

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Gemeente Aalsmeer
Postbus 253
1430 AG AALSMEER

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Z

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1275886-171470-Z

Uw brief
Z-2016/061327

Bijlage(n)

Datum 22 mei 2018
Betreft Zorgen in Amstelland

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte burgemeesters en wethouders,

Met belangstelling heb ik uw brief gelezen over uw zorgen rondom de thuiszorg in de gemeentes Aalsmeer, Amstelveen, Ouder-Amstel en Uithoorn. Naar aanleiding van uw brief heeft er op 14 maart onder uw leiding een gesprek plaatsgevonden met betrokken zorgaanbieders en een afvaardiging van het Ministerie van VWS. U heeft in dit gesprek de problematiek nader toegelicht en blijkt gegeven van veel betrokkenheid. Tijdens het gesprek hebt u verzocht om in mijn reactie, naast de punten in uw brief, ook nader in te gaan op enkele andere onderwerpen. Graag kom ik aan dat verzoek tegemoet.

Zorgen in de regio over de levering van zorg

U geeft aan dat het probleem met name zit in de versnippering van de zorg als gevolg van wijzigingen in de langdurige zorg. Mensen blijven steeds langer thuis wonen, maar hebben soms een complexe zorgvraag. Het is van belang dat de zorg tijdig beschikbaar is, van goede kwaliteit is en er goed tussen de verschillende zorgverleners wordt samengewerkt. U geeft aan dat binnen de Zvw alle zorgverzekeraars individueel inkopen, waardoor het lastig inzichtelijk is welke aanbieder door welke zorgverzekeraar is gecontracteerd en of er beschikbaarheid is. Dit is afhankelijk van de afgesproken budgetplafonds tussen de aanbieder en zorgverzekeraar en de beschikbaarheid van personeel. Omdat elke zorgverzekeraar zijn eigen contractafspraken maakt, verschilt het gecontracteerde aanbod per verzekeraar. Maar ook kan het zo zijn dat voor de ene patiënt er sprake is van een cliëntenstop, terwijl voor een patiënt die bij een andere zorgverzekeraar zit de zorg vanuit deze aanbieder wel geleverd kan worden. Ook geven zorgverleners aan dat het soms zeer lastig is de zorg voor patiënten te regelen, zeker in het geval de zorg op korte termijn moet worden geleverd en het een zware zorgvraag betreft. Er moeten dan veel aanbieders worden gebeld voordat er een aanbieder is die de patiënt in zorg kan nemen.

U geeft aan dat aanbieders uit andere regio's de zorg soms zelfs overnemen. Als laatste geeft u aan dat diverse verzekeraars complexe contractvoorwaarden

stellen waar kleine zorgaanbieders bijna onmogelijk aan kunnen voldoen. Deze lokale zorgpartijen ondervinden moeite met het afsluiten van contracten. Decentralisaties vragen om nauwe samenwerking en goede afspraken tussen gemeenten en zorgaanbieders. U vraagt of het mogelijk is om volgebeleid zoals dat bij de huisartsenzorg gebruikelijk is toe te passen op de wijkverpleging.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Z

Kenmerk
1275886-171470-Z

Ik heb de reactie op uw zorgen geclusterd in de volgende thema's:

- Volgebeleid en inkopen in representatie
- Contractering door zorgverzekeraars
- Casemanagement dementie
- Regionale coördinatiepunten
- Delen van informatie
- Personeelstekort

Volgebeleid en inkopen in representatie

In 2015 is als onderdeel van de bredere Hervorming Langdurige Zorg de wijkverpleging overgegaan van de AWBZ naar de Zvw. Hierdoor is deze zorg dichter bij de andere eerstelijnszorg gepositioneerd. Dit draagt bij aan een betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgaanbieders in de Zvw. De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen bevordert de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en vermindert het beroep op zwaardere vormen van zorg. Zoals gebruikelijk in de Zvw, bepaalt de professional, in dit geval de verpleegkundige, wat de cliënt - gezien zijn situatie - aan zorg nodig heeft. Zorgverzekeraars kopen, na het transitiejaar in 2015, de zorg individueel in en krijgen daarmee zonder financieringsschotten regie op de gehele zorgketen.

Dat zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden de zorg individueel inkopen is een cruciaal onderdeel van het zorgstelsel. Het huidige systeem is erop gebaseerd dat zorgverzekeraars individueel inkopen, zodat zij zich kunnen onderscheiden en verzekerden kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars die ook echt verschillend zijn in termen van de hoogte van de premie en inhoud. De keuzemogelijkheden die door de wetgever zijn geïntroduceerd worden beschermd door de Mededingingswet. In haar toezicht op de naleving van de Mededingingswet ziet de Autoriteit Consument en Markt (ACM) erop toe dat zorgverzekeraars geen onderlinge afspraken maken die de mededinging beperken en daardoor de belangen van patiënten en verzekerden schaden. Het uitgangspunt van individuele inkoop staat er nadrukkelijk niet aan in de weg dat zorgverzekeraars onderling, of samen met zorgaanbieders, afspraken maken over elementen die niet de mededinging beperken (niet-concurrentiële elementen). Zo is het in beginsel altijd toegestaan om afspraken te maken over het verminderen van administratieve lasten, ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en verschillende procesmatige afspraken.

Concurrentiële elementen, waaronder tarieven, dienen in beginsel onderdeel te zijn van individuele inkoop door zorgverzekeraars. Wel kan een zorgaanbieder de voorwaarden die hij met de ene zorgverzekeraar heeft afgesproken ook voorleggen aan de andere zorgverzekeraars. Die kunnen vervolgens besluiten (een deel van) die voorwaarden te volgen dan wel een eigen aanbod te doen. Zoals u ook in uw brief van 14 maart aan mij hebt toegelicht, is bijvoorbeeld in de huisartsenzorg veelal sprake van een dergelijk volgebeleid. Hierbij kunnen zorgverzekeraars naar elkaar de intentie uitspreken om voor zover dat het in het

belang is van hun verzekerden de contractuele voorwaarden te volgen die de zorgaanbieder aanbiedt aan de in zijn ogen 'preferente' zorgverzekeraar. Essentieel is dat het besluit om zich al dan niet te committeren aan die contractuele voorwaarden een individuele afweging is van zowel aanbieder als verzekeraar. VWS heeft daarbij geen rol en schrijft niet voor in welke sectoren zorgaanbieders en zorgverzekeraars een dergelijk volgreide hanteren.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Z

Kenmerk
1275886-171470-Z

U vroeg tijdens het gesprek om in mijn antwoordbrief ook in te gaan op inkoop in representatie. Bij inkoop in representatie wordt een zorgverzekeraar door de andere zorgverzekeraars expliciet gemandateerd om in een regio contracten te sluiten. Deze contractuele afspraken zijn dan voor de andere zorgverzekeraars zowel op inhoud als op tarief/budget geldig en een zorgverzekeraar kan hier niet vanaf wijken. Bij inkoop in representatie worden belangrijke principes van de Zorgverzekeringswet buiten spel gezet. Zo vermindert inkoop in representatie de prikkels voor individuele zorgverzekeraars om te sturen op doelmatigheid. Ook kunnen zorgverzekeraars zich bij inkoop in representatie niet meer van elkaar onderscheiden, waardoor er voor patiënten/verzekerden en zorgaanbieders geen alternatieve keuzemogelijkheden meer overblijven. Tegen deze achtergrond is inkoop in representatie binnen de kaders van de Mededingingswet daarom in beginsel slechts toegestaan indien reeds op grond van wet- en regelgeving blijkt dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks over commerciële vrijheden beschikken om zich van elkaar te onderscheiden. Er is dan immers geen mededinging die kan worden beperkt.

Contractering door zorgverzekeraars

Daarnaast zijn tijdens de bijeenkomst op 14 maart met aanbieders en gemeentes een aantal voorbeelden genoemd waarbij het voor zorgverleners zeer veel moeite heeft gekost om een patiënt de juiste zorg te leveren. Dit kwam omdat een deel van de aanbieders te maken heeft met tekorten aan personeel, maar soms speelt ook het budgetplafond een rol in de beschikbaarheid van zorg. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht naar hun verzekerden. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, zodat patiënten tijdig en in hun eigen regio terecht kunnen. Als het omzetplafond in zicht is zal de zorgaanbieder contact opnemen met de zorgverzekeraar. Wanneer er voldoende zorg bij andere zorgaanbieders in de regio is ingekocht kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen om niet bij te contracteren en patiënten door de verwijzen naar andere zorgaanbieders. Maar de zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om bij te contracteren bij dezelfde aanbieder. Ik waardeer het zeer dat wanneer het een acute zorgvraag betreft zorgverleners net zolang zoeken tot een zorgaanbieder gevonden is en ik begrijp dat het voorleggen bij de zorgverzekeraar in deze gevallen mogelijk te lang duurt, maar ik vraag zorgverleners om de signalen wel door te geven aan de betreffende zorgverzekeraar. Deze signalen kunnen voor zorgverzekeraars aanleiding zijn om bij te contracteren. Nog liever zou ik zien dat de zorgverlener de zorgverzekeraar eerder betreft en de zorgverzekeraar vraagt bij welke zorgaanbieder de verzekerde op dat moment terecht kan. Deze is namelijk verantwoordelijk voor het bemiddelen naar een andere zorgaanbieder en moet dus kunnen aangeven waar er een beschikbare plek is voor zijn verzekerde. Ook kunnen dit soort signalen doorgegeven worden aan de NZa. De NZa ziet toe op de zorgplicht bij zorgverzekeraars. De NZa zal bij cliëntenstops contact opnemen met zorgverzekeraars om toe te zien of er voldoende passende zorg wordt geregeld door de zorgverzekeraar en de zorgplicht niet in het geding komt.

Kleine zorgaanbieders die moeite hebben om een contract af te sluiten vanwege complexe contractvoorwaarden, kunnen zich richten tot de Geschillencommissie zorgcontractering. Als zorgverzekeraars en zorgaanbieders problemen ondervinden bij het sluiten (precontractueel) of naleven (contractueel) van hun zorgcontract en er onderling niet uit komen, kan de geschilleninstantie uitkomst bieden. Meer informatie kunt u vinden op de website van het Nederlands Arbitrage Instituut (www.nai-nl.org).

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Z

Kenmerk
1275886-171470-Z

Casemanagement dementie

Casemanagement dementie is een belangrijke vorm van zorg voor de patiënt en zijn naasten. Iemand met dementie moet hier – als hij of zij dit nodig heeft – dan ook gebruik van kunnen maken. Voldoende beschikbaarheid van goede kwaliteit is hiervoor essentieel.

Zorgverzekeraars hebben daarom vanuit het actieplan casemanagement afgesproken dat zij voor 2018 voldoende individueel casemanagement (als onderdeel van het budget wijkverpleging) inkopen. In de inkoopmonitor wijkverpleging wordt getoetst of dit inderdaad het geval is. Daarnaast werken de verzekeraars op dit moment vanuit het project 'Samen op weg' aan een lijst met inhoudelijke- en kwaliteitscriteria waaraan de inkoop voor casemanagement dementie vanaf 2019 moet voldoen.

De kwaliteiten waaraan een specialistisch casemanager – maar ook een wijkverpleegkundige of andere functionaris die casemanagement levert – moeten voldoen zijn vastgelegd in het 'Expertisegebied dementieverpleegkundige'¹. De vorm waarop casemanagement is georganiseerd kan verschillen per regio. Deze ruimte is nodig om voldoende beschikbaarheid van casemanagement te garanderen. De gekozen organisatievorm moet echter wel voldoen aan de kwaliteitseisen zoals deze zijn vastgelegd in de 'Zorgstandaard Dementie'². Het is aan de verzekeraar en zorgaanbieder om hierop in de regio te sturen.

Regionale coördinatiepunten

Tijdelijk verblijf (zoals eerstelijnsverblijf, respijtzorg en Wlz-crisis zorg) moet beschikbaar zijn voor cliënten die om medische of sociale reden tijdelijk niet thuis kunnen blijven. Zoals bekend, heeft VWS aan ZN gevraagd regionale coördinatiepunten op te zetten. Deze moeten zorgverleners ondersteunen in het verkrijgen van realtime inzicht in beschikbare capaciteit van tijdelijk verblijf en het regelen ervan en, wanneer gewenst, het bepalen van de juiste zorgvorm. Per 1 april is er een landelijk dekkend netwerk voor het eerstelijnsverblijf. VWS heeft ZN gevraagd eind dit jaar de verbreding van regionale coördinatiepunten naar alle vormen van vervolgzorg gereed te hebben³.

Delen van informatie

In uw brief geeft u aan dat (onduidelijkheid over) de Mededingingswet het maken van afspraken over inzicht in beschikbare capaciteit belemmert. Hoewel de Mededingingswet grenzen bevat voor de informatie die partijen onderling mogen uitwisselen, ziet dat enkel op concurrentiegevoelige informatie, zoals prijzen of kosten. Naar aanleiding van uw signaal heb ik contact opgenomen met de ACM.

¹ <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Expertisegebied%20dementieverpleegkundige.pdf>

² <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-dementie.pdf>

³ Zie <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D23126&did=2018D23126>

De ACM heeft aan mij toegelicht dat de mededingingsregels het onderling delen van informatie over welke zorgaanbieder(s) op een bepaald moment – en gezien de zorgvraag van een specifieke cliënt - capaciteit heeft (hebben), niet verbiedt. De ACM is overigens bereid om - waar nodig en relevant - mee te denken wanneer zorgorganisaties tegen dergelijke vraagstukken aanlopen.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Z

Kenmerk
1275886-171470-Z

Personeelstekort

Het tekort aan medewerkers is een van de belangrijkste uitdagingen voor de brede sector van zorg en welzijn. Als we nu niets extra en anders gaan doen, dan dreigt in 2022 een tekort van 100 tot 125 duizend medewerkers. Nu al werkt 1 op de 7 mensen in de zorg. Als we niet beter en anders gaan kiezen, leren en werken dan moet straks in 2040 1 op de 4 mensen in de zorg werken. Daarom is het van belang om in te spelen op de veranderende zorgvraag en de mogelijkheden van technologie, digitalisering, innovatie en e-health te benutten. Ik heb onlangs samen met de minister Bruins en staatssecretaris Blokhuis een actieprogramma Werken in de Zorg⁴⁵ gelanceerd om samen met de landelijke en regionale partijen in zorg en welzijn te zorgen voor voldoende medewerkers, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen. Daarbij zetten we in op drie actielijnen:

1. Meer kiezen voor de zorg
2. Beter leren in de zorg
3. Anders werken in de zorg

De focus hierbij ligt op de regio. Daar wonen, werken en leren mensen. In de regio's worden regionale actieplannen aanpak tekorten (RAAT) opgesteld door werkgevers in zorg en welzijn, met met actieve betrokkenheid van onderwijs, zorginkopers, overheden en medewerkers in de regio. De regionale actieplannen geven inzicht in welke opgave er voor de regio ligt en laten zien welke concrete acties partijen nemen om dit op te lossen. Deze actieplannen worden komende jaren verder aangescherpt door het leren binnen en tussen regio's actief te stimuleren.

Het streven om patiënten zo dicht mogelijk bij huis van zorg te voorzien zorgt ervoor dat er veel meer vraag is naar wijkverpleegkundige zorg. De wijkverpleegkundige heeft de afgelopen jaren (weer) een centrale rol gekregen. Tegelijkertijd is de uitstroom relatief hoog. Een van de belangrijkste opgaven van dit moment is de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde medewerkers. Dit vraagt net als in de brede aanpak om een aanpak op het aantrekken van meer mensen, het behouden van huidig personeel en het aantrekkelijker maken van het werk. Meer specifiek voor de wijk is nodig dat meer studenten verpleegkunde kiezen voor de wijk. Dat betekent aandacht in de opleiding voor het werken in de wijk in het curriculum en met kwalitatief goede stages met veel aandacht voor de mogelijkheden dat het werken in de wijk biedt.

Daarnaast zal het vak van de wijkverpleegkundige zich verder ontwikkelen en aantrekkelijker worden gemaakt. In de wijk betekent dit bijvoorbeeld meer tijd voor zorg en minder voor administratie. Hiervoor ontwikkelen we een apart actieprogramma gericht op het verminderen van regeldruk. Het werk kan verder ook aantrekkelijker worden gemaakt met meer ruimte voor brede ontwikkeling. Bijvoorbeeld met combinatiefuncties, deels in de wijk deels in het ziekenhuis. Of naar een goede taakverdeling binnen wijkteams. Bijvoorbeeld om via job-carving

⁴ Kamerstukken II, 2017-2018, 29282-303.

sommige niet-zorgtaken uit te besteden aan mensen zonder een zorgopleiding. Daarnaast zet ik in op meerjaren contracten in de wijkverpleging. Langere inkoopcontracten bieden zekerheid voor de aanbieders van thuiszorg en kunnen daarmee ook bijdragen aan een strategische personeelsplanning.

Afsluitend

In mijn overleggen met Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars is al regelmatig aandacht voor de door u genoemde onderwerpen. Ik zal die aandacht de komende tijd intensiveren.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Directoraat Generaal
Langdurige Zorg
Directie Z

Kenmerk
1275886-171470-Z