

Vergaderjaar 2024–2025

**23 235**

## **Thuiszorg en wijkverpleging**

**Nr. 244**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2025

Met deze brief informeer ik u over een onderzoek naar de oorzaken van de onderschrijding van het budgettair kader wijkverpleging dat in opdracht van partijen uit deze sector is uitgevoerd. Ook geef ik u een update over de laatste ontwikkeling die gericht is op het verbeteren van de organisatie en toegankelijkheid van wijkverpleging door middel van samenwerking en coördinatie, ofwel herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.

#### *Onderzoek oorzaken onderuitputting wijkverpleging*

Aanleiding voor het onderzoek is dat al jarenlang minder geld – oplopend naar een miljard in 2024 – door zorgverzekeraars wordt uitgegeven dan het maximale kader voor wijkverpleging dat VWS hiervoor beschikbaar stelt. Deels is dit te verklaren doordat een deel van eerdere onderschrijdingen door VWS beschikbaar is gehouden in het budgettair kader. Daarnaast wordt, conform afspraak in het Integraal Zorgakkoord (IZA), jaarlijks een ruime volumegroei aan het kader toegevoegd. Hoewel deze hoge raming een gedeeltelijke verklaring is voor de onderschrijding, blijft de gerealiseerde groei van uitgaven al jaren achter bij de verwachte groei op basis van demografische factoren als de vergrijzing. Eerdere onderzoeken hebben geen compleet beeld opgeleverd van de oorzaken van de onderschrijding. Met het onderzoek dat ik meestuur worden alle inzichten bij elkaar gelegd en zijn verschillende hypothesen getoetst. Het rapport is in opdracht van Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) door Gupta uitgevoerd.

Het onderzoek gaat in op onderliggende oorzaken voor twee belangrijke trends die een groot deel van de lagere dan oorspronkelijk geraamde uitgaven verklaren. Ten eerste is het aantal zorguren per cliënt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) de afgelopen jaren sterk afgenomen. De uren per cliënt in de wijkverpleging in de Zvw zijn gedaald van gemiddeld 126 uur per cliënt per jaar in 2017 naar gemiddeld 88 uur in 2022. Ten tweede is de stijging van het aantal cliënten in de wijkverpleging Zvw

minimaal. Dit lijkt in contrast te staan met de vergrijzing. Het rapport laat verschillende oorzaken zien van deze twee ontwikkelingen:

- Ten eerste kan de beperkte stijging van het aantal cliënten en de kosten deels worden toegeschreven aan de substitutie van zorg naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit betreft vooral het Modulair Pakket Thuis (MPT) en Volledig Pakket Thuis (VPT). Van de krimp in wijkverpleging Zvw kan 14% verklaard worden door VPT substitutie. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillen in financiële prikkels tussen de Zvw en Wlz. Zo maken zorgverzekeraars doelmatigheidsafspraken in de Zvw en biedt het integrale tarief voor VPT juist meer mogelijkheden en flexibiliteit voor de aanbieder. De groei van het VPT wordt door aanbieders en zorgverzekeraars overwegend als wenselijk gezien, maar er zijn ook zorgen dat cliënten met een minder zware zorgvraag uit de Zvw worden gehaald en overgaan naar de minder doelmatige Wlz. Uit het onderzoek blijkt dat de indicatiestelling door het CIZ niet veranderd is in de afgelopen jaren, dus dat is geen oorzaak voor deze substitutie.
- Een tweede oorzaak voor de afname van het aantal uren/de kosten per cliënt in de Zvw wijkverpleging is de toegenomen doelmatigheid. Dit komt zowel door een zorginhoudelijke verschuiving richting meer zelfredzaamheid van cliënten, als door doelmatigheidsafspraken met financiële prikkels tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook hebben personeelstekorten soms geleid tot minder ingezette uren per cliënt. De impact van de hogere doelmatigheid wordt overwegend positief beoordeeld door aanbieders en verzekeraars omdat dit bijdraagt aan toegankelijkheid en betaalbaarheid van de wijkverpleging. Tegelijkertijd geeft een deel van de aanbieders aan dat de toegenomen doelmatigheid ook leidt tot meer werkdruk en (mogelijk daardoor) een stijging van het ziekteverzuim.
- Verder is gekeken naar de ontwikkeling van tarieven in de wijkverpleging Zvw. Over de tarieven bestaan verschillende beelden, maar grofweg lijken met name grote aanbieders tevreden over de tarieven in de Zvw. Kleinere aanbieders geven vaker aan dat tarieven ontoereikend zijn. Dat er verschillen zijn tussen kleine en grote aanbieders lijkt door kwantitatieve analyses bevestigd te worden. Op basis van deze analyse kan echter niet worden geconcludeerd of de tarieven passend en/of kostendekkend zijn, ook niet voor verschillende type aanbieders, zoals de grote versus kleine aanbieders.
- De vitaliteit van de sector is onderzocht door onder andere te kijken naar de arbeidsmarkt. De arbeidsvoorwaarden van wijkverpleegkundigen zijn concurrerend en de werkgelegenheid is goed. Tegelijkertijd is de afgelopen jaren, na jaren van stijging, een lichte daling van de instroom van studentenesignaleerd. De prognose is dat het aantal hbo-studenten de komende vijf jaar met 20% afneemt, het aantal mbo-studenten blijft naar verwachting gelijk. Ook is het ziekteverzuim (van 8%) in de wijkverpleging hoger dan in andere (zorg)sectoren.
- Tot slot gaat het rapport in op een eerder onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van VWS. Daarin was de vraag of een verminderde toegankelijkheid van wijkverpleging een verklaring is van de lagere dan verwachte uitgaven. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het merendeel van de cliënten die wijkverpleging nodig hebben snel terecht kan, ondanks dat soms meerdere aanbieders moeten worden benaderd<sup>1</sup>. Voor cliënten met een complexe zorgvraag is soms meer tijd nodig om passende wijkverpleging te vinden. Deze bevindingen zijn in het rapport van Gupta opnieuw samengevat.

ActiZ, Zorgthuis.nl en ZN hebben mij laten weten dat de gezamenlijke analyses van het onderzoek hebben geleid tot een eenduidig beeld over

<sup>1</sup> Kamerstuk 23 235, nr. 241

de oorzaken van de onderschrijding van het macrokader voor wijkverpleging en dat zij de conclusies van het onderzoeksrapport grotendeels onderschrijven. De partijen geven aan dat zij de bevindingen hebben meegenomen bij de totstandkoming van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), waarbij zij nauw betrokken waren. Ze benadrukken dat hun acties zich in dit akkoord vooral richten op de Wlz in de wijk, omdat de wijkverpleging binnen de Zvw over het algemeen al doelmatiger is georganiseerd dan in de Wlz. Zo is in het HLO opgenomen dat MPT, dat een modulaire opbouw kent, voorliggend is op het VPT. Ik stuur u de begeleidende brief die ik van partijen bij het onderzoeksrapport heb ontvangen mee als bijlage.

### *Organisatie wijkverpleging en visie eerstelijnszorg*

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging richt zich op het verbeteren van de organisatie en toegankelijkheid van wijkverpleging door middel van samenwerking en coördinatie. Te vaak kost het cliënten, mantelzorgers of zorgverleners veel moeite om wijkverpleging tijdig te organiseren. Zo zijn huisartsen regelmatig veel tijd kwijt aan het rondbellen voor wijkverpleging. Daarnaast is er ook nog een kleine groep cliënten, met een complexere zorgvraag, waarbij het organiseren van zorg niet tijdig lukt<sup>2</sup>. Door zorgaanbieders in een wijk samen te laten werken in één duidelijk herkenbaar en aanspreekbaar team, wordt de wijkverpleging herkenbaar voor burgers/cliënten, huisartsen en andere verwijzers/zorgverleners voor zorgvragen en samenwerkingsafspraken. In de kamerbrief van mei 2024 heeft mijn voorganger u geïnformeerd over het eindrapport van het RIVM over de (doorontwikkeling) van herkenbare en aanspreekbare (H&A) wijkverpleging in de periode 2021–2023<sup>3</sup>. Dit rapport liet zien dat er in meerdere regio's invulling wordt gegeven aan afspraken over de invoering van H&A-teams wijkverpleging, maar dat het nog niet overal evengoed van de grond is gekomen.

In de brief van oktober jl.<sup>4</sup> heeft de toenmalig Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ) daarom aangegeven dat in het kader van de visie eerstelijnszorg 2030 aanvullende afspraken worden gemaakt over herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. De visie eerstelijnszorg richt zich op het versterken van de eerste lijn door samenwerking in hechte wijk- en regionale verbanden, waarbij alle eerstelijnssectoren, inclusief wijkverpleging, goed zijn vertegenwoordigd. In het Bestuurlijk Overleg Visie Eerstelijnszorg hebben partijen de uitgangspunten «organisatie wijkverpleging en visie eerstelijnszorg» in februari jl. vastgesteld. Samenvattend is overeengekomen dat onderstaande nodig is voor de organisatie van wijkverpleging om haar rol en verantwoordelijkheid, in samenwerking met andere professionals, goed te pakken:

- a. In elke regio een coördinerend mechanisme in de wijkverpleging voor het afvangen en coördineren van zorgvragen. Dit punt is herkenbaar en aanspreekbaar voor burgers/cliënten, huisartsen en andere verwijzers/zorgverleners;
- b. In elke wijk een vaste gemandateerde deelname namens de wijkverpleging aan het hechte wijkverband om samenwerking tussen professionals te bevorderen;
- c. In elke regio een vaste gemandateerde deelname vanuit de wijkverpleging aan het Regionaal Eerstelijns SamenwerkingsVerband (RESV) voor samenwerkingsafspraken op regioniveau.

<sup>2</sup> Equalis (2024): clientvolgend onderzoek in de wijkverpleging. <https://open.overheid.nl/documenten/95e3158d-c25c-44cd-b27e-5e1766492064/file>

<sup>3</sup> Kamerstuk 23 235, nr. 241.

<sup>4</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 122

Op dit moment werken Actiz, Zorgthuisnl en ZN met elkaar, aan de hand van praktijkvoorbeelden, verder uit hoe bovenstaande punten landelijk geïmplementeerd kunnen worden. Hiervoor heeft ZN een landelijke inventarisatie gedaan onder de verzekeraars over de ontwikkeling van H&A in hun regio's. De inventarisatie heeft laten zien dat er veel initiatieven lopen en regio's weer een stap verder zijn dan ten tijde van de RIVM rapportage in 2023<sup>5</sup>. Regio's waar nog niets van de grond is gekomen, kunnen straks met de uitwerking en de praktijkvoorbeelden daadwerkelijk aan de slag. Wanneer aanbieders niet zelf het initiatief nemen, maakt de marktleider zorgverzekeraar (contract)afspraken met een of enkele aanbieders van wijkverpleging om het initiatief te nemen om de samenwerking te organiseren.

Met deze brief doe ik de toezegging van mijn ambtsvoorganger af om uw Kamer te informeren over de wijze waarop de aanbevelingen uit het Equalisrapport<sup>6</sup> over toegankelijkheid van de wijkverpleging met het veld worden opgepakt. Met bovenstaande concretisering om de rol van de wijkverpleegkundigen te versterken in hechte wijkverbanden, voldoe ik daarnaast aan de motie van het lid Paulusma over een plan opstellen om leiderschap van verpleegkundigen binnen de wijkteams te bevorderen<sup>7</sup>. Ik ga ervan uit dat elke zorgverzekeraar en elke aanbieder van wijkverpleging hiermee aan de slag gaat. Dat is immers in het belang van cliënten, burgers, huisartsen, ziekenhuizen en alle zorgverleners in de wijkverpleging.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
N.J.F. Pouw-Verweij

---

<sup>5</sup> Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging Ontwikkelingen en lessen 2021 - 2023

<sup>6</sup> Equalis (2024): clientvolgend onderzoek in de wijkverpleging.

<sup>7</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 109