

Vergaderjaar 2020–2021

**23 235**

## **Thuiszorg en wijkverpleging**

**Nr. 213**

Ontvangen ter Griffie op 13 oktober 2020.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 12 november 2020.

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2020

Met deze brief informeer ik u over de stand van zaken in de wijkverpleging. Als onderdeel hiervan stuur ik u het advies inclusief bijlagen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de wijkverpleging per 2022<sup>1</sup>, zoals toegezegd in de brief aan de Tweede Kamer «Stand van zaken doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging» van 25 februari 2020<sup>2</sup>. Ik ben van plan om op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de NZa dit najaar een aanwijzing te geven, zodat de NZa de nieuwe bekostiging in 2022 kan invoeren. De zakelijke inhoud van de aanwijzing vindt u in deze brief. Uiteraard geef ik overeenkomstig artikel 8 van de Wmg deze aanwijzing niet eerder dan nadat de wettelijke voorhangtermijn van 30 dagen is verstreken. Tot slot informeer ik u over het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering.

Er lopen verschillende beleidslijnen binnen de sector wijkverpleging die allen gericht zijn op het toekomstperspectief voor de wijkverpleging: het leveren van integrale en goede zorg door herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging. Dit toekomstperspectief heb ik in mei 2019 samen met de partijen van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging gekozen om zo gezamenlijk de knelpunten in de wijkverpleging aan te pakken. In deze brief informeer ik u over de trajecten die bijdragen aan dit toekomstperspectief:

- Ik geef u een update over de ontwikkelingen op het gebied van arbeidsmarkt wijkverpleging, het kwaliteitskader wijkverpleging, de NZa-regeling Transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie en de herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging.
- Het advies van de NZa over bekostiging per 2022 sluit aan bij deze ontwikkelingen in de wijkverpleging. Door de nieuwe bekostiging zal de zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënt meer centraal staan, zal

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>2</sup> Kamerstuk 23 235, nr. 199

samenwerken in de wijk worden gefaciliteerd en zal meer ruimte zijn voor innovatie en preventie.

- Ik zal de NZa een aanwijzing geven om een ontwikkeltraject te starten voor de bekostiging op basis van cliëntprofielen. Uiterlijk in 2024 zullen alle aanbieders die deelnemen aan het ontwikkeltraject de cliëntprofielen registreren, waarna de informatie wordt meegestuurd met de declaratie. Het doel van het ontwikkeltraject is dat een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder vervolgens afspraken maken over de bekostiging op basis van cliëntprofielen. Daarnaast zal ik de systeemfunctie voor onplanbare zorg in avond, nacht en weekend in de aanwijzing meenemen. De systeemfunctie rondom samenwerken en coördinatie wordt eerst door de NZa en partijen verder uitgewerkt en wordt daarna in een aparte aanwijzing opgenomen.
- Een positieve ontwikkeling is dat het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging is gedaald van 9% in 2018 naar 5,7% in 2019. Dit vlakkt de noodzaak af om het sluitstuk van de aanpak om contractering te bevorderen, zijnde het gelijknamige wetsvoorstel, nu in te dienen.

### **Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging**

Ik refereer hier kort nog aan de knelpunten in de wijkverpleging die aanleiding waren om te komen tot een toekomstperspectief voor de wijkverpleging. 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. Deze mix van knelpunten leiden tot de conclusie dat deze manier van werken in de wijkverpleging in de toekomst niet langer houdbaar is. Het is belangrijk de schaarste eerlijk en doelmatig te verdelen. De oplossing voor deze knelpunten worden in meerdere trajecten opgepakt. Op 29 juni 2020<sup>3</sup> informeerde ik de Tweede Kamer, samen met mijn collega bewindspersonen, over de voortgang van de uitvoering van de hoofdlijnenakkoorden curatieve zorg. In aanvulling daarop informeer ik u nu over de ontwikkelingen rondom arbeidsmarkt en kwaliteit die binnen het HLA wijkverpleging zijn opgepakt en bijdragen aan het bereiken van het toekomstperspectief.

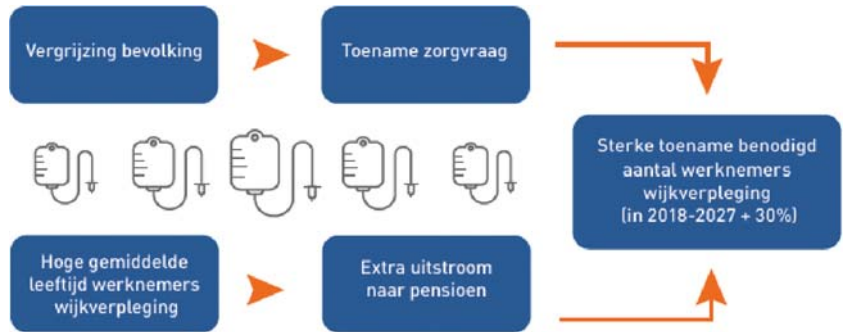
### Arbeidsmarkt

Bureau Panteia heeft een doorkijk gemaakt naar de ontwikkeling van de arbeidsmarkt voor de komende 10 jaar (zie bijlage)<sup>4</sup>. Dit onderzoek maakt duidelijk dat aanvullende acties nodig zijn om te zorgen voor voldoende personeel de komende jaren. De combinatie van stijgende vraag naar wijkverpleegkundige zorg en mogelijk dalend arbeidsaanbod leidt volgens de prognose tot toenemende personeelstekorten; zie onderstaande figuur. Panteia heeft op in het onderzoek gekeken naar algemene en sectorspecifieke knelpunten en oplossingen. De HLA partijen maken voor aanvullende acties onder andere gebruik van het sectorplanplus en zullen waar nodig ook specifieke maatregelen voor de wijkverpleging treffen. Hierover zijn zij nog in onderling overleg.

<sup>3</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 510

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

**Figuur 1: Arbeidsmarktprognose wijkverpleging 2018-2027.**



Daarnaast heeft bureau Berenschot in een kwalitatief onderzoek gekeken naar de beweegredenen van nieuwe aanbieders om in de wijkverpleging te starten (zie bijlage)<sup>5</sup>. Dit omdat de sector wijkverpleging relatief veel nieuwe zorgaanbieders kent. De uitkomsten van dit onderzoek worden eveneens meegenomen in de afspraken binnen het HLA over specifieke maatregelen voor de wijkverpleging.

### Kwaliteit

Partijen zijn gestart met wetenschappelijk onderzoek naar ongewenste praktijkvariatie (de verschillen in de hoeveelheid zorg en manier waarop de zorg wordt verleend) bij de indicatiestelling. Het eerste deel van dat onderzoek (literatuurstudie) is inmiddels afgerond. Door de coronacrisis is het niet mogelijk geweest om congressen indicatiestelling te organiseren. De congressen worden uitgesteld en de vorm van deze congressen worden heroverwogen. Verder is V&VN inmiddels gestart met de landelijke uitrol van een programma om intercollegiale toetsing tussen wijkverpleegkundigen te versterken. Ook wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van een assessment voor verpleegkundigen om hen inzicht te geven in hun persoonlijke competenties op het gebied van «vakbekwaam indiceren». De Patiëntenfederatie Nederland (PFN) is onlangs gestart met het project etalage-informatie. Dit project moet eind volgend jaar leiden tot het publiceren van de etalage-informatie en een keuzehulp.

### **Kwaliteitskader wijkverpleging**

In april 2018 is het Kwaliteitskader Wijkverpleging gepubliceerd en ingediend bij Zorginstituut Nederland. Daarna hebben Actiz, Zorgthuisnl en V&VN gewerkt aan implementatie bij de achterban. Ook hebben deze partijen samen met PFN en ZN de afgelopen tijd gewerkt aan een verdere optimalisatie van het proces rondom de meting van de PREM wijkverpleging. Naar aanleiding van de coronacrisis zijn Zorginstituut Nederland en de stuurgroep (Actiz, Zorgthuisnl, V&VN, ZN, PFN) tot de beslissing gekomen om de meetperiode van de PREM wijkverpleging te verlengen tot eind december 2020. De partijen werken op dit moment, naast de PREM wijkverpleging, aan verschillende indicatoren. De indicator «ongepland ziekenhuisbezoek» wordt naar verwachting eind dit jaar geïmplementeerd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast werken partijen aan de ontwikkeling van drie nieuwe indicatoren: de indicator «kwetsbaarheid», de indicator «belastbaarheid mantelzorg» en de PROM kwaliteit van leven.

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

## **Casemanagement dementie**

Op het gebied van casemanagement dementie wil ik drie zaken met u delen. Ten eerste, de NZa-regeling Transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie (NR/REG-1827) is een jaar na de start conform afspraak geëvalueerd. Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor casemanagement dementie op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar te maken voor patiënten. Uit de evaluatie kwam een aantal aanbevelingen, voor de NZa en voor betrokken partijen. De NZa is voortvarend aan het werk met het aanpassen van de regeling conform de aanbevelingen. Betrokken partijen hebben afgesproken, ook conform de aanbevelingen, aan de slag te gaan met het versterken van het draagvlak voor deze (aangepaste) regeling. Daarnaast is in de Nationale Dementiestrategie 2021–2030 opgenomen dat uiterlijk in 2025 alle professionals in elk regionaal dementienetwerk werken volgens de Zorgstandaard Dementie. Casemanagement dementie is één van de pijlers van de Zorgstandaard Dementie.

Ten slotte loopt het onderzoek (door bureau HHM) naar gebruik en de wachttijden van casemanagement dementie. Resultaten van dat onderzoek verwacht ik in december.

## **Toekomstperspectief wijkverpleging – herkenbare & aanspreekbare teams**

Met mijn brief van 3 maart 2020<sup>6</sup> informeerde ik de Tweede Kamer over de voortgang van de herkenbare en aanspreekbare teams door de leidraad van de HLA partijen toe te sturen. Inmiddels kan ik u melden dat alle zorgverzekeraars het herkenbare en aanspreekbare team wijkverpleging in hun individuele zorginkoopbeleid hebben opgenomen. Zorgverzekeraars hebben hun inkoopbeleid op hun eigen websites gepubliceerd. Ter inspiratie voor anderen zijn op de website <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/> diverse praktijkvoorbeelden van samenwerkende teams wijkverpleging gepubliceerd. Daaruit blijkt ook dat dit voornemen in de praktijk op verschillende manieren wordt vormgegeven. Tevens is op deze website de leidraad gepubliceerd alsmede een stappenplan. Als het gaat om randvoorwaarden hebben partijen met behulp van experts een handreiking ontworpen over het op een verantwoorde wijze kunnen delen van persoonsgegevens tussen samenwerkende zorgaanbieders. Ook zijn er afspraken gemaakt over het monitoren van de beweging naar herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging. In 2021 zal de eerste (zogenaamde nulmeting) plaatsvinden.

## **Nieuwe bekostiging per 2022**

Het advies van de NZa over de bekostiging van de wijkverpleging per 2022 (zie bijlagen)<sup>7</sup> sluit goed aan bij de bovengenoemde ontwikkelingen in de wijkverpleging zoals het kwaliteitskader wijkverpleging en de ontwikkeling naar herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging. Daarnaast zal in de nieuwe bekostiging de zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënt meer centraal staan en zal innovatie en preventie ondersteund worden. Daarom onderschrijf ik het advies van de NZa en ben ik van plan de NZa dit najaar een eerste aanwijzing te geven, zodat de NZa de nieuwe bekostiging in 2021 met de sector verder kan ontwikkelen en in 2022 kan invoeren.

<sup>6</sup> Kamerstuk 23 235, nr. 201

<sup>7</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

## Proces tot aan het voorliggende advies

Sinds de overheveling van de wijkverpleging vanuit de AWBZ naar de Zvw in 2015 is het doel om via de bekostiging de productieprikkel («uurtje-factuur») te verminderen en over te stappen naar een bekostigingsmodel dat aansluit bij de zorginhoud. Als voorbereiding hierop is het experiment verpleging en verzorging in 2016 van start gegaan waarin afspraken gemaakt kunnen worden over het gebruik van integrale tarieven zoals een integraal uurtarief. Bijna alle gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken van dit experiment gebruik. Daarnaast zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd. Na deze verkennende periode heeft de NZa het traject om tot nieuwe bekostiging te komen op zich genomen. De NZa werkt hierbij intensief samen met de beroeps- en brancheorganisaties en met het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW)<sup>8</sup>. Het advies dat voorligt is in overleg met deze partijen zorgvuldig opgesteld.

Een cruciaal onderdeel van het traject is een pilot uit 2019 waar vier grote zorgaanbieders aan hebben deelgenomen en waaruit bleek dat cliëntprofielen [zie kader] een basis voor de bekostiging kunnen zijn. Daarom heb ik begin 2020 aan de NZa gevraagd om een advies over een bekostiging op basis van cliëntprofielen uit te brengen, waarvan het resultaat als bijlage bij deze brief is gevoegd<sup>9</sup>. In dit advies is ook de ontwikkeling van systeemfuncties opgenomen zoals hierna wordt toegelicht.

### **Cliëntprofielen**

De NZa is op basis van wetenschappelijk onderzoek tot de conclusie gekomen dat cliëntprofielen voldoende voorspelbaar en bruikbaar genoeg zijn om op voort te bouwen. Cliëntprofielen kan men zien als een classificatiesysteem waarmee cliënten op basis van de zorgvraag en zorgzwaarte in een groep (cliëntprofiel) worden ingedeeld. De cliëntkenmerken die de benodigde zorginzet per cliënt voorspellen komen voort uit wetenschappelijk onderzoek. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen de informatie over cliëntprofielen gebruiken in de contractering of om per cliëntprofiel een prestatie per uur, week of maand met bijpassend tarief af te spreken. In de praktijk vult de wijkverpleegkundige een *korte* vragenlijst van een paar minuten in, waarna een cliënt automatisch bij een cliëntprofiel wordt ingedeeld. De vragenlijst moet worden ingebouwd in het ICT-systeem, zodat het onderdeel wordt van het standaard proces rond indicatie en herindicatie. Het cliëntprofiel vervangt niet de verpleegkundige indicatie.

### Samenwerking in de wijkverpleging via systeemfuncties

Het advies sluit goed aan bij de ontwikkeling richting het toekomstperspectief voor de wijkverpleging. Het is van belang dat het bekostigingsstelsel deze ontwikkeling ondersteunt. De NZa adviseert daarom om systeemfuncties [zie kader] in de bekostiging op te nemen waarmee samenwerking en coördinatie onder voorwaarden gedeclareerd kunnen worden. Specifiek dient er een prestatiebeschrijving vastgesteld te worden ten behoeve van de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend. Deze prestatiebeschrijving kent een vrij tarief en kan gedeclareerd worden als er een overeenkomst is gesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

<sup>8</sup> Het WPW is een samenwerkingsverband tussen de Universiteit/Hogeschool Utrecht, de Universiteit Maastricht, de Universiteit Tilburg en de Nederlandse Zorgautoriteit.

<sup>9</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Daarnaast is er behoefte aan een prestatiebeschrijving voor de systeemfunctie die ziet op de organisatie en beschikbaarheid van netwerken en sociale infrastructuur ten behoeve van samenwerking en coördinatie binnen de wijkverpleging. Deze samenwerking kan ook de samenwerking met andere sectoren bevorderen. Een voorbeeld hiervan is het samenwerken als herkenbaar en aanspreekbaar team. Dit onderdeel dient dit najaar verder geconcretiseerd en geduid te worden door partijen en de NZa. Zodra de uitwerking van deze systeemfunctie voldoende concreet is zal ik op basis hiervan een besluit nemen over het geven van een aanwijzing om hiervoor een prestatiebeschrijving vast te stellen. Hierover zal ik u uiteraard informeren via een aparte voorhangbrief.

### **Systeemfuncties**

Systeemfuncties zijn gericht op het inrichten en onderhouden van een netwerk, infrastructuur en organisatie om de zorglevering heen en waarbij het passend is om deze op regionaal niveau met zorgaanbieders van wijkverpleging te organiseren. Het gaat hierbij dus niet om individueel geleverde zorg. Het gaat om onderdelen die cruciaal zijn voor de wijkverpleging, maar die niet alle zorgaanbieders op zich hoeven te nemen. Denk bijvoorbeeld aan de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend. Het benoemen van systeemfuncties helpt naar verwachting om in de zorginkoop afspraken over deze functies te maken.

Door middel van de systeemfuncties kunnen initiatieven van de grond komen waarin zorgaanbieders van wijkverpleging onderling samenwerken. Deze initiatieven dienen altijd bij te dragen aan het lokaal goed functioneren van de wijkverpleging. Bij het tot stand brengen van de systeemfuncties vraag ik aandacht voor de volgende randvoorwaarden:

- Zoals eerder benoemd staan systeemfuncties los van de individuele zorglevering. Ook voor de cliënt moet dit heel helder zijn. Het moet voor de cliënt inzichtelijk zijn dat hij of zij bij elke zorgaanbieder naar keuze terecht kan voor wijkverpleegkundige zorg ongeacht of deze zorgaanbieder een systeemfunctie uitvoert. Afspraken rondom het uitvoeren van de systeemfunctie mogen geen nadelig effect hebben op de keuzevrijheid van de cliënt.
- Systeemfuncties moeten samenwerking faciliteren maar mogen er niet toe leiden dat zorgaanbieders worden uitgesloten om reguliere of specialistische zorg te leveren aan cliënten. Zorgaanbieders moeten directe wijkverpleegkundige zorg kunnen blijven leveren als zij geen systeemfunctie leveren.
- Systeemfuncties hebben als doel om samenwerking en coördinatie te bevorderen. Er dient daarom breed draagvlak binnen de regio te zijn voor de specifieke invulling van de systeemfuncties in de desbetreffende regio. Daarbij mogen zorgaanbieders niet worden uitgesloten van samenwerkingsverbanden indien zij willen deelnemen.

### Meer focus op de zorginhoud via cliëntprofielen

Het advies van de NZa sluit om de volgende redenen goed aan bij het kwaliteitskader wijkverpleging dat goede en efficiënte zorg voor de cliënt centraal stelt. De cliëntprofielen die de NZa voorstelt, zorgen ervoor dat op termijn per cliëntgroep tariefafspraken gemaakt kunnen worden. Het wordt daarmee aantrekkelijker om zowel cliënten met een lichte als een zware zorgvraag in zorg te nemen. Daarnaast verschuift de focus van declaratie op basis van het aantal geleverde uren zorg naar declaratie op basis van de zorginhoud. De productieprikkel wordt dus verkleind. Dit biedt meer ruimte om in te zetten op innovatie en preventie, zeker als een

prestatie met een week- of maandtarief gebruik wordt gemaakt. Aanvullend stelt de NZa voor om uitkomstindicatoren bij de nieuwe bekostiging te betrekken. Dit vergroot het inzicht in de effectiviteit van zorg en maakt het mogelijk om goede uitkomsten te belonen. De verwachting is dat deze veranderingen bijdragen aan het goede gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en zo contractafspraken op basis van zorginhoud faciliteert. Het maken van afspraken over vergoedingen voor een langere periode, zoals per maand, en het sluiten van meerjarencontracten kan daarmee mogelijk ook aantrekkelijker worden.

Het advies van de NZa sluit dan ook aan bij de Taskforce de Juiste Zorg op de Juiste Plek en het volgende advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen over de bekostiging van de wijkverpleging<sup>10</sup>:

*«De commissie adviseert om de wijkverpleging te financieren op een manier die preventie beloont en productie en onnodige doorverwijzing naar duurdere zorg ontmoedigt. De financiering dient tevens bij te dragen aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken. Een financieringssysteem op basis van cliënt- en populatiekenmerken, case-mix en uitkomstindicatoren lijkt zich hier het beste voor te lenen.»*

### Ontwikkeltraject vanaf 2022

Om bovengenoemde doelen te behalen zijn grote en fundamentele aanpassingen in de bekostiging nodig: we gaan van bekostiging op basis van tijd naar bekostiging op basis van zorginhoud, we gaan uitkomsten van zorg toevoegen en waar mogelijk stappen we over van uurtarieven naar week- en maandtarieven. Daarom adviseert de NZa om de bekostiging stapsgewijs aan te passen door vanaf 2022 een ontwikkeltraject te starten om zo de bekostiging op basis van cliëntprofielen verder te ontwikkelen. Dit geeft zorgaanbieders, zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen de ruimte om cliëntprofielen zorgvuldig te gaan gebruiken. Daarnaast vind ik het belangrijk dat gedurende het ontwikkeltraject mogelijke risico's van de nieuwe bekostiging worden gemonitord en dat passende maatregelen worden getroffen om deze risico's te beperken.

#### *Doel ontwikkeltraject*

De bedoeling is het ontwikkeltraject te starten per 2022. Gegeven de bestaande wetgeving wordt het in technische zin vormgegeven als experiment. Het doel van dit experiment is dat een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder in de loop van het experiment afspraken kunnen maken over de bekostiging op basis van cliëntprofielen. Het traject staat open voor grote en kleine aanbieders. Het gebruik van de cliëntprofielen helpt de NZa en partijen om de voorspelkracht van de bestaande cliëntprofielen te verbeteren en eventueel nieuwe cliëntprofielen te ontwikkelen. Op termijn zullen de cliëntprofielen de taal worden om mee te declareren en het tarief zal zijn gebaseerd op de case-mix van de zorgaanbieder. Het experiment zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntprofielen als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders.

De duur van het experiment bedraagt ingevolge de Wmg ten hoogste 5 jaren. Het experiment loopt daarom van 2022 tot en met 2026. Daarbij is een continue monitoring en evaluatie door de NZa gewenst om het verloop van en de ervaringen binnen het experiment te volgen.

---

<sup>10</sup> Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, Oud en zelfstandig in 2030 Aangepast REISadvies. 30 juni 2020.

De NZa zal op basis van de experimentbeleidsregel cliëntprofielen met een uur-, week- en maandtarief vaststellen. Voor deze prestaties zal een vrij tarief gelden wat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de vrijheid geeft om maatwerkafspraken te maken. Om aan het experiment deel te nemen is, net als in het huidige experiment, een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar verplicht. Dit omdat er een vrij tarief mag worden afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Een experiment zoals de NZa voorstelt vind ik passend gezien de tijd die organisaties nodig hebben om zich voor te bereiden op het werken met cliëntprofielen. Het kost zorgaanbieders ongeveer een jaar om zich voor te bereiden op het registreren van cliëntprofielen, een jaar om cliëntprofielen daadwerkelijk te registreren, waarna in het derde jaar gestart kan worden met het declareren van zorg waarbij informatie over de cliëntprofielen wordt toegevoegd. Vanaf jaar drie kunnen cliëntprofielen als basis voor de zorginkoop gebruikt worden. Zorgaanbieders kunnen ieder jaar starten met het experiment. Het is echter alleen in 2022 en 2023 mogelijk om binnen het experiment zonder cliëntprofielen te registreren zorg te declareren. Vanaf 2024 is dit binnen het experiment een verplichting. De zorgaanbieder declareert dan nog steeds de daadwerkelijk geleverde uren zorg of stapt over op een vergoeding per week of per maand. Op deze manier kunnen zorgaanbieders die willen starten met het registreren van cliëntprofielen, deelnemen aan het experiment zonder tijdelijk te moeten terugvallen op de reguliere bekostiging.

Aansluitend hierop wil ik de NZa enkele randvoorwaarden meegeven die ik van belang acht voor een goede werking van het experiment.

- De cliënt mag geen nadeel ondervinden van het experiment.
- De administratieve lasten die de implementatie en uitvoering van het experiment met zich brengen, blijven zo beperkt mogelijk.
- Dubbele bekostiging is niet toegestaan. Met andere woorden, de experimentprestaties en de reguliere prestaties mogen niet tegelijk gebruikt worden voor dezelfde levering van zorg aan een cliënt. Het is wel mogelijk voor een zorgaanbieder om met de ene zorgverzekeraar of voor niet-gecontracteerde zorg de reguliere prestaties te hanteren en met een andere verzekeraar de experimentprestaties te gebruiken.
- Iedere zorgaanbieder, groot of klein, die een contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar moet gedurende de looptijd van het experiment te allen tijde kunnen starten aan het experiment. Iedereen moet kunnen deelnemen mits ze een contract hebben gesloten.
- Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het derde of vierde jaar van het experiment de verkregen data via de cliëntprofielen gebruiken in hun gesprek over de inkoop van wijkverpleging.

Om te bewerkstelligen dat cliëntprofielen een basis voor de bekostiging kunnen vormen, is commitment van de sector nodig. Het is wenselijk dat zoveel mogelijk zorgaanbieders deelnemen aan het experiment om de cliëntprofielen verder te ontwikkelen. Ik ondersteun daarom het voorstel van de NZa om in een convenant afspraken te maken over de visie en ambities, het tempo van opschaling in het experiment, rolverdeling, monitoring, (tussentijdse) evaluaties en bijsturing. Daarbij vind ik het belangrijk dat de diversiteit en variëteit van zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment zo groot mogelijk is. Zorgverzekeraars zouden hier bij de contractering op moeten letten.

#### Reguliere bekostiging

Bij de afwezigheid van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is het niet mogelijk om deel te nemen aan het experiment. Dit



betekent dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders, net als nu het geval is, gebruik blijven maken van de huidige reguliere bekostiging met onder andere de aparte prestaties verpleging en verzorging. Uiteraard kunnen deze niet-gecontracteerde zorgaanbieders proberen om ook een contract te sluiten met een zorgverzekeraar om zo te kunnen deelnemen aan het experiment. Gecontracteerde zorgaanbieders die niet willen deelnemen aan het experiment zullen van de reguliere prestaties gebruik moeten maken. Ook zorg via Zvw-pgb kan gedeclareerd blijven worden volgens de reguliere prestaties.

#### *Monitoring effecten nieuwe bekostiging*

Bij het ontwikkelen van nieuwe bekostiging, is het van belang dat de risico's die kunnen leiden tot ondoelmatige zorg, waarvan cliënten de nadelen kunnen ervaren, in kaart worden gebracht. Het gaat om de risico's «upcoding», onderbehandeling en risicoselectie. Upcoding ontstaat wanneer zorgaanbieders cliënten via de vragenlijst bewust in een hoger cliëntprofiel plaatsen, waardoor zij een hoger tarief ontvangen. Onderbehandeling houdt in dat minder zorg of zorg van mindere kwaliteit wordt geleverd. Dit kan ontstaan bij bekostiging per week of maand doordat het tarief dan is losgekoppeld van de geleverde uren zorg. Onderbehandeling is nadelig voor de cliënt en kan leiden tot ondoelmatige uitgaven van zorggeld. Tot slot houdt risicoselectie in dat een zorgaanbieder cliënten selecteert die minder dan gemiddeld zorg nodig hebben, terwijl de zorgaanbieder wel het volledige bedrag ontvangt. Cliëntprofielen worden namelijk gebaseerd op een gemiddeld aantal uren. Dat betekent dat waar de ene cliënt minder zorg dan gemiddeld ontvangt binnen een bepaald profiel, een andere cliënt meer zorg dan gemiddeld ontvangt.

Het experiment biedt de mogelijkheid om de risico's te monitoren, te onderzoeken en vervolgens zo goed mogelijk te ondervangen. Totdat dit inzichtelijk is, worden de risico's tijdens het experiment op andere manieren beperkt. De belangrijkste beheersmaatregel in de eerste jaren van het experiment is het loskoppelen van declarabele prestaties van de cliëntprofielen. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar en zorgaanbieder binnen het experiment één prijs voor alle cliëntprofielen kunnen afspreken. Dit leidt ertoe dat het «upcoden» van een cliëntprofiel geen financieel effect heeft: immers het afgeleide profiel leidt niet direct tot een declarabele prestatie. Het verkleint ook het risico op risicoselectie. De zorgverzekeraars hebben ook de mogelijkheid om integrale uurtarieven af te spreken (i.c.m. gebruik van de cliëntprofielen) waardoor alle drie de risico's gemitigeerd worden. Onderbehandeling wordt dan ondervangen doordat er niet per periode bekostigd wordt en risicoselectie op een gemiddeld aantal uren is dan ook niet meer mogelijk.

Spiegelinformatie over de eerdere samenstelling van een cliëntpopulatie, de toetsbaarheid van cliëntprofielen aan bijvoorbeeld een zorgplan en inzicht in de plausibiliteit van de inzet (waarbij uitgegaan wordt van zorgplan=planning=realisatie, tenzij) maken het voor zorgverzekeraars mogelijk regie te houden op de risico's van onderbehandeling, risicoselectie en upcoding. In de contractering van het experiment en de afspraken over de prijzen, kunnen ook afspraken gemaakt worden over deze bronnen van spiegelinformatie.

Tenslotte adviseert de NZa om uitkomstindicatoren in te zetten om zicht te houden op de kwaliteit en uitkomsten van zorg. Deze kunnen mogelijk een rol spelen bij het inzichtelijk maken van onderbehandeling. Deze uitkomstindicatoren behoeven nog uitwerking voordat ze als beheersmaatregel gebruikt kunnen worden.

Ik vraag de NZa gedurende de looptijd van het experiment te monitoren in welke mate risico's en prikkels tot uiting komen in het experiment, welke invloed dit op de levering van zorg heeft en op welke wijze deze in de nieuwe bekostiging gemitigeerd kunnen worden. Dat geldt specifiek voor de risico's op onderbehandeling, risicoselectie en upcoding. Daarnaast vraag ik de NZa de uitgaven van de sector wijkverpleging te monitoren en waar mogelijk aan te geven hoe dit samenhangt met de werkwijze en contractering binnen het experiment. Het uitgangspunt is dat het experiment budgetneutraal wordt vormgegeven.

#### Na het ontwikkeltraject

Als het experiment na een evaluatie van de NZa positieve resultaten laat zien, kan besloten worden de cliëntprofielen per 2027 een basis te laten vormen voor de reguliere bekostiging van de wijkverpleging. Hierbij is het dus belangrijk dat de cliëntprofielen en de uitkomstindicatoren verder ontwikkeld zijn en er passende beheersmaatregelen zijn om risicoselectie, upcoding en onderbehandeling te beperken.

Daarnaast is het belangrijk te constateren dat niet-gecontracteerde zorg niet past bij het toekomstbeeld dat de NZa schetst voor de wijkverpleging. Het is onwenselijk niet-gecontracteerde zorgaanbieders dezelfde vrijheden in de bekostiging te geven als gecontracteerde zorgaanbieders, aangezien niet-gecontracteerde zorgaanbieders geen afspraken maken met zorgverzekeraars over de bekostiging aan de hand van cliëntprofielen en uitkomstindicatoren.

#### **Contracteren in de wijkverpleging**

Het maken van (meerjarige) afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een belangrijk onderdeel van het proces om te komen tot goede en betaalbare zorg. Contracten zijn daarin het vehikel om afspraken te maken over de kwaliteit van zorg en over goede en doelmatige zorg. Daarom zijn in het Regeerakkoord en in de Hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en ggz afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en het aandeel niet-gecontracteerde zorg te verlagen. Partijen hebben daarbij onderschreven dat de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk is daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft en hebben ook daarover afspraken gemaakt. Onderdeel van die afspraken was dat mocht ondanks alle inspanningen en na gezamenlijke analyse de contracteergraad niet stijgen, dit zou leiden tot aanpassing in de wet- en regelgeving.

#### Ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging 2019

Zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 monitort Vektis de ontwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg. Uit onderzoek van Vektis (zie bijlage)<sup>11</sup> blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging in 2019 5,7% is. Dit betekent, dat het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging is gedaald ten opzichte van 2018 (9%) en 2017 (7,2%). Ten opzichte van 2018 verschuift in 2019 bijna € 100 miljoen van niet-gecontracteerde zorg naar gecontracteerde zorg. Het percentage cliënten dat gebruik maakt van niet-gecontracteerde wijkverpleging daalt naar 3,5% (was 5,6% in 2018).

De kosten per cliënt per jaar liggen in de niet-gecontracteerde zorg een factor 1,7 hoger dan in de gecontracteerde zorg. Aangezien de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg doorgaans lager is dan de vergoeding van

<sup>11</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

gecontracteerde zorg<sup>12</sup>, betekent dit dat er in de niet-gecontracteerde zorg bijna tweemaal zoveel uren zorg per cliënt per maand verleend wordt. Dit verschil is kleiner geworden in de tijd (in 2017 en 2018 lag het aantal uren zorg per cliënt per maand nog een factor 2,5 hoger). Later dit jaar ontvangt u een uitgebreidere rapportage over 2019 waarin ook enkele verdiepende analyses zijn opgenomen.

### Regionale spreiding van niet-gecontracteerde aanbieders

Tijdens het Algemeen Overleg wijkverpleging op 4 maart 2020 (Kamerstuk 23 235, nr. 202) heb ik de toezegging gedaan verdiepend onderzoek uit te laten voeren naar regionale spreiding van niet-gecontracteerde aanbieders wijkverpleging. Vektis is nagegaan of niet-gecontracteerde zorgaanbieders vooral in de landelijke gebieden actief zijn of juist in de steden; daarbij heeft Vektis in het bijzonder gekeken naar kleine aanbieders en de ZZP'ers (zie bijlage)<sup>13</sup>. Uit de analyses van Vektis blijkt dat er grote regionale verschillen zijn in het percentage aanbieders dat (vrijwel) volledig niet-gecontracteerd is. Op de kaart is een diagonale lijn over Nederland zichtbaar ten hoogte van Amsterdam-Arnhem (zie figuur 1). Ten zuiden van deze lijn zijn er veel gemeenten met een hoog percentage (> 50%) aanbieders wijkverpleging dat vrijwel geheel niet-gecontracteerd wordt, met uitschieters in de Randstad, gemeenten in Noord-Brabant en Limburg. Ten noorden van deze lijn worden in de meeste gemeenten het overgrote deel van de aanbieders gecontracteerd.

Als gekeken wordt naar de regionale spreiding van kleine aanbieders<sup>14</sup> en ZZP'ers, blijkt het beeld nagenoeg hetzelfde te zijn. In het zuidelijk deel van Nederland zijn hogere percentages kleine aanbieders en ZZP'ers actief, terwijl in het noordelijk deel, en dan met name in Friesland en Drenthe, dit zeer beperkt het geval is. ZZP'ers en kleine aanbieders worden in het gehele land nauwelijks gecontracteerd.

Er is een verband tussen contractering en stedelijkheid. In de stedelijke gebieden zijn relatief meer niet-gecontracteerde aanbieders, kleine aanbieders en ZZP'ers actief dan in de landelijke gebieden. Maar het onderzoek laat zien dat ook in de landelijke gemeenten niet-gecontracteerde, kleine aanbieders en ZZP'ers wijkverpleging leveren. Het verband is dus niet heel sterk.

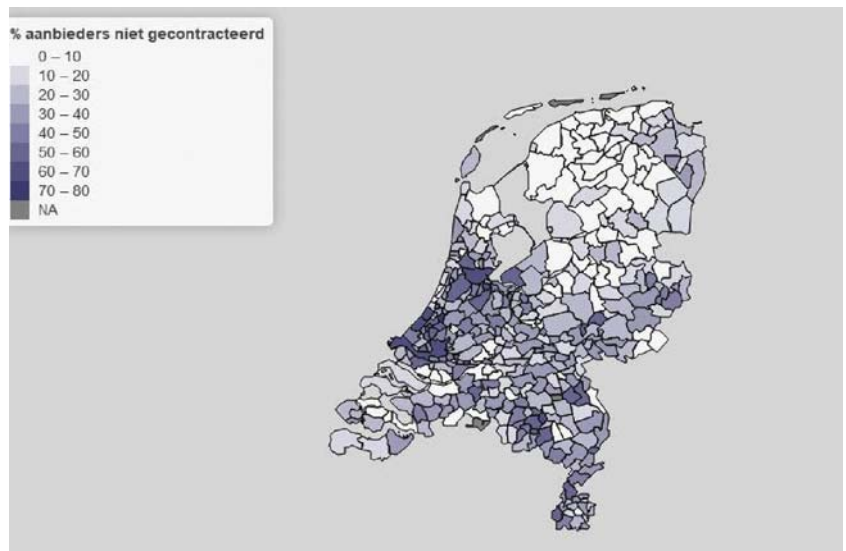
---

<sup>12</sup> Bij een naturapolis is de vergoeding doorgaans 75% van de gemiddeld gecontracteerde prijs.

<sup>13</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>14</sup> Klein is een omzet van < € 100.000.

**Figuur 2: Aandeel niet-gecontracteerde aanbieders wijkverpleging per gemeente (2018)**



### Wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

Eerder heb ik samen met de Minister voor Medische Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer aangegeven dat het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering zou worden ingediend. De nieuwe cijfers over het aandeel niet gecontracteerde zorg en alle inspanningen die worden ingezet, met inbegrip van een nieuw bekostigingsmodel, verkleinen de noodzaak om dit wetsvoorstel in te dienen. De cijfers voor de ggz over 2019 komen pas in 2021. Voor de ggz is het wetsvoorstel dus prematuur. Andere ontwikkelingen in de wijkverpleging en ggz, zoals de aanstaande wijzigingen in de bekostiging, maken het aangaan van een contract naar verwachting ook aantrekkelijker.

De wetswijziging zou de overheid de mogelijkheid geven om voor bepaalde (deel) sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Wij kiezen ervoor eerst te bezien of de andere maatregelen voldoende bijdragen aan het verminderen van niet-gecontracteerde zorg. Mocht blijken dat ondanks deze maatregelen het percentage niet-gecontracteerde zorg onvoldoende daalt, dan kan alsnog tot indiening van het wetsvoorstel worden overgegaan.

### **Zakelijk inhoud van de aanwijzing aan de NZa**

Tenslotte vermeld ik hieronder voor de bekostiging wijkverpleging puntsgewijs de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik aan de NZa zal sturen. Ik zal de NZa opdragen in haar beleidsregels:

- per 1 januari 2022 een prestatiebeschrijving vast te stellen voor de systeemfunctie die ziet op de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend. Deze prestatie kent een vrij tarief en kan gedeclareerd worden als er een overeenkomst is gesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het is niet toegestaan om een systeemfunctie te declareren indien de zorgaanbieder geen individuele zorg levert. Uiteraard hoeft de levering van een

- streeffunctie en de zorglevering voor een specifieke cliënt niet door dezelfde zorgaanbieder te worden uitgevoerd.
- per 1 januari 2022 een experiment op te nemen op grond van artikel 58 Wmg waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging op basis van werkelijk gerealiseerde uren verpleging en verzorging. De NZa dient hierbij prestatiebeschrijvingen op basis van cliëntprofielen vast te stellen met een vrij tarief. Het kan gaan om een uur-, week- of maandtarief. Voor deelname aan het experiment is een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vereist. De NZa verzorgt de tussentijdse monitoring en de eindevaluatie van het experiment.
  - per 1 januari 2022 prestatiebeschrijvingen ten behoeve van de reguliere bekostiging vast te stellen, waaronder de prestaties voor verpleging en verzorging. Hiervoor gelden maximumtarieven.

### **Tot besluit**

De NZa heeft met de betrokken partijen de afgelopen jaren hard gewerkt om een advies voor een bekostigingsmodel op te stellen dat beter aansluit bij de inhoud van het vak en de ontwikkelingen in de wijkverpleging. Dit was een complexe opgave en ik wil dan ook complimenten geven aan de NZa en de betrokken partijen voor het behaalde resultaat. Met dit advies wordt een eerste stap naar bekostiging op basis van zorginhoud gezet. Er volgen nog meerdere stappen en ik heb er vertrouwen in dat partijen deze stappen met elkaar blijven zetten. Uiteraard blijf ik u hierover tijdig informeren.

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