

LIJST VAN VRAGEN

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Nr.	Vraag
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?
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?
3	Waarom is er geen verplichte registratie van de wachttijden in de wijkverpleging?
4	Hoe bepalen zorgverzekeraars hoeveel zorg (volume) ze moeten inkopen, als er geen verplichte wachttijdenregistratie is?
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?
6	Welke stappen worden gezet om nog een hoger aantal zorgaanbieders te bereiken met het verzoek af te stappen van de 5-minutenregistratie?
7	Waarom is het afschaffen van de 5-minutenregistratie nooit verplicht om de bureaucratie in de wijkverpleging tegen te gaan?
8	Hoeveel patiëntenstops – in getallen – waren er in de afgelopen vijf jaar tot en met heden in de wijkverpleging?
9	Is het voorgekomen dat patiëntenstops in de wijkverpleging tot een gevaar voor de continuïteit van de zorg hebben geleid?
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?
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?
12	Wat is de belangrijkste reden voor zorgaanbieders om nog steeds met de 5-minutenregistratie te werken?
13	Hoe kunnen aanbieders geholpen worden bij het indienen van verzoeken tot bijcontractering?
14	Welke andere redenen kunnen er zijn dat grote aanbieders een hoger tarief hebben dan kleine aanbieders?
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?
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?
17	Welke concrete oplossingen biedt u voor het oplossen van wachttijden voor casemanagement dementie op de korte termijn?

Nr.	Vraag
18	Tegen welke knelpunten lopen zorgaanbieders aan bij het oplossen van wachttijden voor casemanagement dementie?
19	Kan toegelicht worden waarom nog maar in beperkte mate afspraken gemaakt worden over e-health en innovatieve technologie?
20	Kan toegelicht worden waarom alleen innovatieve 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?
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?
23	Worden maatregelen getroffen om zorgverzekeraars uniform de doelmatigheid van zorgaanbieders te laten meten? Zo neen, waarom niet?
24	Waarom is er geen duidelijke beweging te zien dat zorgverzekeraars gespecialiseerde wijkverpleging selectiever inkopen, ook als personeelstekorten hier wel om vragen?
25	Hoe wordt geregeld dat de kennisachterstand van kleinere aanbieders betreffende overeenkomsten verbeterd wordt?
26	Waarom hebben kleinere zorgaanbieders minder vaak direct contact met de zorgverzekeraar?
27	Van welke bestaande kwaliteitsparameters wordt gebruik gemaakt bij contractering?
28	Welke (bruikbare) data moeten de landelijke kaders volgens de partijen bevatten?
29	Wat is de verklaring voor het verschil tussen de gemiddelde tariefstijging en de prijsindexatiecijfer?
30	Welke maatregelen gaat u inzetten om samenwerking tussen zorgverzekeraars bij onplanbare zorg en bij wijkgerichte preventie te bevorderen?
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?
32	Worden regiobijeenkomsten om de kleine aanbieders te informeren al georganiseerd? Zo ja, hoe zijn deze ervaren?
33	Hoe kan de ruimte om actie te ondernemen bij onrechtmatig handelen vergroot worden?
34	Wat is nodig om e-health en innovatieve technologieën sneller van de grond te krijgen?
35	Neemt het aantal meerjarencontracten in vergelijking met voorgaande jaren toe? Zo ja, met hoeveel? Zo nee, hoe kan dat gestimuleerd worden?
36	Hoe kan bewerkstelligd worden dat zorgverzekeraars en aanbieders meer over innovatie met elkaar in gesprek gaan?
37	Kunt u een overzicht bieden van aanvullende maatregelen om te zorgen dat zorgverzekeraars innovaties actiever stimuleren?

Nr.	Vraag
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?
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?
40	Zijn er verschillen te constateren in het bereiken van de budgetplafonds in de wijkverpleging bij kleinere, middelgrote of grote zorgaanbieders?
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?
42	Wanneer ontvangt de Kamer een actueel overzicht van de landelijke wachtlijst informatie voor casemanagement dementie?
43	Wordt casemanagement dementie meegenomen in de NZa-evaluatie van de experimenten met een integraal tarief in de wijkverpleging?
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?
45	Is er een actueel overzicht van de landelijke wachtlijst informatie voor casemanagement dementie?
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?
47	Vindt u ook, net als de NZa, dat een reële hoogte van het tarief een zaak is van zorgverzekeraar en aanbieder samen?
48	Hoe kunnen verzekeraars meer duidelijkheid bieden over de afhandeling van de bijcontracteringverzoeken?
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?
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?
51	Kan uiteengezet worden wat voor soort aanbieders dit dan zijn, indien met die 2,5% meer aanbieders bedoeld wordt?
52	Hoeveel zorgaanbieders – in getallen – hebben (bewust) geen contracten gesloten met zorgverzekeraars? Wat was hiervoor de reden?
53	Bij hoeveel procent van de afgewezen contractverzoeken was de (zorgelijke) kwaliteit de reden om een contract af te wijzen?

Nr.	Vraag
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 Arbeidskostenontwikkeling (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)?
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?
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?
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 geduid worden?
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?
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»?
60	Wordt de doelmatigheidsmeting voor alle verzekeraars gelijk als de nieuwe landelijke bekostigingsregels bekend zijn?
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?
62	Waarom hebben de meeste zorgverzekeraars in het contracteerbeleid 2019 geen stappen gezet ten opzichte van 2018 om wijkgericht werken te stimuleren?
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?
64	De gespecialiseerde verpleging maakt onderdeel uit van het integrale tarief, kan aangegeven worden waarom hiervoor gekozen is?
65	Waarom is het aantal zorgverzekeraars dat regio-overleggen organiseert afgenomen, zeker aangezien zorgverzekeraars én aanbieders de meerwaarde van deze overleggen aangeven?