

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Rijnstraat 50  
2515 XP DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
732203-133891-CZ

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
27 februari 2015

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

Datum 18 maart 2015  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het succes van Buurtzorg (2015Z03523).

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het succes van Buurtzorg(2015Z03523)

1

Bent u er ook trots op dat Buurtzorg een voorbeeld is tot ver over onze landsgrenzen? 1)

Het is goed dat Buurtzorg een positief voorbeeld is, buiten Nederland maar zeker ook in Nederland.

2

Kunt u uitleggen waarom het zo ingewikkeld is om – ondanks het evidente kwalitatieve succes van Buurtzorg – de werkwijze van Buurtzorg de norm te laten zijn in de Nederlandse thuiszorg? Hoeveel echt zelfsturende teams, dus zonder manager en hiërarchie, zijn er te vinden buiten Buurtzorg Nederland?

Mede vanwege het succes van de werkwijze van Buurtzorg zijn er inmiddels meerdere andere aanbieders die er voor hebben gekozen om te werken met zelfsturende teams. Dat stimuleer ik ook via programma's als In Voor Zorg!; het programma waaraan ook Buurtzorg heeft meegedaan. Of via de experimenten Regelarme instellingen, waaraan Buurtzorg heeft meegedaan. Voorbeelden hiervan zijn Zorgaccent, Omring, Thuiszorg Rotterdam en Vierstroom. Er is geen registratie van "echt zelfsturende teams".

3

Hoeveel mensen zijn er in zowel de wijkverpleging als in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) druk met controle van de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en/of wijkteams? Kunt u deze kwantitatieve gegevens aan de Kamer sturen?

Ik laat hier geen registratie over bijhouden, dat zou – evenals bovengenoemde registratie - extra onnodige lasten met zich meebrengen.

4

Werken de nieuwe wijkverpleging en de Wmo in voldoende mate volgens het adagium van directeur Jos de Blok 'Hoe minder je organiseert, hoe beter', met andere woorden de professional weet zelf goed te handelen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Binnen de wettelijke kaders van de Wmo 2015 hebben gemeenten de beleidsruimte om op eigen manier invulling te geven aan het bieden van maatschappelijke ondersteuning. De afgelopen periode hebben de betrokken partijen veel energie gestoken in een zorgvuldige transitie om de continuïteit van zorg en ondersteuning te waarborgen. De komende periode staat in het teken van de doorontwikkeling van de Wmo, waarin gemeenten ook andere mogelijkheden van sturing, bekostiging en het anders organiseren van zorg en ondersteuning bezien. Het platform directeuren sociale pijler (PDSP) heeft een werkgroep ingericht om de komende periode stappen te maken op dit onderwerp. Daarnaast evalueert het Ondersteuningsteam Decentralisaties (OTD) de eerste gemeentelijke ervaringen met resultaatbekostiging in de Wmo 2015. Deze ervaringen kunnen

andere gemeenten verder helpen bij de doorontwikkeling van opdrachtgeverschap.

5

Herkent u de stelling dat mannen niet gemakkelijk managementtaken schrappen, in ieder geval minder gemakkelijk dan vrouwen? Is de verhouding uitvoerende krachten en leidinggevend/management/bestuurlijk in de zorg niet juist andersom? Zou dit volgens u de verklaring kunnen zijn dat er onvoldoende in management wordt gesneden?

Deze stelling heb ik eerder gehoord. Ik zou er alleen geen conclusies aan kunnen en willen verbinden, zeker gezien het succes van Buurtzorg. Vanwege de hervormingen en de taakstellingen die daarmee gepaard gaan, is de prikkel voor zorgaanbieders om te kijken naar de mogelijkheden om de kosten te beperken groot. Ik ga er dan ook van uit dat deze prikkel ertoe bijdraagt dat onnodige managementlagen zullen verdwijnen. Zoals eerder geschetst zien we dat ook steeds vaker terug in de organisaties die werken met wijkverpleegkundige zelfsturende teams.

6

Bent u ervan op de hoogte dat een van de zaken die Buurtzorg wil voorkomen het 'achter elkaar racen' van verschillende zorgverleners bij één persoon is? Lukt dit voldoende met de nieuwe wijkverpleging? Wordt er niet meer afgerekend op minuten en opleiding van een medewerker per handeling per patiënt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Alle partijen die zijn betrokken bij wijkverpleegkundige zorg vinden het van belang dat een patiënt niet onnodig met verschillende gezichten wordt geconfronteerd. Dat geldt niet alleen voor Buurtzorg. Indien een persoon heeft gekozen voor een aanbieder zal de betrokken wijkverpleegkundige de indicatie stellen. Op basis daarvan wordt een zorgplan opgesteld waarin meerdere zorgverleners een rol kunnen spelen. Het behoort tot de professionele autonomie van de zorgverlener om de afstemming te zoeken met elkaar.

De bekostiging zoals die in 2014 was in de AWBZ met prestaties verpleging en verzorging geldt in 2015 ook in de Zvw. Daar waar prestaties gebundeld konden worden is dat ook gebeurd om de administratieve lasten te beperken. Bij de uitwerking van de toekomstige bekostiging, waar ik u zo spoedig mogelijk over zal berichten, geldt als uitgangspunt dat de registratieverplichtingen worden verminderd.

7

Bent u ervan op de hoogte dat uit het onderzoek van Plexus blijkt dat Buurtzorg op de lange termijn de zorg goedkoper maakt, zeker omdat zij inzet op herstel van zelfstandigheid van de patiënt of het fors verminderen van de zorgafhankelijkheid? Zo ja, waarom stelt u in uw brief dat dit enkel leidt tot een 'dialoog met het veld'? Vindt u een dialoog voldoende? Kunt u uw antwoord toelichten? 2) 3)

Uit het onderzoek blijkt dat de ervaren kwaliteit die Buurtzorg levert hoog is en dat 62% van alle thuiszorgaanbieders duurder is per cliënt dan Buurtzorg. Dit komt door de combinatie van een relatief hoog uurtarief terwijl er sprake is van

een relatief beperkt aantal uren zorg per cliënt (terwijl de ervaren kwaliteit hoog is). Dit is wezenlijke informatie voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars om (inkoop)afspraken te maken over hoe de kwaliteit/kostenverhouding ook bij andere zorgaanbieders kan worden verbeterd. Deze afspraken worden gemaakt in dialoog tussen genoemde partijen.

8

Welke andere thuiszorgorganisaties zijn in het vergelijkende onderzoek van KPMG Plexus meegenomen en vergeleken met Buurtzorg? Waarom blijven deze onbenoemd in het onderzoek?

Het onderzoek is een vergelijkende studie naar de waarde van ca. 600 thuiszorginstellingen, waartegen Buurtzorg is afgezet. In § 2.5 van het onderzoek is aangegeven hoe de aanbieders zijn geselecteerd in deze vergelijkende studie. De namen van deze zorgaanbieders mogen alleen met toestemming van deze zorgaanbieders worden gepubliceerd. VWS beschikt niet over de namen van de zorgaanbieders of hun scores in de vergelijking. Buurtzorg is wel zichtbaar omdat het een studie naar de doelmatigheid van Buurtzorg betrof en Buurtzorg expliciet heeft ingestemd met de publicatie op deze manier.

9

Bent u van mening dat het gemiddelde kwaliteitsniveau, op basis van 179 aanbieders - dat te zien is in de figuur op pagina 3 - niet te laag ligt, wanneer u kijkt naar het kwaliteitsniveau van Buurtzorg (respectievelijk iets hoger dan 15 ten opzichte van het niveau van Buurtzorg net onder de 23)? Hoe hoog zou u het gemiddelde willen zien? Kunt u uw antwoord toelichten?

De CQ-index betreft ervaren kwaliteit. Uiteraard is het streven om de ervaren kwaliteit van de geleverde thuiszorg over de gehele linie zo hoog mogelijk te hebben. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om goede afspraken te maken om streefwaardes voor wat betreft de ervaren kwaliteit. Ik stimuleer dat via verschillende wegen.

10

Heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het overzicht van aanbieders dat onder het gemiddelde kwaliteitsniveau valt? Zou zij die niet moeten hebben voor haar toezicht? Kunt u uw antwoord toelichten?

De IGZ beschikt over de gegevens in de CQ-index en benut deze ook bij haar toezicht.

11

Kunt u aangeven welke aanbieder onder het gemiddelde scoort, en welke daarboven? Vindt u dat deze informatie openbaar beschikbaar moet zijn voor zowel de zorginkoper als de patiënt die toch keuzevrijheid heeft?

Ik verwijs naar het antwoord op vraag 8.

12

Denkt u dat u met 'dialoog' het gemiddelde kwaliteitsniveau omhoog gaat brengen, of denkt u aan andere maatregelen om de kwaliteit (fors) omhoog te brengen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Bij de inkoop van de wijkverpleegkundige zorg is het aan verzekeraars om ook de kwaliteit van de geleverde zorg als vertrekpunt voor de contractbespreking mee te nemen. Verzekeraars geven aan de bestaande praktijkvariatie terug te willen dringen. Ik ben van mening dat ook in de toekomstige bekostiging ruimte gecreëerd moet worden voor het belonen van kwaliteit en uitkomsten van zorg om op die manier de prikkel voor kwaliteit en innovatie in te bouwen. Daarnaast is het zo dat ook verpleegkundigen werken volgens richtlijnen. V&VN is momenteel bezig met de ontwikkeling van een aantal nieuwe richtlijnen, zoals een richtlijn voor intensieve kindzorg.

13

Welke andere middelen wilt u inzetten – naast de dialoog met het veld – om in de thuiszorg enerzijds een kwalitatieve slag te maken, en anderzijds een organisatorische slag (in casu minder management en overhead) voor elkaar te krijgen?

Een toenemende kwaliteit staat niet geheel los van de wijze waarop aanbieders zijn georganiseerd. Eerder heb ik al aangegeven dat aanbieders noodgedwongen naar de kostenkant moeten kijken. Onnodig management en overhead zal daarbij ook punt van discussie zijn.

Daarnaast hebben partijen in het onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging een kwaliteitsagenda opgesteld. Het tot stand brengen van zorgvernieuwing is een van de onderwerpen van de agenda. Dit gebeurt onder andere uit ervaringen die zijn opgedaan in de experimenten regelarme instellingen (ERAI) en 'In Voor Zorg!' projecten. Verder maakt het ontwikkelen van richtlijnen deel uit van de agenda, kwaliteitsmeting en keuze-informatie is een belangrijk speerpunt en het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden en competenties bij wijkverpleegkundigen.

14

Vindt u het uit te leggen dat er zorgverzekeraars zijn die Buurtzorg passeren in hun zorginkoop, terwijl Buurtzorg zowel kwalitatief, als kosteneffectief, zeer hoog scoort? 4) Kunt u uw antwoord toelichten?

Uit het artikel waarnaar wordt verwezen, komt naar voren dat Buurtzorg niet is gecontracteerd voor de activiteiten die niet direct te koppelen zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt (en vallen binnen de prestatie "wijkgericht werken". Verzekeraars (en aanbieders) zijn vrij om hier een eigen afweging in te maken. Voor het overgrote deel van de zorg die valt onder de aanspraak wijkverpleging, namelijk de verpleging en verzorging die te herleiden is naar individuele patiënten is Buurtzorg wel gecontracteerd. Ook daar zijn verzekeraars vrij om de beste keuze voor hun cliënten te maken.

1) "De zorgprofeet", KRO Brandpunt, 24 februari 2015

2) "De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. van andere aanbieders van thuiszorg. Een kwantitatieve analyse van thuiszorg in Nederland anno 2013". KPMG Plexus. Januari 2015

3) Kamerstuk 31 765 nr. 114

4) "CZ passeert Buurtzorg", zorgvisie.nl, 30 oktober 2014