

Vergaderjaar 2018–2019

23 235

Thuiszorg

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 181

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 mei 2019

Onlangs heb ik u de NZa voortgangsrapportage doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging gestuurd. Daarbij heb ik toegezegd dat ik op basis van deze voortgangsrapportage en de gesprekken die ik voer met partijen een brief over de doorontwikkeling van de bekostiging van de wijkverpleging zou sturen. Daarnaast heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de procedurevergadering van 27 maart 2019 verzocht om deze brief ruim voor het Algemeen Overleg Wijkverpleging te sturen. Met deze brief kom ik aan deze twee punten tegemoet. De bekostigingsmodellen die ik in deze brief schets wil ik graag beschouwen in het licht van de toekomst van de wijkverpleging.

In de wijkverpleging wil ik toe naar een situatie waarin integrale zorg wordt verleend door herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging. Zorgprofessionals (van één of meerdere zorgaanbieders) die wijkverpleging en wijkzorg verlenen, werken samen als een team in de wijk. Ze zijn zowel voor cliënten als voor andere lokale zorgverleners herkenbaar zodat zij de zorg samen makkelijker en beter kunnen organiseren. Ik zie dat de huidige manier van werken in de wijkverpleging in de toekomst niet langer houdbaar is. Het is belangrijk de schaarste eerlijk en doelmatig te verdelen. Het aantal ouderen en chronisch zieken groeit, terwijl de beroepsbevolking krimpt. Voorts zijn per wijk veel verschillende zorgaanbieders actief, wat de noodzakelijke samenwerking bemoeilijkt. Cliënten hebben ten slotte onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorgaanbieders, waardoor het voor hen lastig is om uit het ruime aanbod tijdig de juiste zorgaanbieder te vinden.

Er gebeurt al veel om deze knelpunten aan te pakken, maar naar mijn idee is dat nog niet genoeg. Willen we voorkomen dat de snel veranderende bevolkingssamenstelling ons voor verrassingen stelt, dan is verdere samenwerking met en tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en de beroepsgroep essentieel. Ik wil daarom met partijen de eerder afgesproken acties voortzetten en op onderdelen daarvan zorgen

voor versnelling en meer focus. We zetten daarom in 2020 en 2021 extra stappen. In 2020 is het versterken van de coördinatie van het eerstelijnsverblijf (ELV) en de avond, nacht, weekend (ANW) wijkverpleging aan de orde. Dit zal in 2021 worden gevolgd door afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de lokale invulling van het herkenbare team in de wijkverpleging. Intussen zal de NZa, samen met partijen, onderzoek doen naar systeemfuncties in de wijkverpleging. Later in deze brief zal ik op deze stappen nader ingaan. Het doel van deze stappen is om te komen tot meer coördinatie en samenhang in de wijk, zowel als het gaat om de wijkverpleegkundige zorg overdag als in de avond, nacht en weekend (ANW). Deze stappen worden gemonitord en vormen daarmee vervolgens tevens bouwstenen voor een besluit over de bekostiging van de wijkverpleging. Deze stappen zetten we naast de overige zes actielijnen die al eerder in gang zijn gezet om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken:

1. *Uitvoering van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging, waaronder de verbetering van de contractering;*
2. *Implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging;*
3. *Overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over inkoop;*
4. *Aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging;*
5. *Stevigere screening van nieuwe aanbieders;*
6. *Advies van de commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen.*

Verderop in deze brief ga ik vooral in op de bekostiging (punt 4). Omtrent de bekostiging is het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om wijkverpleegkundige zorg via cliëntgroepen en systeemfuncties apart te bekostigen. Voorts is het advies om goede uitkomsten te belonen. Aanvullend hierop zal ik de NZa vragen mij onder meer te adviseren over de wijze waarop de doorontwikkeling van de bekostiging de weg naar de toekomstbestendige wijkverpleging kan faciliteren.

Knelpunten in de wijkverpleging

Ik zie een zestal knelpunten in de huidige organisatie van de wijkverpleging. Al weten we de zorg nu nog goed te organiseren, in de toekomst zal deze onder druk komen te staan. Tussen 2015 en 2040 verdubbelt het aantal ouderen boven de 75 jaar en het aantal mensen met dementie, en zijn er meer chronisch zieken. Wanneer mensen in de toekomst eerder naar huis kunnen om te herstellen van medische behandelingen, kunnen zij complexere zorg thuis nodig hebben dan nu het geval is. Door de **toename van chronisch zieken en ouderen** zullen de wijkverpleegkundige en het wijkverpleegkundig team dus niet alleen meer, maar ook intensievere zorg moeten verlenen.

Daarnaast zien we een **groot en groeiend aantal wijkverpleegkundige zorgaanbieders**. Met partijen heb ik geconstateerd dat het onduidelijk is waarom er zoveel nieuwe zorgaanbieders – kleine organisaties of zelfstandige verpleegkundigen – bijkomen. Ik wil samen met partijen de oorzaken hiervan nader in kaart brengen. We zien dat de fragmentatie die voortkomt uit de veelheid aan zorgaanbieders het organiserend vermogen in de wijk tegenwerkt, waardoor het lastiger wordt om zorg en ondersteuning meer in samenhang te verlenen. Dit vraagt om meer samenwerking, die nu vooral ingewikkeld en tijdrovend is geworden. Overigens blijft het daarbij van belang dat werkgevers en beroepsbeoefenaren zich samen inzetten voor goede randvoorwaarden die bijdragen aan behoud en instroom van medewerkers.

Ouderen, de grootste doelgroep binnen de wijkverpleging, ontvangen vaak **zorg uit meerdere domeinen**. Soms is dat gelijktijdig, zoals

bijvoorbeeld huishoudelijke hulp uit de Wmo en wijkverpleging en huisartsenzorg uit de Zvw. Soms is dat achtereenvolgens namelijk als er sprake is van een opname in het ziekenhuis, een vorm van tijdelijk verblijf of overgang naar de Wlz. Daarbij zijn zorgverleners uit verschillende domeinen betrokken en is er sprake van verschillende financiers en financieringsstromen (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren). De overgangen en afstemming tussen deze domeinen verlopen nog niet soepel genoeg, waar zowel cliënten als zorgverleners in de praktijk last van hebben.

Door de forse toename aan zorgaanbieders blijkt het kiezen voor een zorgaanbieder voor cliënten en hun mantelzorgers bijzonder ingewikkeld. Ze hebben bovendien **onvoldoende keuze-informatie en inzicht in de kwaliteit**.

Vanuit hun zorgplicht kopen zorgverzekeraars zorg in en bewaken via hun contracten de kwaliteit en doelmatigheid van de ingekochte zorg. In toenemende mate is in de wijkverpleging sprake van niet gecontracteerde zorg waarbij een zorgaanbieder ook een rekening aan de zorgverzekeraar kan sturen zonder deze waarborg. Partijen beschouwen het als ongewenst dat de afgelopen jaren in de sectoren wijkverpleging en GGZ de omvang van de niet-gecontracteerde zorg in omvang is toegenomen indien het ondoelmatige of onrechtmatige zorg betreft. Ondoelmatige zorg leidt tot een **oneerlijke verdeling van personeel** over cliënten.

Ook de bekostiging van de wijkverpleging pakt niet altijd goed uit. Nu wordt vaak meer inzet van personeel beloofd, vanwege de **volume-prikkel in de bekostiging**. De huidige vorm van bekostiging versterkt de schaarste van personeel. Daarnaast blijkt uit het programma Rechtmatige Zorg 2018–2021 dat acties nodig zijn om het rechtmatig declareren te bevorderen.

Deze zes knelpunten heb ik recent met partijen¹ van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging besproken. Zij hebben aangegeven deze te herkennen. Iedereen onderstreept het belang om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken en de urgentie om dat nu aan te pakken. Partijen willen daaraan hun bijdrage leveren. Partijen hechten er wel aan dat reeds lopende trajecten onverkort worden voortgezet en dat nieuwe acties die voortgang niet moeten belemmeren. Ik deel deze zorg. Ik heb daarom met de HLA partijen afgesproken gezamenlijk de extra acties op korte termijn nader uit te werken en deze aan te haken bij het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging.

Toekomstperspectief wijkverpleging

Voor de toekomst zie ik vier hoofdpunten. Om wijkverpleegkundige zorg te verbeteren, wil ik toe naar de situatie waarin meer integrale zorg wordt geboden door **herkenbare wijkverpleegkundige teams**. Zo'n team hoeft niet van één aanbieder te zijn maar is wel herkenbaar en aanspreekbaar voor cliënten, huisartsen en andere zorgverleners: heb je wijkverpleegkundige zorg nodig, dan weet je meteen waar je moet zijn. Met een dergelijke teambenadering wil ik de samenwerking binnen de wijk versterken en komen tot efficiëntere inzet van zorgprofessionals; ook in de ANW-uren. Dit perspectief sluit goed aan bij het traject «de juiste zorg op de juiste plek» en vereist een goede verbinding met de curatieve zorg (huisartsen(post), ziekenhuis) en het sociaal domein (wijkteam).

¹ ActiZ, Zorgthuisnl, PFN, V&VN, VNG, ZN en VWS

Door het werken in wijkverband dragen zorgaanbieders die cliënten in zorg hebben ook gelijk **verantwoordelijkheid voor het grotere geheel** in de wijk. Professionals en cliënten kunnen zo eenvoudiger de juiste wijkverpleegkundige zorg vinden, zoals de transferverpleegkundige die de overgang begeleidt van het ziekenhuis naar huis. Andersom kan het team makkelijker contact leggen met andere lokale partijen. In ieder regio is de situatie anders. Lokale partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren) kunnen het beste beoordelen hoe ze dat in hun regio zullen vormgeven.

Eén van de belangrijkste doelen voor de komende jaren is het inzichtelijk maken van de **toegevoegde waarde van de wijkverpleging** voor de cliënt en de keten. Dit past bij de implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging en sluit goed aan bij de acties van de NZa om zicht te krijgen op cliëntprofielen. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden moeten een totaaloverzicht krijgen van de mogelijkheden in de wijk en van het netwerk rond de cliënt: het cliëntsysteem, bestaande uit familie, burens, leden van sociale netwerken en vrijwilligers. Zo kunnen zij samenhangende en passende zorgplannen ontwikkelen en uitvoeren. Daarnaast moet het schaarse personeel **zo slim mogelijk** worden ingezet. Onnodige reistijd, overbodige administratieve lasten en versnippering passen daar niet bij. Het moet lonend worden om de zelfredzaamheid van cliënten te bevorderen, om in de wijk goed samen te werken, om overlap met andere professionals te voorkomen en om innovatie en technologische ontwikkelingen te benutten. Het beleid moet dit ondersteunen.

Route naar het toekomstperspectief

Met dit toekomstperspectief geef ik de richting aan waarin de wijkverpleging zich zou moeten ontwikkelen. Op landelijk niveau zal ik samen met partijen zorgen voor de juiste randvoorwaarden. Lokaal kunnen partijen dan gezamenlijk toewerken naar een passend aanbod aan wijkverpleging voor cliënten met behoud van keuzevrijheid en transparantie, een herkenbaar team en goede lokale samenwerkingsrelaties.

Ik heb met partijen verkend of de reeds gestarte acties afdoende zijn om het eindperspectief te bereiken. Zij bevestigen dat met het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en het kwaliteitskader wijkverpleging de juiste weg is ingeslagen. Tegelijkertijd constateren we dat de urgentie van de problematiek vraagt om extra acties en om versnelling op lopende acties. We gaan daarom in 2020 en 2021 extra stappen zetten met wijkgerichte zorginkoop en met onderzoek naar systeemfuncties met als doel te komen tot meer coördinatie en samenhang in de wijk. Naar onze mening kan dit binnen het huidige stelsel worden gerealiseerd, al zullen we soms de grenzen daarvan opzoeken. Hieronder licht ik de verschillende noodzakelijke acties toe. Het gaat daarbij zowel om acties van mij als van andere verantwoordelijke partijen.

1. Uitvoering hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en verbetering contractering

Het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is door partijen uitgewerkt in te bereiken doelen en daarbij behorende activiteiten. Na de zomer verschijnt een eerste voortgangsrapportage. Gezien het toekomstperspectief zijn de volgende onderwerpen uit het hoofdlijnenakkoord relevant:

- De activiteiten om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek;
- De aansluiting tussen de zorg en het sociale domein;
- De aanpak van de tekorten op de arbeidsmarkt;
- Het verbeteren van de indicatiestelling;
- Het gebruik van kwaliteitsindicatoren;

- Het terugdringen van niet-gecontracteerde zorg.

Zo zullen zorgverzekeraars voldoende bereikbaar zijn voor zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen de beoogde samenwerking met andere professionals in de wijk contractueel vastleggen en op die manier aansluiting stimuleren bij de wijkstructuur. Zorgaanbieders worden daarbij ontmoedigd om niet-gecontracteerde zorg te leveren, aangezien zorgverzekeraars geen betaalsovereenkomst met een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zullen sluiten, het cessieverbod hanteren en/of een machtiging vereisen.² Zodra zorgaanbieders wel gecontracteerd zijn, zijn ze veel herkenbaarder voor andere partijen in de wijk en, in het geval van meerjarencontracten, zelfs een vaste waarde in de wijk. De NZa en Vektis zullen het effect van de afspraken en de ontwikkelingen monitoren en in de komende maanden hun rapportages publiceren.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn in het contracteerproces 2019 als eerste aan de slag gegaan met het geven van invulling aan de HLA afspraken om het contracteren te bevorderen. Ik ben, conform de HLA-afspraken en gelet op de lange voorbereidingstijd die een wetswijziging vergt, inmiddels gestart met de voorbereiding van een wetswijziging waarmee de mogelijkheid wordt gecreëerd om – indien nodig – een (deel)sector aan te wijzen waarvoor de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg door de overheid wordt vastgesteld. De wetswijziging geeft alleen de *mogelijkheid* een sector aan te wijzen en nadere regels te stellen. Voor het daadwerkelijk aanwijzen van een sector is nadere regelgeving nodig. Deze nadere regelgeving zal pas worden opgesteld indien uit de eerder genoemde NZa en Vektis-monitoring, en na overleg met de HLA-partijen, blijkt dat de maatregelen uit het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging of het bestuurlijk akkoord GGZ onvoldoende effect hebben gesorteerd en het aandeel niet-gecontracteerde zorg niet daalt. Het is mijn voornemen het wetsvoorstel na de zomer aan uw Kamer aan te bieden opdat wij dit gelijktijdig kunnen bespreken met de dan verschenen NZa- en Vektis-monitors. De onlangs gepubliceerde NZa monitor contractering wijkverpleging geeft aan dat zorgverzekeraars per 2019 voor het eerst in jaren een daling verwachten in de totale kosten voor niet-gecontracteerde zorg. Of er daadwerkelijk sprake zal zijn van een daling, moet blijken uit de na de zomer te verschijnen Vektis-monitor.

2. Implementatie kwaliteitskader wijkverpleging

Met het uitbrengen van het kwaliteitskader wijkverpleging hebben partijen³ een duidelijke ambitie voor de toekomst van de wijkverpleging gepresenteerd. Het kwaliteitskader is geschreven vanuit het perspectief van de thuiswonende cliënt en zijn of haar naasten en is richtinggevend voor:

- wat cliënten en hun naasten van wijkverpleging mogen verwachten.
- inspiratie en handvatten voor zorgprofessionals en zorgaanbieders om de zorgverlening continu te verbeteren.
- het uitgangspunt voor keuze-informatie, extern toezicht en voor de inkoop en contractering van zorg.

In het kwaliteitskader beschrijven partijen de essentie van wijkverpleging als volgt: *Wijkverpleging is «lokale zorg»: de zorg wordt verleend door professionele zorgverleners die in de nabijheid van de cliënt werken en bekend zijn met de lokale netwerken in zowel het sociale als zorgdomein. Wijkverpleging is dus niet alleen individu-, maar ook groeps- en samenlevingsgericht.*

² Kamerstuk 29 689, nr. 941

³ ActiZ, PFN, V&VN, Zorgthuisnl en ZN

Partijen hebben in 2018 het kwaliteitskader wijkverpleging opgeleverd en sturen er op aan het kwaliteitskader begin 2020 te hebben geïmplementeerd. Deze implementatie houdt onder andere in dat de organisatiestructuur voor het kwaliteitskader wijkverpleging werkzaam en geëvalueerd is, de ontwikkelagenda is geconcretiseerd en geëvalueerd en dat de indicatorenset 2019 wordt opgeleverd. Voor 2019 is een set van drie uitkomstindicatoren vastgesteld, waarvan de indicator «cliëntervaringen» (*patient reported experience measures*, PREM's) in 2019 gebruikt zal worden voor twee van de drie de doelen van het kwaliteitskader: leren en verbeteren en keuze informatie. De indicatoren «kwetsbaarheid» en «on geplande ziekenhuisbezoeken» worden in 2019 alleen voor leren en verbeteren gebruikt voor de teams wijkverpleging. 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. Partijen testen in 2019 op basis van de ontwikkelagenda een nieuwe indicator uit. Indien geschikt wordt deze indicator toegevoegd. Partijen hebben afgesproken dat de set niet oneindig wordt uitgebreid om zo de lastendruk beheersbaar te houden.

In de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging start dit jaar het traject «Samen Beslissen», om cliënten te laten beseffen dat ze een keus hebben en hun persoonlijke wensen kunnen bespreken met hun verpleegkundige of verzorgende. Uitkomst informatie kan cliënten en hun naasten helpen bij het maken van keuzes voor zorg en/of verschillende aanbieders. Daarnaast vormt dit een belangrijke basis voor innovatieve manieren van contracteren, die ketensamenwerking stimuleert.

3. Overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over inkoop

Zorgverzekeraars zijn diverse initiatieven met zorgaanbieders gestart waarbij sprake is van meer samenwerking en samenhang in de wijk. Verzekeraars en aanbieders willen daar steviger op inzetten om de huidige versnippering tegen te gaan. Zij hebben afgesproken dat zij in 2020 en 2021 landsdekkend zullen komen tot afspraken over (i) de ANW-wijkverpleegkundige zorg, (ii) de coördinatie van het ELV en (iii) de herkenbaarheid van het team in de wijk. De uitkomst staat dus vast: in iedere regio hebben partijen over deze drie onderwerpen afspraken gemaakt. Het staat partijen daarbij vrij om zelf te kiezen welke afspraak zij daarvoor maken. Dat houdt in dat partijen eerst samen zullen moeten kijken naar de huidige afspraken, deze kritisch moeten beschouwen «kan het beter» en zo ja, gezamenlijk komen tot die betere afspraken.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven in 2020 contractuele afspraken te maken over de coördinatie van het ELV en over de ANW zorg. Het komen tot (meer) samenhangende wijkverpleegkundige zorg in het herkenbare en aanspreekbare team in de wijk vergt nadere uitwerking door de HLA partijen voordat contractuele afspraken kunnen worden gemaakt. De HLA partijen gaan hiermee aan de slag en komen rond deze zomer met een nadere uitwerking zodat dit in de inkoop voor 2021 kan worden meegenomen.

Het herkenbare team wijkverpleging is gericht op het bevorderen van samenwerking in de wijken en het maken van afspraken met netwerkpartners zoals gemeente, ziekenhuis en huisartsen(post). Partijen hebben aangegeven daarbij niet alleen te kijken naar de aansluiting Zvw-Wmo maar ook naar de aansluiting Zvw-Wlz.

Met deze set aan afspraken wordt richting gegeven voor de hele sector, terwijl er voldoende ruimte blijft voor verzekeraars om een eigen inkoopbeleid te voeren en zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen oplossingen kunnen kiezen die het best in lokale situaties past. Met deze afspraken wordt tevens invulling gegeven aan de motie Hijink⁴ over samenwerking in de wijk. Ik beschouw deze motie hiermee als afgedaan.

Bij het vormgeven van samenwerkingsafspraken rijzen vragen of samenwerkingsvoornemens verenigbaar zijn met de Mededingingswet. Het is daarom goed dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) investeert in voorlichting over haar toezichtpraktijk. Naast haar richtsnoeren voor de zorgsector heeft de ACM specifieke publicaties uitgebracht zoals over haar toezicht op zorgaanbieders in de eerstelijnszorg en over de ruimte voor partijen om geneesmiddelen gezamenlijk in te kopen. Mede om ontwikkelingen rond «de juiste zorg op de juiste plek» te bevorderen, werkt de ACM momenteel aan een leidraad over haar toezicht op samenwerking bij regionale herschikking in de zorg. Desgewenst kan concrete individuele casuïstiek aan de ACM worden voorgelegd.

Om de zorg in de toekomst te blijven garanderen zal gezamenlijk meer moeten worden ingezet op preventie om zo zwaardere vormen van zorg te voorkomen dan wel uit te stellen. De HLA-partijen inventariseren goede voorbeelden van preventie in de wijkverpleging. Deze voorbeelden zullen worden verzameld en worden gebruikt om er samen van te leren.

Inkopende partijen – zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren – werken intensief samen aangezien cliënten die wijkverpleging ontvangen vaak ook gebruik maken van hulp en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en er een goede aansluiting moet zijn op de Wet langdurige zorg (Wlz). Die samenwerking zie ik steeds verder op gang komen en ik ben dan ook verheugd over de werkstructuur die deze partijen hebben ontworpen.⁵ Voor het optimaliseren van hun onderlinge samenwerking hebben de drie financiers gekozen voor een landsdekkende regio-indeling.

4. Aanpassing bekostiging wijkverpleging

Ik wil de bekostiging zodanig wijzigen dat deze het mogelijk maakt om de geleverde kwaliteit beter te belonen en samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en andere lokale partners te faciliteren. De huidige bekostiging is ingericht op het declareren van geleverde uren en heeft daarmee een volumeprikkel in zich. Zorgaanbieders moeten worden beloofd voor het inzetten van slimme zorg op basis van de persoonlijke wensen van de cliënt, waarmee ze cliënten zelfredzamer maken.

Het moet voor zorgaanbieders rendabel zijn om goede zorg te verlenen aan cliënten, ongeacht of deze nu een lichte of zwaardere problematiek hebben. Met behulp van inzichtelijke cliëntprofielen kunnen zorgaanbieders dit onderscheid beter maken. Wanneer het rendabeler wordt om zwaardere cliënten in zorg te nemen, zal het rondbellen van huisartsen en transferverpleegkundigen voor het regelen van vervolgzorg sneller tot het verleden behoren. Zo kan de toeleiding naar zorg soepeler verlopen.

Dit jaar brengt de NZa samen met partijen de organisatie en bekostiging van systeemfuncties in de wijkverpleging in kaart. De resultaten van dit onderzoek zullen in 2020 beschikbaar komen. Deze informatie kan worden gevoegd bij de ervaringen die intussen in de praktijk met deze functies

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 949

⁵ <https://zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3763634177>

wordt opgedaan en vormt daarmee een belangrijke bouwsteen voor de vraag hoe dergelijke functies kunnen worden bekostigd. In het eerste kwartaal 2020 komen de eerste resultaten van het onderzoek naar de bruikbaarheid van cliëntprofielen voor de bekostiging beschikbaar. Mede naar aanleiding daarvan kan later dat jaar een beslissing worden genomen over de gehele bekostiging van de wijkverpleging per 2022. Deze planning is naar onze inschatting haalbaar. Ik heb met partijen afgesproken dat de extra activiteiten niet ten koste van deze planning zullen gaan.

5. Stevigere screening nieuwe aanbieders

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gaat door met het intensieve toezicht op nieuwe zorgaanbieders, zoals dit in 2015 in gang is gezet. Een nieuwe zorginstelling krijgt binnen vier weken tot een half jaar nadat het leveren van zorg is gestart een bezoek van de IGJ. Nieuwe zorgaanbieders die zorg leveren waaraan hoge risico's zijn verbonden bezoekt de IGJ vroegtijdig. De IGJ onderzoekt solisten als zij meldingen en/of signalen van of over deze nieuwe zorgaanbieder ontvangt. Op grond van de signalen en risico's bekijkt de IGJ telkens waar te intensiveren.

Op dit moment kunnen nieuwe zorgaanbieders zich vrijwillig melden via de website www.meldennieuwezorgaanbieders.nl. Het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) maakt deze vrijwillige melding een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders. Deze meldplicht is niet alleen bedoeld voor de IGJ om alle nieuwe zorgaanbieders vollediger en eerder in beeld te hebben, maar zorgt er ook voor dat nieuwe zorgaanbieders weten aan welke voorwaarden zij moeten voldoen voordat zij zorg mogen aanbieden en waar hun verantwoordelijkheden liggen. Hierdoor kan de IGJ vroegtijdig actie ondernemen als het gaat om kwaliteit en veiligheid en kunnen zorgverzekeraars en zorgkantoren fouten en fraude voorkomen. De meldplicht zal als voorwaarde worden gehanteerd voor de afgifte van een AGB-code, die nodig is om zorg te kunnen declareren. Dit betekent «niet gemeld, geen geld» en geeft een stevige financiële prikkel voor nieuwe zorgaanbieders om aan de meldplicht te voldoen.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 5 maart 2019⁶ ontvangt u rond de zomer een nota van wijziging bij de Wtza waarmee ook nieuwe onderaannemers aan deze meldplicht moeten voldoen, en hun melding wordt doorgegeven aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Met het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) dienen uitsluitend de instellingen voor medisch specialistische zorg en de grotere⁷ zorgaanbieders over een toelatingsvergunning te beschikken. Met de introductie van een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders in de Wtza komen ook alle kleine zorgaanbieders en solistisch werkende zorgverleners in het zicht. De eisen van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gelden immers ook voor hen. Elke zorgaanbieder dient goede en veilige zorg te verlenen die voldoet aan de professionele standaard, waaronder de geldende kwaliteitsstandaarden zoals het kwaliteitskader wijkverpleging. Elke zorgaanbieder dient te beschikken over een kwaliteitsstelsel (meten, registreren, verbeteren) en heeft een systeem voor het veilig kunnen melden van incidenten. Ik ga bezien of en op welke wijze nadere wettelijke eisen aan zorgaanbieders (zowel nieuw als bestaand) moeten worden gesteld. Met partijen uit het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging heb ik daarnaast afgesproken om de toename van nieuwe aanbieders in de wijkverpleging te onderzoeken. We gaan bekijken wie dit

⁶ Kamerstuk 23 235, nr. 179

⁷ Inclusief uitbesteding van meer dan tien zorgverleners

precies zijn en welke drijfveren er zijn om in de wijkverpleging te starten met als doel om verdere versnippering tegen te gaan.

6. Advies commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen

De uitkomsten van de commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen zijn in dit kader eveneens relevant. Binnen het kader van het programma Langer Thuis⁸ heeft deze commissie als opdracht advies uit te brengen over de voorwaarden om zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst op peil te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de betaalbaarheid van de zorg. De commissie zal ook aandacht besteden aan de gevolgen van de overgangen tussen stelsels, waarbij ze bijvoorbeeld een langetermijnoplossing zullen voorstellen voor de zorgval bij de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz. Het kabinet heeft de commissie verzocht uiterlijk eind 2019 advies uit te brengen.

Bekostiging

Ik wil graag toewerken naar dit toekomstperspectief voor de wijkverpleging door samen met partijen in te zetten op alle hierboven genoemde acties. Hieronder werk ik de bekostiging uitgebreid uit, omdat ik tijdens het Algemeen overleg Wijkverpleging van 14 november 2018 heb aangegeven u te informeren over de verschillende bekostigingsmodellen. Tijdens dit AO hebben drie Kamerleden een voorstel voor bekostiging van de wijkverpleging gedaan. Hier kom ik later in de brief op terug, evenals op de voortgangsrapportage van de NZa.

Basismodellen

Voor de bekostiging van de zorg bestaan theoretische basismodellen, waarvan ik er hier drie toelicht. Deze modellen werken prestaties en de daaraan gekoppelde prijsafspraken tussen aanbieder en verzekeraar op diverse manieren uit.⁹ In de Zorgverzekeringswet worden componenten uit deze modellen in meer of mindere mate toegepast binnen de diverse sectoren. Een en ander is onder meer afhankelijk van de gestelde doelen aan de bekostiging van de sectoren.

1. Bekostiging per consult/verrichting

- Is eenvoudig en transparant;
- Betaalt zorgaanbieders per afzonderlijke zorgactiviteit per cliënt;
- Laat zorgaanbieders achteraf declareren bij de zorgverzekeraar;
- Bevat een volumeprikkel en daarmee een risico op overbehandeling;
- Nodigt niet uit tot afstemming, coördinatie, samenwerking en preventie.

2. Bekostiging per zorgbundel per patiënt

- Bestaat uit samenhangende zorgactiviteiten rondom een diagnose of behandeling;
- Bekostiging is afhankelijk van indicatie van de patiënt;
- Omvat de hele behandeling en afstemming met medebehandelaars;
- Stimuleert efficiënte zorgverlening en afbouwen van de zorg;
- Kan leiden tot risicoselectie.

⁸ Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 326; Kamerstuk 31 765, nr. 348

⁹ Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?

3. Bekostiging per verzekerde

- Wordt betaald onafhankelijk van geleverde zorg;
- Bekostiging gebeurt periodiek per verzekerde, voor een vast zorgpakket;
- Bekostiging kan variëren bij een oudere populatie of achterstandswijk;
- Geeft een risico op onderbehandeling;
- Stimuleert innovatie en preventie als deze leiden tot kostenbesparingen.

Suggesties voor bekostigingsmodel wijkverpleging

Drie Kamerleden hebben een voorstel voor bekostiging van de wijkverpleging gedaan: mevrouw Agema (PVV) verzocht het model één product voor één prijs en één doorlooptijd mee te nemen, de heer Slootweg (CDA) refereerde aan het integrale tarief en de heer Hijink (SP) gaf aan dat het interessant zou kunnen zijn om de bekostiging van huisartsen nader te bekijken.

Mevrouw Agema stelde voor om de wijkverpleging te bekostigen volgens het model van **één product voor één prijs en één doorlooptijd**. Binnen het experiment bekostiging verpleging en verzorging is dit al sinds 2016 mogelijk. In de praktijk wordt hier echter beperkt gebruikt van gemaakt, omdat een aanbieder een zeker volume moet hebben wil hij goed uitkomen met een gemiddelde prijs. Daarbij is het de vraag in hoeverre risicoselectie optreedt. De aanbieder heeft namelijk een prikkel om dure of complexe cliënten te weigeren of onder te behandelen. Dit leidt tot ongewenste verschraling van de zorg.

Richting de heer Slootweg kan ik bevestigen dat een **integraal tarief** via het experiment bekostiging verpleging en verzorging eveneens sinds 2016 mogelijk is. Binnen het experiment wordt in de meeste gevallen gekozen voor een integraal uurtarief. Zoals de heer Slootweg heeft aangegeven, is het de vraag of complexe en specialistische zorg voldoende gedekt kan worden door een integraal tarief. De NZa zal het experiment in 2019 evalueren, waarbij een gewenste daling van administratieve lasten en de kans op onderbehandeling of risicoselectie aandachtspunten zijn.

De heer Hijink stelde de vraag of het **huisartsenbekostigingsmodel** toegepast kan worden op de wijkverpleging. Dit model is opgebouwd rondom drie segmenten. Het eerste segment heeft betrekking op zorgvragen waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt en poortwachter fungeert. Binnen dit segment krijgen de huisartsen een abonnementstarief – een vaste periodieke vergoeding op basis van het aantal ingeschreven patiënten – gecombineerd met een vergoeding voor consulten, verrichtingen en visites. Daarnaast zijn er twee segmenten die multidisciplinaire zorg, innovatie van zorg en het belonen van resultaten bekostigen. Verzekerden betalen via de verzekeraar een inschrijftarief om op verwijzing van de huisarts gebruik te kunnen maken van tweede- of derdelijnszorg. Het aantal inschrijvingen valt grotendeels samen met het aantal inwoners van een wijk; tegelijkertijd maakt nog geen vier procent van alle volwassen verzekerden gebruik van de wijkverpleging. Het zou daarom onlogisch zijn om alle inwoners een inschrijftarief voor wijkverpleging te laten betalen.

Huidige bekostiging wijkverpleging

Op dit moment zijn er twee manieren om wijkverpleging te bekostigen. De **reguliere bekostiging** is afkomstig uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ABWZ) en kent elf losse prestaties. De NZa heeft voor de

meeste prestaties een maximumtarief per uur vastgesteld.¹⁰ Daarnaast zijn er enkele prestaties met vrije, onderhandelbare tarieven.¹¹ Een vergoeding per tijdseenheid stimuleert volumegedreven zorg, volgens het principe van «uurtje factuurtje». Dit brengt het risico met zich mee dat er meer zorg wordt verleend dan nodig is, waardoor het toch al schaarse personeel onvoldoende beschikbaar is. Bovendien krijgt de zorgaanbieder onvoldoende stimulans om preventief te werken of technologie in te zetten: bij positieve uitkomsten en een afnemende zorgbehoefte van de cliënt, zal de omzet dalen, wat in het nadeel werkt van de aanbieder.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen vanaf 2016 ook deelnemen aan het **experiment bekostiging verpleging en verzorging**.¹² Om hier gebruik van te maken, moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een contract sluiten en dient de prestatie per patiënt declarabel te zijn. Niet-gecontracteerde zorg valt dus per definitie binnen de reguliere bekostiging. Vervolgens hebben partijen een grote mate van vrijheid om hun experiment vorm te geven zoals zij het willen. De meest gemaakte afspraken betreffen een integraal tarief, bijvoorbeeld voor verpleging, verzorging en advies, instructie en voorlichting. Een integraal tarief stimuleert om de zorg die binnen het desbetreffende tarief valt zo efficiënt mogelijk te organiseren, wat tot meer samenwerking en afstemming leidt. Wel blijft ook hier de volumeprikkel grotendeels bestaan en gaat dit gepaard met een kans op risicoselectie van cliënten. Ook andere afspraken zijn mogelijk, zoals een vast bedrag per cliënt per tijdseenheid, ongeacht het werkelijk aantal uren geleverde zorg. Dit is een manier om administratieve lasten te verminderen.

Het is veelzeggend dat in 98% van de contracten voor de wijkverpleging wordt gekozen voor een integraal tarief, waarbij de meeste afspraken per uur worden gemaakt. Toch heerst er geen grote tevredenheid over het integrale tarief, zo blijkt uit de Monitor Contractering wijkverpleging 2018.¹³ Waar het experiment bekostiging verpleging en verzorging inzet op een daling van de totale administratieve lasten voor zowel de organisatie als de wijkverpleegkundige, is deze vooralsnog niet zichtbaar. Afspraken over een vast bedrag per cliënt per episode zijn relatief beperkt, maar in de afgelopen jaren wel toegenomen,¹⁴ waarbij een vast maandelijks bedrag de meest gangbare variant is. De NZa zal het experiment in 2019 evalueren.

We moeten de bekostiging van de wijkverpleging zo gaan inrichten dat zowel samenwerken kan worden beloond, als het leveren van uitkomsten die voor de cliënt relevant zijn. Ik wil daarom toewerken naar een eenvoudig en inzichtelijk bekostigingsmodel, dat de ontwikkeling naar toekomstbestendige wijkverpleging kan ondersteunen.

NZa-traject Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging

Na de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw in 2015, is gekozen voor het huidige bekostigingsmodel, dat beschouwd kan worden als een tussenstap op weg naar een toekomstbestendig bekostigingsmodel. De NZa is een traject gestart om samen met ActiZ, V&VN,

¹⁰ Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar, en advies, instructie en voorlichting. Zie ook: Beleidsregel Verpleging en verzorging – BR/REG-19141

¹¹ Beloning op maat, regionale beschikbaarheidsfunctie niet-planbare zorg, ketenzorg dementie en onderlinge dienstverlening.

¹² Zie ook: Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging – BR/REG-19144

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 904

¹⁴ Dit betreft 68 miljoen in 2017 en (naar schatting) 158 miljoen in 2018. Zie ook: Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Monitor Contractering wijkverpleging 2018*.

Zorghuisnl en ZN een nieuw bekostigingsmodel te ontwikkelen, zoals aangegeven in de Kamerbrief van 8 juni 2016.¹⁵ Ik heb u op 20 maart 2019 de voortgangsrapportage¹⁶ gestuurd.

Hierin stelt de NZa dat het uitgangspunt voor het nieuwe bekostigingsmodel is het **faciliteren en stimuleren van uitkomstgerichte zorg** waarbij de behoefte van de cliënt centraal staat. Dit resulteert voor de lange termijn in een eindperspectief van **integraal bekostigde zorgnetwerken**: verschillende aanbieders in een netwerk krijgen een gezamenlijk budget voor een groep vergelijkbare cliënten. Het bekostigingsmodel stimuleert aanbieders om samen te werken, preventief te handelen en om het zorgvolume te optimaliseren, wat aansluit bij een toekomstbestendige wijkverpleging.

Voor de kortere termijn adviseert de NZa om de wijkverpleegkundige zorg grotendeels te bekostigen via cliëntgroepen. Het voorstel is om **cliëntengroepen te onderscheiden op basis van zorgbehoefte en zorgzwaartekennmerken** van de cliënt. Hiervoor is informatie vereist over de zorgbehoefte van de cliënt, de eigen mogelijkheden van de cliënt binnen zijn hulpsysteem, de verleende zorg en

de resultaten van de verleende zorg. Samen met partijen verzamelt de NZa data waarmee ze onderzoekt of een dergelijk zorgzwaarteesysteem met cliëntprofielen voor de wijkverpleging te ontwikkelen is.

De NZa gaat tevens na of het zinvol is om de gehele sector te verplichten om doelgroepen te registreren. Dat zou kunnen betekenen dat ook niet-gecontracteerde aanbieders informatie over de zorgzwaartetypering van cliënten moeten vastleggen. Gecontracteerde aanbieders leggen dit al vast, waardoor inzichtelijker wordt in hoeverre de patiëntenpopulatie van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg van elkaar verschillen.

De basismodellen en de toepassing van het huisartsenmodel op de wijkverpleging, zoals hierboven beschreven, betreffen de planbare zorg. In de zorg is echter ook sprake van niet-planbare zorg. Op dit moment heeft iedere zorgaanbieder voor de wijkverpleging een eigen infrastructuur met afspraken voor niet-planbare zorg. De NZa wil stimuleren dat zorgaanbieders bepaalde **systeemfuncties rondom de niet-planbare zorg regionaal in de keten** gaan organiseren en aanbieden. Volgens de NZa ligt het niet voor de hand om dergelijke functies op te nemen in de inhoud en het tarief van een gemiddelde integrale prestatie. De NZa stelt voor te onderzoeken hoe deze functies het beste bekostigd kunnen worden.

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van zorg zijn uitkomsten van groot belang. Daarbij gaat het **belonen van goede uitkomsten** onderbehandeling tegen. De NZa onderzoekt op welke manier de uitkomstindicatoren, die bij de uitwerking van het kwaliteitskader wijkverpleging worden ontwikkeld, een plek kunnen krijgen in de bekostiging.

Ik zie zeker voordelen in de ontwikkelingen die de NZa beschrijft. Zo zal het werken met cliëntgroepen zorgaanbieders stimuleren om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Daarbij gaat een goede definiëring van cliëntgroepen risicoselectie tegen. Tegelijkertijd is het nadelig dat de cliëntprofielen onvoldoende informatie bevatten om de volledige zorginzet mee te kunnen bepalen. Bovendien kan deze werkwijze leiden tot een toename van administratieve lasten, door de registratie rondom de cliëntgroepen en de uitkomstgerichte zorg.

¹⁵ Kamerstukken 34 104 en 29 689, nr. 128

¹⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 964

Afsluiting

Tot besluit wil ik opmerken dat we de doorontwikkeling van de bekostiging moeten meenemen bij de overige activiteiten die we, samen met partijen, ondernemen om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken. Daarbij is het de kunst om tot de juiste combinatie te komen die tot verdere ontwikkeling en professionalisering van de wijkverpleging leidt. Door verschillende acties te combineren – uitvoering hoofdlijnenakkoord, zorginkoop, bekostiging, bevorderen rechtmatige zorg, toezien op nieuwe aanbieders en implementatie kwaliteitskader – willen we het toekomstperspectief verbeteren. Deze stappen zullen voor de cliënt leiden tot samenhangende zorg met behoud van keuzevrijheid en transparantie.

Ik zet de belangrijkste **mijlpalen van 2019, 2020 en 2021** daartoe nog even op een rij:

- Na de zomer 2019 is de nota van wijziging Wtza bij de Tweede Kamer ingediend.
- In de zomer 2019 hebben HLA-partijen de herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging nader uitgewerkt en deze uitwerking wordt meegenomen in het inkoopbeleid voor 2021.
- Eind 2019 verschijnt de rapportage van de commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen.
- Begin 2020 is het kwaliteitskader wijkverpleging geïmplementeerd inclusief de eerste set indicatoren.
- Begin 2020 is het door VWS geïnitieerde onderzoek naar de drijfveren van nieuwe aanbieders in de wijkverpleging afgerond.
- Begin 2020 is de NZa- evaluatie over de experimenten met een integraal tarief in de wijkverpleging beschikbaar.
- In het eerste kwartaal 2020 komen de eerste tussenresultaten van het onderzoek naar de bruikbaarheid van cliëntprofielen voor de bekostiging door de NZa beschikbaar.
- In het eerste kwartaal 2020 brengen zorgverzekeraars hun inkoopbeleid 2021 uit waarin herkenbare teams wijkverpleging zijn opgenomen.
- In 2020 rondt de NZa met partijen het onderzoek naar systeemfuncties af.
- In 2020 zijn landsdekkend afspraken gemaakt over de ANW wijkverpleegkundige zorg en de coördinatie ELV.
- Vanaf 2021 maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over de lokale invulling van herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging in de wijk.

Ten slotte kan eind 2020, begin 2021 een besluit worden genomen over de bekostiging van de wijkverpleging. In haar voortgangsrapportage adresseert de NZa uitdagingen in de wijkverpleging en knelpunten in de bekostiging die ik herken. De NZa werkt aan een voorstel de bekostiging zo in te richten dat daarmee bestaande knelpunten worden aangepakt. Ik zal de NZa vragen mij te adviseren over de wijze waarop de doorontwikkeling van de bekostiging kan bijdragen aan onze ambitie voor de wijkverpleging. Daarnaast blijf ik met de HLA-partijen in gesprek over het beoogde toekomstperspectief. Ik ga graag met u in gesprek over de voortgangsrapportage en de activiteiten van de NZa rondom de toekomst van de wijkverpleging.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge