooral een kwestie is van veranderkunde en dus goed management. Zorgverzekeraars kunnen daar goed bij helpen door via de

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/30/meerjarige-contracten-in-de-zorg-stand-van-zaken-anno-2018>.

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/20/moties-en-toezeggingen>.

financiering hiervoor ruimte te creëren, door kennis en ervaringen opgedaan in andere delen van het land en in andere zorgsectoren te delen, en door het initiatief te nemen om, waar nodig, (keten)partijen bij elkaar te brengen.

Voorts verwijs ik hierbij naar de Stimuleringsregeling e-health Thuis⁵, die expliciet ruimte biedt voor partijen om tot afspraken over innovatieve zorgconcepten te komen.

De Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging (TB/REG-18602-01) biedt partijen ruimte om met nieuwe vormen van bekostiging voor deze sector te experimenteren buiten de reguliere regels om. Dit biedt ook ruimte voor het mogelijk maken van e-health en innovatieve zorgconcepten. Momenteel is de NZa bezig met de evaluatie van deze beleidsregel, waarbij de NZa ook expliciet kijkt naar hoe innovatie binnen dit experiment een plaats heeft. Uitkomsten worden rond november 2019 verwacht.

Verder is de NZa voornemens om per 2020 een nieuwe prestatie thuiszorgtechnologie in te voeren. Deze prestatie is in overleg met het veld tot stand gekomen en is een manier waarop de NZa het gebruik en de opschaling van e-health en innovatieve technologieën willen stimuleren.

Voor een totaaloverzicht van aanvullende maatregelen die zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ondersteunen om innovatieve zorgconcepten te implementeren en op te schalen verwijs ik naar de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing. Deze rapportage ontvangt uw Kamer voor het zomerreces.

38

Houden zorgverzekeraars een probleem in stand doordat veel aanbieders van palliatieve zorg geen contract krijgen als gevolg van de definitie van doelmatigheid door zorgverzekeraars? Klopt het dat er veel meer zorgaanbieders lijken te zijn die deze zorg kunnen leveren, dan degenen die nu een contract hebben? Op welke wijze heeft de NZa hiernaar gekeken?

De zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat al hun verzekerden palliatieve zorg kunnen krijgen. Zij moeten namelijk aan hun zorgplicht voldoen. Als aan de zorgplicht wordt voldaan, hoeven geen extra aanbieders gecontracteerd te worden. Er zijn geen signalen dat zorgverzekeraars op dit gebied niet aan de zorgplicht voldoen. Uit deze en eerdere monitors blijkt dat palliatieve terminale patiënten worden uitgesloten van patiëntenstops en dat budgetplafonds niet van toepassing zijn.

39

Welke vier zorgverzekeraars hebben te maken gehad met patiëntenstops in verband met het bereiken van het budgetplafond? Kan nader worden verklaard waarom andere zorgverzekeraars niet geconfronteerd zijn met patiëntenstops vanwege het bereiken van het budgetplafond?

Ik weet niet welke vier zorgverzekeraars dit zijn. Ik heb geen nadere informatie waarom de andere zorgverzekeraars niet te maken hebben gehad met patiëntenstops vanwege het bereiken van het budgetplafond. Overigens hanteren niet alle zorgverzekeraars budgetplafonds.

⁵ <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/ehealth-en-ict-in-de-zorg/programmas/programma-detail/stimuleringsregeling-ehealth-thuis/>.

40

Zijn er verschillen te constateren in het bereiken van de budgetplafonds in de wijkverpleging bij kleinere, middelgrote of grote zorgaanbieders?

Ik heb geen nadere informatie over verschillen in het bereiken van budgetplafonds bij kleinere, middelgrote of grote zorgverzekeraars.

41

Komen alle problemen rond bijcontractering en gebrek aan zorgaanbod via zorgbemiddelingsbureau's wel bij de NZa terecht? Kunnen de verzoeken tot bijcontractering, alsmede andere signalen dat zorgbemiddelingsbureau's geen ruimte meer zien in verband met het budgetplafond, niet automatisch aan de NZa doorgegeven worden zodat er beter zicht komt op misinkoop, budgetplafonds en bijcontractering?

Een zorgaanbieder doet een verzoek tot bijcontractering bij de zorgverzekeraar. Ook moeten zorgaanbieders tijdig bij de zorgverzekeraar melden als zij een budgetplafond bereiken. De zorgverzekeraar hoort dan het budgetplafond op of bemiddelt de cliënten naar een andere gecontracteerde aanbieder die nog wel ruimte heeft. (Ik neem aan dat met het woord zorgbemiddelingsbureau in de vraag de zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar bedoeld wordt en niet een bureau dat zzp'ers bemiddelt naar aanbieders of cliënten). De NZa is hierin geen partij. Ook heeft de NZa geen rol in de toekenning van de verzoeken tot bijcontractering. De NZa gebruikt de informatie over budgetplafonds en het proces van bijcontractering in het kader van haar taak om toezicht te houden op de zorgplicht van de zorgverzekeraars. In dat verband heeft de NZa op basis van haar onderzoek vastgesteld dat de zorgplicht beter ingevuld kan worden als zorgverzekeraars duidelijk maken aan welke criteria een verzoek tot bijcontractering moet voldoen en als zij transparant zijn binnen welke termijn zij reageren op een verzoek tot bijcontractering. Daarnaast kunnen aanbieders conform de contractafspraken de zorgverzekeraar tijdig waarschuwen en het verzoek volgens de afspraken te onderbouwen.

42

Wanneer ontvangt de Kamer een actueel overzicht van de landelijke wachtlijstinformatie voor casemanagement dementie?

Vanaf 1 december 2018 is registratie van wachtlijsten voor casemanagement dementie verplicht. Resultaten van deze registraties zijn nu nog niet betrouwbaar genoeg. De NZa werkt hier samen met Vektis hard aan en verwacht dat in het najaar van 2019 betrouwbare cijfers beschikbaar zijn die ook daadwerkelijk iets zeggen over de wachtlijsten. De NZa wil de informatie beschikbaar stellen op de site van de RIVM, waar ook andere wachttijdgegevens voor medisch-specialistische zorg staan. Deze site is voor iedereen ten alle tijde toegankelijk.

43

Wordt casemanagement dementie meegenomen in de NZa-evaluatie van de experimenten met een integraal tarief in de wijkverpleging?

Dit wordt alleen meegenomen in zoverre casemanagement dementie deel uitmaakt van afspraken die zorgverzekeraars en aanbieders maken in het kader van het Experiment bekostiging verpleging en verzorging.

44

Hoe kan verklaard worden dat er zorgaanbieders zijn die al in januari aangeven dat het budget niet toereikend is? Om hoeveel zorgaanbieders

gaat dit? Worden maatregelen genomen om de tekorten aan budget op te lossen?

Uit figuur 3 van de Monitor contractering 2019 blijkt dat er drie geënquêteerde aanbieders zijn die in januari 2018 het eerste signaal afgaven over behoefte tot bijcontractering. Uit het onderzoek wordt niet duidelijk of deze aanbieders in januari reeds tegen het budgetplafond aanliepen. Alternatieve verklaring is dat deze aanbieders het niet eens zijn met het budgetplafond in hun contract en het verzoek tot bijcontractering zien als een mogelijkheid om een hoger budget af te spreken.

45

Is er een actueel overzicht van de landelijke wachtlijstinformatie voor casemanagement dementie?

Vanaf 1 december 2018 is registratie van wachtlijsten voor casemanagement dementie verplicht. Resultaten van deze registraties zijn nu nog niet betrouwbaar genoeg. De NZa werkt hier samen met Vektis hard aan en verwacht dat in het najaar van 2019 betrouwbare cijfers beschikbaar zijn die ook daadwerkelijk iets zeggen over de wachtlijsten. De NZa wil de informatie beschikbaar

stellen op de site van de RIVM, waar ook andere wachttijdgegevens voor medisch-specialistische zorg staan. Deze site is voor iedereen ten alle tijde toegankelijk.

46

In hoeverre voldoen de casemanagers dementie bij de netwerken aan de kwalificaties die vereist zijn op grond van de Zorgstandaard Dementie en het door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Zorginstituut Nederland ontwikkelde expertiseprofiel?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat zorgverleners zich houden aan de standaarden die zijn opgenomen in het Register van het Zorginstituut. In de geldende Zorgstandaard Dementie (gepubliceerd 18 juli 2013) is het genoemde expertiseprofiel nog niet opgenomen. Momenteel werken partijen met elkaar aan de herziening van de zorgstandaard. Zodra deze gereed is, zal deze worden ingediend bij het Zorginstituut. Wanneer de standaard is opgenomen in het Register, zal de IGJ erop toezien dat zorgverleners zich houden aan de standaard.

47

Vindt u ook, net als de NZa, dat een reële hoogte van het tarief een zaak is van zorgverzekeraar en aanbieder samen?

Ja dat vind ik ook.

48

Hoe kunnen verzekeraars meer duidelijkheid bieden over de afhandeling van de bijcontracteringsverzoeken?

De NZa concludeert in de Monitor contractering wijkverpleging 2019 dat niet duidelijk is uit de overeenkomsten of de inkoopdocumenten van zes onderzochte zorgverzekeraars wat de criteria zijn waaraan het verzoek tot bijcontractering moet voldoen, evenmin wanneer een verzoek te vroeg wordt ingediend. Ook noemen ze geen termijn waarop zij op zo'n verzoek beslissen. Het kan zorgaanbieders helpen als zorgverzekeraars hierover meer duidelijkheid geven.

Wat betreft de momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot (bij)contractering door zorgverzekeraars zijn afspraken gemaakt in het

Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 en aan de uitvoering van deze afspraken wordt door partijen gewerkt.

49

Wat gaat u doen om te waarborgen dat het verzekerde recht op casemanagement dementie richting cliënten wordt waargemaakt, ongeacht de precieze wijze waarop verzekeraars en zorgaanbieders dit onderling organiseren?

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan hun zorgplicht. De wijze waarop verzekeraars en zorgaanbieders dit onderling organiseren is aan hen. De NZa ziet toe op de zorgplicht van verzekeraars.

Dit doen zij onder andere door verzekeraars te bezoeken en te toetsen hoe zij omgaan met wachttijden. Verder gaat de NZa in de regio's waar de wachttijden het hoogst lijken, in gesprek met partijen. Op basis van signalen over wachtlijsten voor casemanagement dementie, is de verplichte registratie van wachttijden op 1 december 2018 gestart. Deze registratie zal naar verwachting in het najaar een betrouwbaar beeld geven van de wachttijden.

Daarnaast werk ik met partijen aan de laatste acties uit het Actieplan Casemanagement Dementie. Eén van de doelen op die actielijst is dat de wachttijd voor casemanagement binnen de Treeknorm blijft.

50

Wat wordt bedoeld met de opmerking dat ten opzichte van vorig jaar ruim 2,5% meer is gecontracteerd, wordt hiermee bedoeld 2,5% meer aanbieders of 2,5% meer volume aan zorg?

Van de 239 aanbieders die de enquête van de NZa invulden, had ruim 94% voor 2019 een contract met een of meerdere zorgverzekeraars afgesloten. Dit zijn 2,5% meer aanbieders dan vorig jaar. Uit de analyse van Vektis (verwacht in het najaar van 2019) moet blijken wat de ontwikkeling is van het volume van de niet-gecontracteerde zorg in 2017, 2018 en eerste kwartaal van 2019.

51

Kan uiteengezet worden wat voor soort aanbieders dit dan zijn, indien met die 2,5% meer aanbieders bedoeld wordt?

Er is geen nadere informatie welke aanbieders dit zijn.

52

Hoeveel zorgaanbieders – in getallen – hebben (bewust) geen contracten gesloten met zorgverzekeraars? Wat was hiervoor de reden?

Informatie over redenen om wel of niet een contract aan te gaan volgt uit deel twee van de Monitor contractering wijkverpleging 2019, die na de zomer gepubliceerd wordt. Uiteraard breng ik uw Kamer op de hoogte van de resultaten.

53

Bij hoeveel procent van de afgewezen contractverzoeken was de (zorgelijke) kwaliteit de reden om een contract af te wijzen?

Ik beschik niet over dergelijke gegevens. Informatie over redenen om wel of niet een contract aan te gaan volgt uit deel twee van de Monitor contractering wijkverpleging 2019, die na de zomer gepubliceerd wordt. Uit dit deel 2 komt mogelijk een (kwalitatief) beeld naar voren in welke mate zorgverzekeraars geen contract aangaan vanwege zorgelijke

kwaliteit van de zorglevering van een aanbieder. Er zal echter geen percentage gegeven kunnen worden.

54

Welke rol ziet de NZa voor zichzelf om te zorgen dat de tariefsverhoging minimaal de door haarzelf gestelde indexatie haalt (de NZa geeft immers aan dat niet geconcludeerd kan worden of de Overheidsbijdrage in de Arbeids-kostenontwikkeling (OVA) wel of

niet in de tariefstijging verwerkt is, terwijl inmiddels bekend is dat de gemiddelde tariefsverhoging 3.338% bedraagt, terwijl de prijsindexatie volgens de Nza 3.91% is)?

De NZa ziet hiervoor zichzelf geen rol weggelegd. Het grootste deel van de gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg (98%) wordt tussen verzekeraars en zorgaanbieders overeengekomen binnen de beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging (TB/REG-18602-01). Hierin kunnen partijen afwijken van de reguliere prestaties en tariefregulering. Partijen komen hierin doorgaans een all-in uurtarief overeen. Ook zijn er contracten met week- en maandtarieven. De tarieven binnen deze regeling zijn op aanwijzing van het ministerie vrijgegeven en worden dus niet gereguleerd. Voor de reguliere tarieven verpleging en verzorging voert de NZa periodiek kostenonderzoek uit om te borgen dat deze tarieven gemiddeld kostendekkend zijn. Voor sectoren (of in dit geval onderdeel van een sector) waarin de tarieven zijn vrijgegeven is het aan zorgverzekeraar en zorgaanbieder welk tarief overeen wordt gekomen. De overheid heeft hierin verder geen rol. Wel hebben partijen in het kader van het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 afgesproken dat de OVA in deze tarieven zal worden verwerkt. De NZa monitort de afspraken in het hoofdlijnenakkoord, waaronder ook deze afspraak. Er wordt dus niet apart kostenonderzoek uitgevoerd, maar in de vragenlijsten wordt deze afspraak meegenomen voor de jaarlijkse monitoring.

55

Zorgt de NZa ook voor een monitor over wat een «reëel tarief» is om de toegang en kwaliteit van zorg (nu en in de toekomst) te kunnen borgen?

Nee, de NZa gaat een dergelijke monitor niet uitvoeren. Het is aan partijen om tot een reëel tarief te komen, die voldoet aan de zorgplicht van de zorgverzekeraars en de continuïteit van de zorg borgt.

56

Welke mogelijkheden ziet u in het kader van oplossingen voor de arbeidsproblematiek, om omscholing naar casemanagement te bevorderen en zo de uitstroom van wijkverpleegkundigen te beperken?

Op-, bij- en omscholing van nieuwe en zittende medewerkers kan bijdragen aan personeelsvraagstukken in de zorg. Om opleidingen gericht op extra instroom in de zorg te stimuleren stelt dit kabinet met de subsidie SectorplanPlus € 370 miljoen beschikbaar voor opleidingstrajecten. Ook in de wijkverpleging kunnen werkgevers gebruik maken van deze scholingsimpuls. Zorginstellingen kunnen onder SectorplanPlus een subsidie aanvragen voor opleidingstrajecten gericht op met name nieuwe instroom. Onder voorwaarden kan de subsidie ook worden ingezet voor opscholing van bestaand personeel, zoals de opleiding tot casemanagement dementie. Naast SectorplanPlus is goed werkgeverschap ook van groot belang in het behoud van personeel.

57

De NZa constateert dat grote aanbieders door de dominante zorgverzekeraar gecontracteerd worden tegen een significant hoger gemiddeld integraal uurtarief dan kleinere aanbieders, kan dit nader geïdentificeerd worden?

In het kader van de Monitor contractering wijkverpleging 2019 is niet onderzocht waarom grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders. De NZa schrijft dat een aannemelijke verklaring daarvoor is dat grote aanbieders een breder scala aan prestaties hebben en dat met grote aanbieders nadere afspraken worden gemaakt over de inzet van gespecialiseerde verpleging. De NZa heeft dit echter niet nader onderzocht.

58

Welke maatregelen worden genomen om zorgaanbieders geen onnodige en dubbele registratie te laten voeren, want van de zorgaanbieders hanteert negen procent zowel de 5-minutenregistratie als de Z=P=R,T?

De uitkomsten van de monitor schetsen de situatie in december 2018/januari 2019. Inderdaad blijkt dat 9% van de aanbieders op dat moment dubbel registreert, dus zowel werkt met de registratiestandaard «zorgplan=planning=realisatie, tenzij» (Z=P=R,T), maar daarnaast gebruik maakt van de vijfminutenregistratie. Er is geen zorgverzekeraar die een dubbele registratie van de aanbieder verwacht. Als een aanbieder dit toch doet, doet hij dat op eigen gelegenheid. Er zijn aanbieders die de dubbele registratie aanhouden omdat de verloning gekoppeld is aan de tijdregistratie. Ondersteunende tools bij (verdere) implementatie van de alternatieve registratiestandaard zijn in april 2019 gepubliceerd. Hierin is ook aandacht voor het punt van verloning en wordt nadrukkelijk geadviseerd om dit niet te koppelen aan de tijdregistratie.

59

Om welke aanvullende voorwaarden gaat het en wat zegt dit over de extra bureaucratie in de zinsnede: «Wij concluderen dat zorgverzekeraars soms aanvullende voorwaarden stellen aan aanbieders, zoals doelmatigheidseisen, om gebruik te mogen maken van de nieuwe registratiestandaard?»

De NZa constateert dat 12% van de zorgaanbieders die Z=P=R, T hanteren, hiervoor aan aanvullende voorwaarden moeten voldoen, en de overige 88% niet. Het gaat slechts om een beperkt aantal zorgaanbieders, die niet allemaal even gedetailleerd de aanvullende voorwaarden in de vragenlijst vermelden. De aanvullende voorwaarden die genoemd worden zijn:

- van tevoren aan de zorgverzekeraar toestemming vragen om de nieuwe registratiesystematiek te kunnen gebruiken,
- voldoen aan bepaalde doelmatigheidseisen van de zorgverzekeraar: maximaal aantal uren per cliënt per maand
- eisen aan het zorgplan: specifieke eisen aan de mate van detail en/of aan de indicatiestelling.

Het gaat hier niet om noemenswaardig extra bureaucratie.

60

Wordt de doelmatigheidsmeting voor alle verzekeraars gelijk als de nieuwe landelijke bekostigingsregels bekend zijn?

De huidige bekostiging in de wijkverpleging stimuleert inzet van uren zorg, zonder dat de behoefte van de cliënt centraal staat. Er is een gebrek aan inzicht in de zorgverlening, zowel in de verwachte behoefte aan zorg van cliënten als in de uitkomsten van de zorgverlening. De toekomstige bekostiging moet dit knelpunt oplossen. De NZa werkt aan de ontwik-

keling van een operationeel systeem van casemix-correctie, en/of een systeem van uitkomstinformatie⁶. Gecombineerd met een vaste vergoeding per zorgepisode, zoals een weekmaand-of jaarprestatie per cliënt is dit een manier om ruimte te geven voor innovatieve manieren van behandeling, preventie, zelfredzaamheid en inzet van technische hulpmiddelen, zoals zorg op afstand. De zorgaanbieder wordt in dat geval niet direct financieel benadeeld als er minder of anderszins zorg wordt geleverd. Immers de hoeveelheid directe geleverde tijd verpleging en verzorging per maand of jaar is in dat geval niet meer bepalend voor de vergoeding van zorg. De NZa zal deze insteek, inclusief mogelijkheden en beperkingen, uitwerken. Wel is de verwachting dat als de bekostiging meer handvatten geeft om te sturen op doelmatigheid, de variatie in doelmatigheidsmetingen door zorgverzekeraars zal verminderen.

61

De meeste zorgverzekeraars kopen onplanbare zorg niet apart in, dit is een verantwoordelijkheid van het veld, maar hoe verhoudt zich dit tot de verantwoordelijkheid van de zorgplicht van de zorgverzekeraars?

Voor alle verzekerden dient onplanbare zorg beschikbaar te zijn. Zorgverzekeraars dienen dat dan ook in te kopen voor al hun verzekerden. Zij kunnen dat apart inkopen of anderszins. Per 2020 zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars landsdekkend afspraken hebben gemaakt over avond, nacht en weekendzorg en coördinatie van eerstelijnsverblijf.

62

Waarom hebben de meeste zorgverzekeraars in het contracteerbeleid 2019 geen stappen gezet ten opzichte van 2018 om wijkgericht werken te stimuleren?

Het is aan iedere individuele zorgverzekeraar om zijn inkoopbeleid vorm te geven. Zorgverzekeraars brengen jaarlijks in april hun inkoopbeleid voor het volgende jaar uit. In april 2018 was ik nog niet met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in gesprek over het bevorderen van wijkgericht werken. Ik vind het daarom logisch dat nog niet in ieder afzonderlijk inkoopbeleid voor 2019 daarover iets staat. Dat laat onverlet dat sommige zorgverzekeraars al jaren heel gericht inzetten op wijkgericht werken. Zo heeft bijvoorbeeld zorgverzekeraar Zilveren Kruis een specifiek inkoopkader «wijkgericht werken».

63

Kan een overzicht worden gegeven van de niet-patiëntgebonden activiteiten waarvoor driekwart van de aanbieders aangeeft géén compensatie in het tarief te ontvangen, ondanks het feit dat zij afspraken met zorgverzekeraars over wijkgericht werken hebben gemaakt?

Ik beschik niet over een dergelijk overzicht. In de monitor is hierover alleen de vraag gesteld: Heeft u voor niet cliëntgebonden activiteiten binnen wijkgericht werken een compensatie (bijv. opslag) in het tarief gekregen? (ja/nee). Geen vervolgvraag.

64

De gespecialiseerde verpleging maakt onderdeel uit van het integrale tarief, kan aangegeven worden waarom hiervoor gekozen is?

Zorgverzekeraars en aanbieders zijn in het kader van het experiment bekostiging wijkverpleging (Experiment bekostiging verpleging en verzorging – TB/REG-18602–01) vrij om afspraken te maken over de

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 964.

vormgeving van prestaties en tarieven die hen het beste uitkomen, onder voorwaarde van een contract. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen verschillende redenen hebben om de gespecialiseerde verpleging onderdeel uit te maken van het integrale tarief.

65

Waarom is het aantal zorgverzekeraars dat regio-overleggen organiseert afgenomen, zeker aangezien zorgverzekeraars én aanbieders de meerwaarde van deze overleggen aangeven?

Het aantal zorgverzekeraars dat regiobijeenkomsten organiseert is inderdaad afgenomen (van zes zorgverzekeraars in 2018 naar vier in 2019). Het onderzoek biedt daarvoor geen verklaring.