



# Sectoranalyse Wijkverpleging

Trends, kansen en risico's

# Inhoud

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Vooraf</b>                                                                  | <b>3</b>  |
| <b>Managementsamenvatting</b>                                                  | <b>5</b>  |
| <b>1. Ontwikkelingen binnen de wijkverpleging</b>                              | <b>9</b>  |
| 1.1 Rol van de wijkverpleging                                                  | 9         |
| 1.2 Demografische ontwikkelingen                                               | 10        |
| 1.3 Ontwikkelingen ziektelast                                                  | 11        |
| 1.4 Beleidsmatige ontwikkelingen, juiste zorg op de juiste plek                | 12        |
| 1.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt                                          | 13        |
| 1.6 Technologische ontwikkelingen                                              | 13        |
| <b>2. Toegankelijkheid van zorg voor de patiënt</b>                            | <b>15</b> |
| 2.1 Patiënten en hun mantelzorgers                                             | 16        |
| 2.2 Zorgaanbieders                                                             | 17        |
| 2.3 Zorgprofessionals                                                          | 18        |
| <b>3. Organisatie van het zorgaanbod</b>                                       | <b>19</b> |
| 3.1 Contractering                                                              | 19        |
| 3.2 Samenwerken                                                                | 21        |
| 3.3 Waardengedreven zorg                                                       | 22        |
| 3.4 Arbeidsmarkt                                                               | 23        |
| <b>4. Goed bestuur en bedrijfsvoering</b>                                      | <b>25</b> |
| 4.1 Goed bestuur                                                               | 25        |
| 4.2 Bedrijfsvoering                                                            | 26        |
| <b>5. Bekostiging en juiste prikkels</b>                                       | <b>33</b> |
| <b>6. Conclusie en aanbevelingen</b>                                           | <b>37</b> |
| 6.1 Betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg | 37        |
| 6.2 Integrale zorg en samenwerken                                              | 38        |
| 6.3 Minder administratieve druk                                                | 39        |
| 6.4 Waardengedreven zorg                                                       | 39        |
| 6.5 Goed bestuur                                                               | 40        |
| 6.6 Meer transparantie                                                         | 41        |
| 6.7 De juiste zorg op de juiste plek                                           | 41        |
| 6.8 Toegankelijke zorg                                                         | 42        |
| 6.9 Dit vragen we van het veld                                                 | 42        |
| 6.10 Dit gaan wij doen                                                         | 44        |
| <b>7. Bijlage: methode en bronnen</b>                                          | <b>47</b> |

# Vooraf

## Algemeen

De wijkverpleging stelt het functioneren van mensen en hun omgeving centraal. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. De wijkverpleging is essentieel om kwetsbaarheid van mensen te signaleren en kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking.

De wijkverpleging is een sector in ontwikkeling. De bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg is per 2015 overgeheveld van de Awbz naar de Zvw. Sinds die tijd is de wijkverpleging volop in beweging. Professionalisering van de beroepsgroep staat daarin centraal om cliënten zo lang mogelijk thuis te verzorgen, aan persoonlijke gezondheidsdoelen te werken en de regie op ziekte én gezondheid terug te geven aan de cliënt.

In dit ingewikkelde landschap speelt veel, zoals personeelstekorten, werken aan het kwaliteitskader, de samenhang met het sociaal domein, nieuwe toetreders tot de markt en de plannen voor een nieuw bekostigingsmodel. Wat ons betreft tijd voor een overzicht en duiding van de onderwerpen en ontwikkelingen binnen deze sector.

## Doel

We hebben in dit document op hoofdlijnen de belangrijkste ontwikkelingen, risico's en kansen van de wijkverpleging in kaart gebracht. Met dit rapport beogen we twee doelen te bereiken. Enerzijds willen we de discussie over de toekomst van de wijkverpleging verder helpen door onze inzichten en perspectieven te delen. Anderzijds gebruiken we de informatie om als NZa keuzes te kunnen maken om optimaal bij te dragen aan de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de wijkverpleging.

## Onderzoeksopzet

We hebben gekozen voor een brede analyse, waarin we de belangrijkste onderwerpen én de onderlinge samenhang meenemen. We hebben ons hierbij bewust niet beperkt tot alleen de onderwerpen waarvoor de NZa verantwoordelijk is. De informatie beschreven in dit document is grotendeel kwalitatief en is gebaseerd op een combinatie van deskresearch en interviews. We hebben diverse gesprekken gevoerd met externe experts en organisaties op het gebied van de

wijkverpleging, wetenschap en zorg in bredere zin. We zijn daarbij niet specifiek in gegaan op gespecialiseerde deelgebieden, als palliatieve zorg, casemanagement dementie en intensieve kindzorg.

De beschrijvingen en analyses richten zich op de wijkverpleging als aparte sector. Tegelijkertijd beseffen we ons dat deze onderdeel is van een groter geheel en dat de zorg voor kwetsbare patiënten in de thuissituatie in samenhang met andere zorgvormen en sectoren wordt geleverd. Raakvlakken in de omgeving van de wijkverpleging zijn daar waar relevant kort aangestipt.

## Leeswijzer

We beginnen hoofdstuk één met het beschrijven van de belangrijkste ontwikkelingen binnen de wijkverpleging. In de daarop volgende hoofdstukken beschrijven we achtereenvolgens de ontwikkelingen, kansen en risico's in de wijkverpleging vanuit het perspectief van

- De patiënt;
- De organisatie van het zorgaanbod;
- Bestuur en bedrijfsvoering;
- Bekostiging van zorg.

We sluiten af met hoofdstuk zes, waarin we de samenhang tussen de onderwerpen en de problemen, risico's en kansen, en de conclusies en aanbevelingen beschrijven.

# Managementsamenvatting

## Waarom een sectoranalyse?

De NZa staat voor goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland. In een sectoranalyse kijken we naar de ontwikkelingen in een sector – in dit geval de wijkverpleging – en of deze op termijn bijdragen aan goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland. Daar waar dit niet het geval is, zullen er maatregelen moeten worden genomen. Een sectoranalyse geeft hier richting aan.

## Wat zijn de belangrijkste autonome ontwikkelingen in de wijkverpleging?

Op basis van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van specialistische zorg naar de thuissituatie, zien we dat er een sterk toenemende vraag naar wijkverpleging ontstaat. Aan de aanbodzijde is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Hierdoor voorzien we dat er in de toekomst een kloof ontstaat tussen een sterk toenemende vraag en een beperkt aanbod van wijkverpleegkundige zorg. Als de betrokken verantwoordelijke partijen niet op deze ontwikkelingen inspelen verwachten wij dat de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit in de wijkverpleging onder druk komen te staan.

## Waar liggen de kansen?

Wijkverpleegkundigen beschikken over de kennis en kunde om zorg te voorkomen, anders in te richten en het verplaatsen van zorg mogelijk te maken. De plek van de wijkverpleegkundige in het stelsel is uniek; dagelijks in de wijk én achter de voordeur bij de cliënt thuis. De wijkverpleegkundige weet hoe zij mensen weer zelfredzaam kan krijgen. Zij kan als coach en vertrouwenspersoon samen met de cliënt positieve gezondheidsdoelen waarmaken. De wijkverpleegkundige is bovendien gericht op samenwerken en het coördineren en organiseren van de zorg rondom de cliënt. Het is vooral belangrijk dat de wijkverpleegkundige nu en in de toekomst in staat wordt gesteld om die rol te blijven pakken, zodat ze kan focussen op een centrale coördinerende rol in de wijk.

Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat de wijkverpleging er niet alleen voor staat om de genoemde ontwikkelingen te pareren. Dit kan een onmogelijke verwachting scheppen van de

wijkverpleging. We zien de wijkverpleging als een cruciale sector die veel kan betekenen in het licht van de genoemde ontwikkelingen, in samenwerking met andere sectoren en partijen en de samenleving als geheel.

## **Wat moet er gebeuren?**

Dat de juiste zorg op de juiste plek wordt gerealiseerd is voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg essentieel. De wijkverpleging heeft hierin een zeer belangrijke rol. Hiervoor is het noodzakelijk dat de verantwoordelijke organisaties blijven inzetten op verbeteringen in de samenwerking en op meer integrale en waardengedreven zorg. Randvoorwaarden hiervoor zijn een goede balans tussen noodzakelijke administratie, resultaatgerichtheid, inspirerend leiderschap en behoud van personeel en mantelzorgers.

### **Inzetten op samenwerken en integrale zorg**

Integrale zorg betekent dat het perspectief van de cliënt leidend is en dat de zorgverlening, in onderlinge samenhang, daar - over de schotten heen - op afgestemd en ingericht is. Om samenwerken te bevorderen is een andere organisatie van zorg nodig. Wij vinden dat zorgaanbieders meer moeten inzetten op integrale zorgnetwerken en dat zorginkopers van zorgverzekeraars die zorg moeten inkopen. Op die manier wordt samenwerken in de keten een integraal onderdeel van regionale contractafspraken wat ook leidt tot minder versnippering van het zorgaanbod. Het inzetten op samenwerken en integrale zorg draagt bij aan de toegankelijkheid van de zorg in de toekomst.

### **Beheersen administratieve lasten**

De administratiedruk moet omlaag. Dat betekent vooral: begrijpelijke regels en beheersen van het aantal regels. Hoe eenvoudiger die zijn, hoe lager de administratieve belasting. Daar ligt een rol voor de overheid. Doordat de druk omlaag gaat, houden wijkverpleegkundigen meer tijd over voor het leveren van zorg.

Wij vinden dat zorgaanbieders moeten investeren in een goede AO/IB van hun organisatie. Zo kunnen zij zorg op geaggregeerd niveau verantwoorden in plaats van op het niveau van de individuele cliënt. Zorgverzekeraars daarentegen moeten meer inzetten op contracteren op basis van vertrouwen door bijvoorbeeld meerjarencontractering en horizontaal toezicht. Dat maakt contracteren lonender. Ook dit draagt bij aan de toegankelijkheid van de zorg in de toekomst.

### **Versnellen inzetten op waardengedreven zorg**

Met de mogelijkheden van mensen als vertrekpunt, hun eigen vitaliteit, veerkracht en wensen, kunnen professionals waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van mensen. We willen dat de beroepsgroep de professionalisering van de beroepsgroep versnelt om de omslag van ziekte naar gezondheid op tijd te kunnen maken. Zowel de toegankelijkheid als betaalbaarheid van de wijkverpleging is hierbij gebaat.

### **Goed Bestuur en Bedrijfsvoering**

Goed bestuur is een voorwaarde voor goed functionerende zorginstellingen: sturen op heldere organisatiedoelen en een goede bedrijfsvoering. Als organisaties goed worden bestuurd, zijn er meer waarborgen dat de uitkomsten – in termen van betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg - goed zijn en is minder controle aan de achterkant nodig. De NZa kan dan als toezichthouder een terugtrekkende beweging maken.

Daarnaast komt fraude voor in de sector, wat ontoelaatbaar is. De meeste problemen omtrent declareren en verantwoorden in de wijkverpleging komen vaker voor bij een specifieke groep aanbieders. Dit betreft kleinere, ongecontracteerde aanbieders, die nieuw op de markt zijn. Waar fraude voorkomt – ook voor andere dan kleinere ongecontracteerde aanbieders – zal het beleid gericht zijn op ‘zero tolerance’. Een belangrijk middel om fraude tegen te gaan, is het stellen van eisen bij toetreding tot de markt. Daarnaast liggen er kansen in het doorontwikkelen van de data als voorspelmodel, meer controle aan de voorkant, samenwerking tussen zorgverzekeraars en overige ketenpartners en het doorontwikkelen van de bekostiging richting prestaties die verantwoording van zorg richten op kenmerken en resultaten in plaats van op directe zorgverlening. Inzet op goed bestuur en bedrijfsvoering is daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor zowel de betaalbaarheid als kwaliteit van de wijkverpleging.

### Juiste zorg op de juiste plek

Bij thuiszorgaanbieders is verandering nodig. Er moet meer ingezet worden op innovatie, bijvoorbeeld op het gebied van vroegsignalering. Zorgaanbieders moeten het voortouw nemen bij het inzetten van nieuwe technologieën. Dat gebeurt nog te weinig. Op bestuursniveau vinden wij dat ingezet moet worden op transformationeel leiderschap en het uitzetten van een heldere koers. Leiderschap is een essentiële schakel om die verandering door te maken, zowel van zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Zij moeten afspraken maken over verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid, van het individu, de wijk, buurt en regio. Dat is een omslag en vergt een meerjarenstrategie. Het sluiten van meerjarencontracten maakt dit mogelijk. Het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek draagt daarmee bij aan zowel de betaalbaarheid en toegankelijkheid als kwaliteit van de wijkverpleging.

### Transparantie

We roepen partijen op om meer werk te maken van het ontwikkelen van kwaliteits- en uitkomstinformatie. Een essentiële randvoorwaarde om waardegedreven zorg te stimuleren is om inzicht te krijgen in de uitkomsten van verleende zorg in termen van eigen regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Dit thema draagt zowel bij aan de toegankelijkheid als de kwaliteit van de zorg.

### Behoud van personeel en mantelzorgers

De grootste uitdaging voor zorgaanbieders is het behouden en aantrekken van personeel. Voor het behoud van personeel voor de sector is een stevige investering in HR-beleid noodzakelijk. Dat uit zich in betere arbeidsvoorwaarden om goed personeel met ambitie te behouden, zoals meer uren- en vaste contracten, investeren in opleidingsbeleid en carrièreperspectief voor zorgpersoneel. Het is belangrijk dat zorgprofessionals meer stem krijgen binnen de eigen organisatie en meer regie over het eigen werk. Een gezamenlijke inspanning van zorgverzekeraars en zorgaanbieders ligt in het voldoende ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers, zodat ook zij duurzaam inzetbaar blijven. Behoud van personeel en mantelzorgers is essentieel om de toegankelijkheid van zorg te borgen.

## Wat gaan wij doen om het veld te helpen?

Als de NZa voelen wij partnerschap met de andere organisaties in het realiseren van deze kansen en het beperken van de bedreigingen. We gaan de volgende acties inzetten om bedreigingen in de sector voor te zijn en kansen te benutten. Deze komen in deze rapportage verder aan bod:

1. Wij streven naar een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging met ruimte in de regelgeving, waardoor het lonend is om te investeren in preventie, zelfredzaamheid en technologie. Daarnaast onderzoeken wij of en op welke manier cliëntkenmerken een rol kunnen spelen in die bekostiging.
2. Uitwerken hoe kwaliteitsinformatie en uitkomstindicatoren kunnen bijdragen aan betere zorg. Binnen ons wetenschappelijk programma doen we hier onderzoek naar. Zo nodig zullen we de sector stimuleren om werk te maken van de implementatie ervan en het maken van afspraken.
3. Samen met stakeholders aanpassen van hinderende regelgeving en administratieve lasten. Hiermee willen we de administratieve lasten blijven beheersen.
4. We stimuleren de focus op goed bestuur en professionele bedrijfsvoering. Hiermee benadrukken we dat goed bestuur een randvoorwaarde is om te sturen op organisatiedoelen en indirect dus ook op gezondheidsdoelen van cliënten.
5. Data-onderzoek om ontwikkelingen te volgen en te stimuleren. Met data kunnen we:
  - Uitkomsten zichtbaar maken binnen beschikbare data;
  - De zorginzet monitoren en regionale patronen zichtbaar maken;
  - Afwijkend declareren zichtbaar maken;
  - Fraude opsporen.
6. We willen met wat we leren van de data actiever gaan inzoomen, vervolgacties aangeven en partijen hierop aanspreken.
7. Samenwerking continueren en intensiveren in bestaande samenwerking met andere toezichthouders, zorgverzekeraars en de strafrechtpartners om fraude te bestrijden.



# 1. Ontwikkelingen binnen de wijkverpleging

In dit hoofdstuk beschrijven we de algemene ontwikkelingen in de wijkverpleging. Deze ontwikkelingen volgen zowel uit de interviews als uit gepubliceerde nieuwsberichten en rapporten.

## 1.1 Rol van de wijkverpleging

Wijkverpleging richt zich op 'positieve gezondheid', dat wil zeggen dat de aandacht zich richt op de kwaliteit van leven en het versterken van de zelfredzaamheid. Wijkverpleging is daarmee gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden van mensen en het zoeken naar passende en duurzame oplossingen in de directe omgeving van de cliënt. Het doel is om de kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking. Wijkverpleging werkt vanuit vier kernwaarden: de zorg is generalistisch, persoonsgericht, continu en vindt plaats in de nabijheid van mensen thuis (Kwaliteitskader wijkverpleging 2018).

Alle belangrijke partijen hebben op 6 juni 2018 het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 tot en met 2022<sup>1</sup> ondertekend. Het hoofdlijnenakkoord omvat afspraken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren. Het draagt er aan bij dat de zorg zowel nu als op lange termijn fysiek, tijdig en financieel toegankelijk blijft voor iedereen die zorg nodig heeft. Binnen het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over de volgende onderwerpen:

- De juiste zorg op de juiste plek;
- Verstevigen verbinding tussen het medisch en sociaal domein;
- Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad;
- Kwaliteit en transparantie;
- Arbeidsmarkt;
- Terugdringen regeldruk;
- E-health en technologie;
- Persoonsgebonden budget (PGB).

Vektis<sup>2</sup> heeft voor 2017 verschillende cijfers voor de wijkverpleging in kaart gebracht. In 2017 hebben ruim 550 duizend mensen gebruik gemaakt van de wijkverpleging. Per maand stromen er 18

---

<sup>1</sup><https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/06/06/hoofdlijnenakkoord-wijkverpleging-2019-2022>

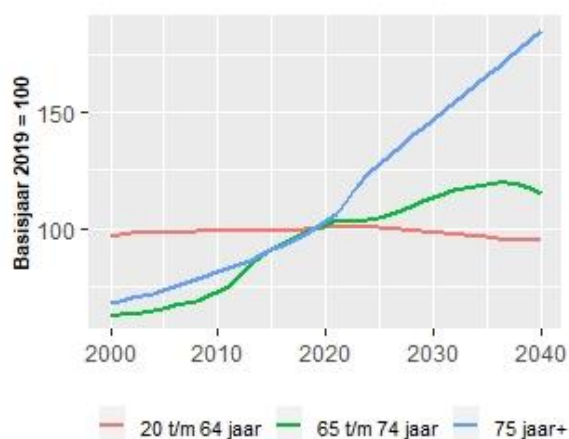
<sup>2</sup> <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>

duizend mensen in tot de wijkverpleging. In totaal zijn er 2041 zorgaanbieders. De gemiddelde kosten per jaar per cliënt zijn €6200 en de totale uitgaven voor wijkverpleging zijn 3,4 miljard. Iemand die wijkverpleegkundige zorg ontvangt, is gemiddeld 4 maanden in zorg en ontvangt 5 uur zorg per week. Zes procent van de mensen die instromen bij wijkverpleegkundige zorg komen binnen een jaar in een verpleeg- of verzorgingshuis terecht.

Het RIVM heeft in 2018 een Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht<sup>3</sup>. Veel gegevens uit deze verkenning worden in deze sectoranalyse gebruikt om de toekomst en toekomstige ontwikkelingen in beeld te brengen.

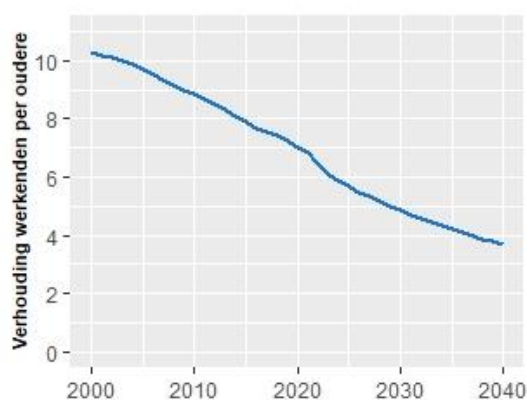
## 1.2 Demografische ontwikkelingen

Wij worden steeds ouder (van 81,5 nu naar 86 jaar in 2040) en het aantal mensen ouder dan 65 jaar neemt sterk toe (dubbele vergrijzing). Nu is 19% van de Nederlanders ouder dan 65 jaar, de verwachting is dat dit percentage in 2040 26% bedraagt. Gelijktijdig neemt het aantal mensen in de leeftijdsgroep 25 tot en met 65 jaar (ongeveer de werkende populatie) af van 57,8% naar 53,6%<sup>4</sup>.



Bron: CBS

Hieronder een weergave van de ontwikkeling van het aantal werkenden per oudere (personen ouder dan 75 jaar).

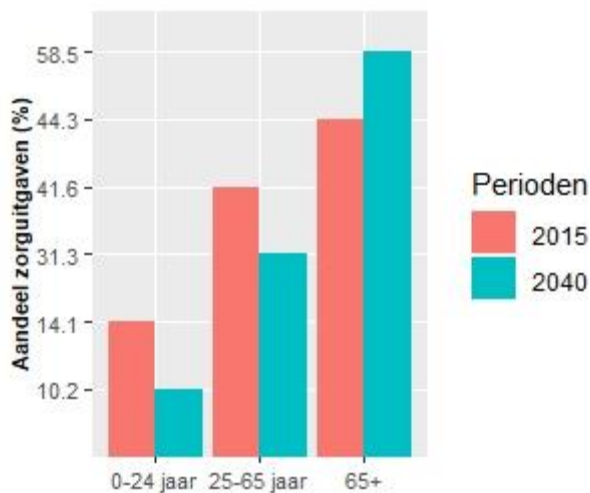


Bron: CBS

<sup>3</sup> <https://www.vtv2018.nl>

<sup>4</sup> CBS- Statistische trends 2017-2060, december 2017

De zorgkosten voor de groep 65 jaar en ouder zullen gaan toenemen van 44,3% nu naar 58,5% van het totale budget in 2040<sup>5</sup>.



Bron: CBS en RIVM

Bij gelijkblijvend beslag op de wijkverpleging zal het aantal mensen dat wijkverpleging nodig heeft met minimaal een derde deel stijgen. De afname van de werkende populatie en toename van het aantal 65 plussers zal een sterke druk op de wijkverpleging leggen.

### 1.3 Ontwikkelingen ziektelast

#### *Ontwikkeling ziekten*

De zorgvraag in de thuissituatie wordt complexer omdat patiënten steeds vaker thuis in plaats van in het ziekenhuis behandeld worden.

We lichten drie groepen aandoeningen uit die nu veel ziektelast<sup>6</sup> veroorzaken en tot 2040 onverminderd in aantal doorgroeien.

1. Psychische stoornissen (waaronder dementie). De verwachting is dat de ziektelast voor dementie in 2040 is verdubbeld ten opzichte van nu.
2. Kwaadaardige (oncologische) nieuwvormingen. De mogelijkheden voor behandeling nemen toe en daarmee worden de kosten hoger; tevens verschuift de behandeling steeds meer naar de thuissituatie zoals chemotherapie via infusie.
3. Bij hart- en vaatziekten wordt een verdubbeling van de ziektelast en van de zorgkosten verwacht, waaronder aandoeningen aan het hart, CVA, afsluitingen in de vaten van de benen en 'open been' (ulcus cruris).

Veel ziekten komen gecombineerd met andere ziekten voor (co-morbiditeit). Vooral na de 75 jarige leeftijd zien we een toename. Uit onderzoek van Vilans blijkt dat 63% van deze groep twee of meer chronische aandoeningen heeft.

---

<sup>5</sup> RIVM 2018- VTV 2018, trendscenario zorguitgaven

<sup>6</sup> Zorginstituut, ziektelast in de praktijk 7 mei 2018: Onder ziektelast verstaan we de hoeveelheid gezondheid die patiënten gemiddeld verliezen gedurende een normaal verwachte levensduur als gevolg van een aandoening.

Om bovengenoemde toename van ziektelast op te kunnen vangen, is een sterke toename van wijkverpleegkundige capaciteit nodig en specifieke kennis om de zorg die nu in het ziekenhuis plaatsvindt, thuis te kunnen leveren.

## 1.4 Beleidsmatige ontwikkelingen, juiste zorg op de juiste plek

Verschillende beleidsmatige ontwikkelingen zorgen ervoor dat er meer vraag naar wijkverpleegkundige zorg ontstaat. Het beleid van de overheid is gericht op langer thuis wonen en de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Naast de demografische ontwikkelingen zorgen deze beleidsmatige ontwikkelingen ervoor dat zowel de vraag naar wijkverpleging als de complexiteit van de zorgverlening blijven toenemen.

De belangrijkste beleidsmatige ontwikkeling is het streven om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Doel is om zorg te voorkomen, te verplaatsen en te vervangen. De juiste zorg op de juiste plek gaat over drie transities:

- Verplaatsing van zorg gekoppeld aan een instelling voor medisch-specialistische zorg naar zorg dichterbij mensen, zoals zorg in de thuissituatie of het sociaal domein (substitutie). Hier komt de wijkverpleging in beeld. Het betreft de verplaatsing van capaciteit, kennis en zorgverlening.
- Zorg voorkomen door een verschuiving van (betalen voor) ziekte naar (investeren in) gezondheid. Hierbij hoort ook investeren in vroegsignalering en preventie.
- Vervanging van zorg door bijvoorbeeld andere (technologische) voorzieningen of andere zorgprofessionals.

Voor deze transitie is samenwerking tussen zorgprofessionals en zorgaanbieders en gegevensuitwisseling noodzakelijk. Het hoofdlijnenakkoord noemt de opschaling van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties, e-health toepassingen en digitaal ondersteunde zorg als randvoorwaarden ter ondersteuning van de juiste zorg op de juiste plek. Ondersteuning en zorg moeten passen bij wat mensen nodig hebben en waar zij behoefte aan hebben. Dat de zorgverlening aansluit bij wat mensen (nog) wel zelf kunnen en (weer) zelf willen. Dichtbij als het kan en verder weg als het moet. Als gevolg hiervan ontstaan onderstaande bewegingen.

### Verplaatsen van zorg van de tweede- naar de eerste lijn

De wijkverpleging is een cruciale speler in de ontwikkeling van de juiste zorg op de juiste plek. De wijkverpleegkundige profileert zich als de verbindende schakel in de buurt. Velen zien deze zorgvorm als dé oplossing om het groeiende aantal thuiswonende ouderen en andere kwetsbare groepen te ondersteunen. De inzet van de wijkverpleegkundige functie moet de integrale aanpak tussen wonen, zorg, welzijn en preventie versterken.

### Inzetten op preventie

Preventie kan op verschillende manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld door in te zetten op vroegsignalering en samenwerking. Technologie kan daarbij ondersteunen en bijvoorbeeld medische incidenten voorspellen<sup>7</sup>. Door in te zetten op preventie, kan vroegtijdig worden geacteerd, waardoor zorg voorkomen kan worden. Om dit te organiseren is samenwerking tussen professionals, mantelzorgers, vrijwilligers en sociale structuren in wijken nodig.

---

<sup>7</sup> <https://www.cardiologiecentra.nl/patienten/ons-zorgaanbod/hartwacht/>

Het ministerie zet in op preventie en heeft hiervoor een akkoord gesloten. Een goede ontwikkeling op dit gebied is 'De gezonde Wijk- en regioaanpak'. Hierbij wordt eerst een analyse gemaakt van de populatie in de wijk (SES, leefstijl e.d.) en vervolgens de zorgverzekeraar in samenspraak met de gemeente een plan maakt. Het gaat dan om goede gezondheid van de populatie en wat hiervoor nodig is.

### Langer thuis wonen

De overheid voert al een aantal jaren een actief beleid wat aansluit bij de wens van veel ouderen om langer zelfstandig thuis te wonen. Het doel van dit beleid is om ouderen te helpen in hun vertrouwde omgeving zelfstandig oud te worden met een goede kwaliteit van leven. Om dit doel te bereiken, is de positie van de huisartsenzorg en de wijkverpleging versterkt door het budgettaire kader jaarlijks te verhogen.

Het gevolg van dit beleid is, dat meer cliënten meer en vaak complexere zorg nodig hebben om langer thuis te kunnen blijven wonen. Cliënten die vroeger namelijk in een instelling woonden, blijven nu thuis wonen omdat de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) strenger is dan de toegang tot voormalige AWBZ. Hiernaast zorgt de eigen bijdrage in de Wlz ervoor dat cliënten het aanvragen van een Wlz indicatie zo lang mogelijk uitstellen.

In een aantal interviews wordt dit bevestigd. 'Cliënten die wat betreft hun zorgvraag thuis horen in de Wlz, blijven nu vaak thuis wonen ondersteund door wijkverpleging bekostigd uit de Zvw. De eigen bijdrage in de Wlz belemmert de doorstroom naar de Wlz', aldus de geïnterviewde.

## 1.5 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Door een aantal van de hierboven beschreven demografische en beleidsmatige ontwikkelingen stijgt de vraag naar wijkverpleging. Door de dubbele vergrijzing, het langer thuis wonen en door een verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie ontstaat een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden.

In 2015 werkten er circa 8.800 hbo-wijkverpleegkundigen in de wijkverpleging (7560 wijkverpleegkundigen, 955 gespecialiseerd verpleegkundigen en 285 casemanagers dementie). In 2015 was er een tekort van 4% (350 wijkverpleegkundigen). Dit tekort is de afgelopen twee jaar fors toegenomen en blijft, mits er geen actie wordt ondernomen, stijgen (naar mogelijk 2.000 in 2019). In 2019 zijn er naar verwachting tussen de 10.000 en 13.500 wijkverpleegkundigen nodig (toename van 8% – 45%. t.o.v. 2015). Ook aan verzorgenden en mbo-verpleegkundigen in de wijk is een tekort, al zijn daarover geen officiële cijfers bekend<sup>8</sup>.

Naar verwachting verschijnt er in maart 2020 een actuele arbeidsmarktverkenning voor de wijkverpleging, uitgevoerd door Panteia.

## 1.6 Technologische ontwikkelingen

De inzet van technologie is een belangrijke ontwikkeling in de zorg. De demografische ontwikkelingen en de krappe arbeidsmarkt creëren de noodzakelijke urgentie om nieuwe oplossingen te zoeken en nieuwe technologieën in te zetten. Mede als gevolg van deze ontwikkelingen en ingezet

---

<sup>8</sup> Vilans 2018 - uitdagingen-en-knelpunten-van-de-wijkverpleging

overheidsbeleid wonen ouderen steeds langer zelfstandig thuis, wat ruimte geeft voor nieuwe thuiszorgtechnologieën. Daarnaast faciliteren ICT toepassingen samenwerking van zorgverleners, ook over de verschillende domeinen heen.

Het Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018) onderschrijft dat het gebruik van technische hulpmiddelen steeds belangrijker wordt in de wijkverpleging. Desondanks signaleren partijen ook dat de inzet van technologie in de wijkverpleging nog niet groot is. Uit een recent onderzoek in de wijkverpleging (Nictiz, 2019) blijkt dat er diverse (e-health) applicaties worden ingezet in de wijkverpleging, maar dat de inzet hiervan vaak nog meer naar gerichte beleidsvoering kan worden vertaald. Het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 noemt de versnelling van de opschaling van zinvolle en doelmatige innovaties, e-health-toepassingen en digitaal ondersteunde zorg zelfs randvoorwaardelijk voor het creëren van de juiste zorg op de juiste plek. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord zijn verschillende acties uitgezet, zoals het hiervoor genoemde onderzoek van Nictiz en een pilot voor standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling. Daarnaast stelt de overheid subsidies beschikbaar middels de Stimuleringsregeling e-health thuis (SET).

Bij de inzet van technologieën zijn drie vormen zichtbaar:

1. Randvoorwaardelijke technologieën, bijvoorbeeld gericht op gegevensuitwisseling. Een voorbeeld hiervan is de Persoonlijke Gezondheids Omgeving (PGO).
2. Technologische toepassingen: zorg die digitaal geleverd wordt. Een voorbeeld hiervan is het e-consult.
3. Preventief: vroegsignaleren/voorspellen van naderende incidenten.

Technologie levert het meeste op als het in een zo vroeg mogelijk stadium preventief ingezet wordt, dus al vóór er (formele) zorg in beeld is. Patiëntgroepen die veel baat kunnen hebben bij vroegdetectie zijn fragiele ouderen en chronisch zieken zoals patiënten met hartfalen (ECG<sup>9</sup> op afstand) en COPD<sup>10</sup> patiënten (voorkomen van exacerbatie). In plaats van ziekte progressie monitoren kan technologie al eerder in het proces de mate van (gebrek aan) gezondheid meten.

Aan de andere kant wordt er gewaarschuwd voor overschatting van de bijdrage van technologie om zo arbeid te besparen. En men waarschuwt voor het risico dat verpleegkundigen aan technologie moeten wennen of er zelfs niet mee willen werken.

Grote veranderingen als veelbelovende technologieën vragen om visie en leiderschap, zowel op macro-, meso- als microniveau. Op macroniveau is het nodig dat de juiste prikkels in het systeem gelegd worden. Op mesoniveau is een succesvolle implementatie van technologie afhankelijk van organisatorische aspecten: is er een goede business case, visie op bestuurlijk niveau en consistent beleid? Op microniveau zijn patiënten en professionals nodig die zich hiervoor verantwoordelijk voelen, het voortouw nemen en goede voorbeelden delen.

---

<sup>9</sup> Electrocardiogram, ECG

<sup>10</sup> Chronisch obstructief pulmonaal longlijden, COPD

## 2. Toegankelijkheid van zorg voor de patiënt

Demografische ontwikkelingen in combinatie met beleidsmatige ontwikkelingen zoals langer thuis wonen en de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn zorgen voor een toename in de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Deze toegenomen vraag in combinatie met het beperkte aanbod door de krappe arbeidsmarkt betekent dat er zonder maatregelen problemen met de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg zijn te verwachten. Dit heeft effect op patiënten en hun mantelzorgers, zorgaanbieders en zorgprofessionals. Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat de wijkverpleging er niet alleen voor staat om al de genoemde ontwikkelingen te pareren. Dit kan een onmogelijke verwachting scheppen van de wijkverpleging. We zien de wijkverpleging als een cruciale sector die veel kan betekenen in het licht van de genoemde ontwikkelingen, in samenwerking met andere sectoren en partijen en de samenleving als geheel.

Binnen de zorg is een beweging ontstaan vanuit de gedachte dat de beperking van de cliënt niet langer centraal moet staan; er moet worden gestreefd naar een betekenisvol leven, waarin de behoefte van de cliënt centraal staat. Om dit te realiseren moet de nadruk komen te liggen op eigen regie en autonomie. Dat vergt een omslag in denken, zowel van cliënten als van professionals. Zo wordt er een toenemend beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt en zijn naasten (Kwaliteitskader Wijkverpleging). Ook in het Hoofdlijnenakkoord worden cliënten/burgers genoemd als cruciale spelers om in het stelsel van ondersteuning en zorg hun leven zo veel mogelijk zelf en met anderen vorm te geven. Dat betekent dat voor cliënten de focus verlegd gaat worden van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat u het zelf kunt doen'. Zorgaanbieders en zorgprofessionals zullen deze ontwikkelingen moeten ondersteunen. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord zetten zij hier ook op in, bijvoorbeeld door landelijke afspraken te ontwikkelen over financiering van preventie op wijkniveau.

In de wijkverpleging worden, behalve voor casemanagement dementie, geen wachttijden vastgelegd. Daarom kunnen wij geen onderbouwde uitspraken doen over wachttijden en toegankelijkheid. Er zijn wel signalen dat het afgelopen zomer voor zorgaanbieders een uitdaging was om voldoende zorg voor hun cliënten te organiseren. Tevens zijn er signalen dat het vinden van een zorgaanbieder voor de wijkverpleging voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers kan tegen vallen. Verwijzers geven aan vaak meerdere zorgaanbieders te moeten benaderen. Het lijkt echter niet op grote schaal voor te komen dat cliënten langer dan noodzakelijk in een ziekenhuis of in een instelling moeten blijven doordat geen wijkverpleegkundige zorg beschikbaar is om de zorg thuis te organiseren.

## 2.1 Patiënten en hun mantelzorgers

### *Kans: Inzet technologie*

De inzet van technologie maakt het mogelijk dat zorg op afstand geleverd kan worden en dat patiënten meer eigen regie kunnen nemen en zelfredzamer worden. Hierdoor kunnen ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen, wat helpt in het borgen van de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg. Het belang van e-health en technologie is ook onderschreven in het hoofdlijnenakkoord. Partijen werken daarin onder andere aan het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden, het stimuleren van het gebruik van PGO's en het meenemen van e-health in het inkoopproces. Daarnaast loopt er een traject waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar in gesprek gaan over innovatie.

Als de cliënt bijvoorbeeld zijn eigen zorgdossier kan beheren, krijgt hij beschikking over meer informatie en is hij een meer gelijkwaardige partner van zorgverleners. Ook kan technologie er bijvoorbeeld voor zorgen dat incidenten worden voorspeld en voorkomen.

De inzet van technologie en e-health, waarbij er een grote rol voor zelfmanagement en eigen regie is weggelegd, is een kans en vraagt tegelijkertijd ook een inspanning van cliënten en hun omgeving.

### *Risico: Overschatten van zelfredzaamheid*

De positieve ontwikkeling dat professionals steeds meer inzetten op zelfredzaamheid, brengt het risico met zich mee de zelfredzaamheid van cliënten overschat wordt. Zelfredzaamheid is afhankelijk van fysieke, mentale en cognitieve vermogens, ondersteuning door naasten, de woonvorm (concentratie) en de beschikbare technologie. Echter, er zijn grenzen aan zelfredzaamheid. Er moet aangesloten worden bij de wensen en behoeften van cliënten, zij moeten het vertrouwen hebben dat ze er niet alleen voor staan.

### *Risico: Verkeerde verwachtingen van en over de cliënt*

Belangrijke ontwikkelingen zijn meer focus op zelfredzaamheid en de omslag van ziekte naar gezondheid. Deze ontwikkelingen betekenen dat de rol van de cliënt en de burger verandert. Er wordt van mensen meer eigen regie en eigen inzet verwacht en het kan betekenen dat er minder of andere zorg ingezet wordt. Dit is ook belangrijk, omdat de huidige verwachtingen die mensen hebben van wijkverpleging in de toekomst niet altijd haalbaar zijn. Het is dus nodig dat mensen zich vroegtijdig realiseren wat ze wel en niet kunnen verwachten van professionele zorg en wat er van henzelf verwacht wordt.

### *Risico: Cliënten zijn onvoldoende toegerust op nieuwe technologieën.*

De inzet van technologie vraagt nieuwe vaardigheden van cliënten. Het is de vraag of cliënten in de wijkverpleging (over het algemeen ouderen en kwetsbare personen) deze bezitten. In de Stimuleringsregeling e-health thuis (SET) is aandacht voor de kwetsbare doelgroep een aandachtspunt. Het is een risico dat de groep die deze technologie het minste nodig heeft deze het meest gaat gebruiken (hoogopgeleiden met goede gezondheidsvaardigheden), terwijl de groep die veel baat zou hebben bij deze technologieën minder in staat is het te gebruiken (laagopgeleiden met slechtere gezondheidsvaardigheden). Neveneffect is dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen eerder vergroot dan verkleind worden.

### *Voorbeeld:*

Lifeline is een 'medical alert system' dat vroegtijdig signalen geeft over naderende gezondheidsrisico's. Te denken valt aan het voorspellen van valincidenten bij ouderen. Hiervoor wordt het beweegpatroon van ouderen in hun eigen omgeving gemeten en vervolgens geanalyseerd met behulp van algoritmes. Op deze manier kan Lifeline de kans voorspellen dat iemand binnen 30, 60 of 90 dagen ten val komt. Hier kunnen professionals interventies op inzetten waardoor valincidenten voorkomen worden.



## 2.2 Zorgaanbieders

### *Kans: Inzet technologie*

Doordat technologie zorg en ondersteuning kan voorkomen, verplaatsen en vervangen, kan technologie bijdragen aan het omgaan met de tekorten op de arbeidsmarkt. De toepassing van technologie blijft echter achter bij de mogelijkheden die er zijn. Het biedt een kans voor zorgaanbieders om meer in te zetten op technologie voor de ondersteuning van zorg en preventie.

### *Kans: Zelfredzaamheid cliënt stimuleren*

Er wordt nog te veel gedacht in termen van behandeling en zorg. Als samenleving en sector moet de omslag gemaakt worden naar denken in termen van gezondheid en welzijn. De kans om de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg te borgen ligt in het vergroten van zelfredzaamheid van cliënten, zodat zij voor hun kwaliteit van leven in afnemende mate een beroep op verpleging en verzorging thuis hoeven te doen. Zorgaanbieders hebben een rol om dat binnen hun organisaties te ondersteunen en te stimuleren. Zij kunnen zorgprofessionals de ruimte geven om hierop in te zetten.

### *Kans: Samenwerking sociaal domein*

Versterking van de samenwerking met het sociaal domein biedt een kans om zorg te voorkomen of efficiënter te organiseren. Zo kunnen andere woonvormen helpen om de ondersteuning te bieden, die een cliënt nodig heeft om zelfstandig te kunnen blijven wonen met zo min mogelijk zorg. Hierbij is het belangrijk om aansluiting te zoeken bij het woonbeleid van de gemeente. Binnen het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen afspraken gemaakt over het verstevigen van de verbinding tussen de zorg en het sociaal domein en het opstellen van een leidraad hierover. Hiernaast vraagt ook de inzet van technologie om samenwerking met het sociaal domein. Technologie kan namelijk bijdragen aan het tijdig signaleren van risico's op een incident voordat een cliënt in zorg is.

### *Kans: Bieden van duidelijkheid over vervolgzorg*

VWS werkt aan het idee om te komen tot een beschrijving welke stappen behulpzaam kunnen zijn bij het vinden van vervolgzorg. Doel is om te komen tot een beschrijving welke stappen (op hoofdlijnen) transferverpleegkundigen kunnen doorlopen als het vinden van vervolgzorg (voor patiënten die in het ziekenhuis liggen) moeizaam loopt.

### *Risico: Personeel*

De grootste uitdaging voor zorgaanbieders is het behouden en aantrekken van verpleegkundigen en verzorgenden. Uit diverse interviews en rapporten is duidelijk geworden dat geïnvesteerd moet worden in personeel. De afgelopen jaren heeft de nadruk gelegen op kostenbesparing en het verlagen van kosten voor ondersteuning en overhead. In verschillende interviews is aangegeven dat er meer naar de behoefte op HR-gebied van verpleegkundigen geluisterd moet worden. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord zijn al verschillende acties in gang gezet. Zo hebben partijen het zorgbrede Actieprogramma 'Werken in de Zorg' onderschreven en sluiten partijen aan bij de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT).

### *Risico: Technologie in de wijkverpleging wordt overschat.*

Alle partijen zijn het eens over de potentie van technologische toepassingen in de wijkverpleging. Er zijn echter wel verschillende verwachtingen over hoe veel of weinig technologie kan bijdragen in de wijkverpleging. Verschillende partijen wijzen erop dat de inzet van technologie niet persé arbeidsbesparend is. Zo wordt capaciteit soms verplaatst van het ziekenhuis naar de wijk. Daarnaast blijft een groot deel van het wijkverpleegkundige werk 'mensenwerk'.

### *Risico: Gebrek aan het uitwisselen van gegevens*

De ICT-systemen van verschillende zorgaanbieders zijn niet in staat om gegevens beschikbaar te stellen voor andere zorgaanbieders. Daardoor ontbreken gegevens en wordt er veel dubbel vastgelegd. In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat uiterlijk 2022 de huidige infrastructuur en apparatuur in zorgorganisaties op peil zijn gebracht. Ook worden er standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling ontwikkeld. Ook wordt door zorgaanbieders gevoeld dat de AVG belemmerend werkt in het delen van informatie. Het is op dit moment nog onduidelijk of dat een terechte belemmering is. Hiervan is nadere uitwerking nodig.

### *Risico: Opschaling en implementatie van technologie komt onvoldoende van de grond.*

Ondanks de breed ervaren noodzaak om technologie in de wijkverpleging in te zetten, blijft implementatie<sup>11</sup> en opschaling van technologie lastig. Implementeren is een vak<sup>12</sup>. Zo blijven afspraken met zorgverzekeraars over e-health en innovatieve technologie nu nog beperkt tot grote aanbieders. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord houdt de taakgroep E-health en technologie zich bezig met het opschalen en stimuleren hiervan.

### *Risico: Het vinden van een zorgaanbieder is lastig*

Het vinden van een zorgaanbieder voor de wijkverpleging kan voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers tegenvallen. Verwijzers geven aan vaak meerdere zorgaanbieders te moeten benaderen. Hierbij worden diverse oorzaken genoemd zoals het tekort aan gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging en de versnippering van de wijkverpleging door de vele zorgaanbieders in combinatie met gebrek aan coördinatie van het aanbod.

## **2.3 Zorgprofessionals**

### *Kans: Vergroten zelfredzaamheid cliënt*

Zorgprofessionals spelen een essentiële rol in het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. De kans ligt in het gebruiken van alle mogelijkheden die beschikbaar zijn, bijvoorbeeld inzet van technologie en hulpmiddelen. Hiervoor is het van belang dat zorgaanbieders professionals voldoende ruimte geven.

### *Risico: Omgaan met complexe cliënten*

Omdat cliënten langer thuis wonen en de zorgvraag complexer wordt er steeds meer van de verpleegkundige of verzorgende gevraagd. Ook worden cliënten steeds mondiger en zijn cliënten en hun mantelzorgers steeds beter geïnformeerd. Dit vraagt om andere vaardigheden van zorgprofessionals.

### *Risico: Zorgprofessionals zijn onvoldoende toegerust op nieuwe technologieën*

Professionals moeten leren werken met nieuwe technologieën. Dat vraagt meer dialoog en co-creatie tussen professionals en patiënten. In de wijkverpleging wordt onervarenheid en weerstand bij professionals gesignaleerd met betrekking tot het werken met nieuwe technologieën.

Dat komt ook omdat kennis over technologie onvoldoende aanwezig is bij professionals. In het onderwijs wordt er nog te weinig aandacht aan besteed. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord houdt de taakgroep E-health en technologie zich bezig met het opschalen en stimuleren hiervan. Daarnaast lost alleen technologie niets op, het gehele proces moet veranderen (adaptatie).

---

<sup>11</sup> <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>;

<sup>12</sup> ZonMw, implementeren is een vak, ervaringen van Bartiméus 2016

# 3. Organisatie van het zorgaanbod

## 3.1 Contractering

Het hoofdlijnenakkoord benoemt contractering nadrukkelijk als belangrijk instrument om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en JZOJP. Er wordt ingezet op verhoging van de contractreergraad en meerjarencontracten. Volgens de monitor contractering Wijkverpleging 2018 zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer tevreden over het contractproces dan voorheen, maar is er nog ruimte voor verbetering bijvoorbeeld voor overleg, onderhandeling met en bereikbaarheid van de zorgverzekeraar en het sturen op doelmatigheid door zorgaanbieders.

Waar we aan de ene kant zien dat de tevredenheid over het contracteerproces verbetert, zien we aan de andere kant de omvang van de ongecontracteerde zorg toenemen en daarmee de contractreergraad dalen. We zien in 2018 dat de stijgende lijn in het aantal verzekerden dat wijkverpleging ontvangt bij niet gecontracteerde zorgaanbieders zich doorzet. De kosten van de niet-gecontracteerde zorg stijgen van 198 miljoen in 2017 naar 260 miljoen in 2018 (31%). De gemiddelde kosten per patiënt zijn in 2018 bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders (8.800 euro) bijna 70% hoger dan bij gecontracteerde zorgaanbieders (5.200 euro). Op grond van een aantal kenmerken zoals leeftijd en geslacht is geen verklaring te vinden voor dit verschil.<sup>13</sup>

Naast de toename van ongecontracteerde zorg, zien we ook het aantal kleine zorgaanbieders in vrije vestiging stijgen. Deze kleine zorgaanbieders hebben vaak geen of onvoldoende kennis van wet- en regelgeving of kunnen of willen niet aan de wet- en regelgeving voldoen. Dit is van invloed op het contracteerproces. Niet zelden is het gevolg dat deze nieuwe partijen geen contract krijgen, wat daarmee een drukkend effect heeft op de contractreergraad.

Nieuwe toetreders kunnen een belangrijke bijdrage leveren om een sector te laten innoveren. De vraag is of dat potentieel in de wijkverpleging benut wordt, omdat toetreding tot de markt nog vaak samengaat met een hoog aantal gedeclareerde uren zorg wat de betaalbaarheid van de wijkverpleging onder druk zet (zie ook hoofdstuk 5).

---

<sup>13</sup> Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018, Vektis.

### *Kans: Meerjarencontracten*

In het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over meerjarencontracten. Het ieder jaar opnieuw doorlopen van het contracteringsproces geeft veel onrust. Ook na het aangaan van een dergelijk contract kan het contract periodiek (jaarlijks) worden geëvalueerd om – op basis van de uitkomsten van afspraken – het contract aan te passen of te verlengen, dan wel (gedeeltelijk) op te zeggen. Belangrijke voordelen zijn:

- Meerjarencontracten bieden het vereiste comfort aan zorginstellingen en hun financiers om lange termijninvesteringen te doen.
- Zorginkopers en zorgaanbieders kunnen via meerjarencontracten afspraken maken over de transitie van het zorgaanbod om te komen tot 'De juiste zorg op de juiste plek'. Meerjarencontracten zijn een belangrijke randvoorwaarde om deze transitie uit te voeren.

### *Kans: Zorgverzekeraars zetten in op terugdringen ongecontracteerde zorg*

In het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt om ongecontracteerde zorg terug te dringen.

Zorgverzekeraars zijn aan de slag gegaan met de introductie van machtigingen, het cessieverbod of criteria waaraan nieuwe zorgaanbieders getoetst worden. Zelf verwachten ze daarmee de ontwikkeling van de ongecontracteerde zorg om te buigen. Dit zal eind 2019 blijken als Vektis de definitieve cijfers over het eerste kwartaal van 2019 presenteert.

In de monitor contractering wijkverpleging 2019 gaven we aan dat het goed is als zorgverzekeraars hun verzekerden beter informeren over de nadelen van ongecontracteerde zorg. Ook constateerden wij dat zorgverzekeraars de mogelijkheden voor samenwerking bij controles op (on)gecontracteerde zorg meer kunnen verkennen. Hiernaast kunnen zij doorverwijzers stimuleren om te verwijzen naar gecontracteerde zorg.

### *Kans: Aanpassen wetgeving*

Het kabinet bereidt een wetswijziging voor die de overheid de mogelijkheid biedt 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 zorgverzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. Daarmee zou de minister in de toekomst een zorgsector aan kunnen wijzen waarin de vergoeding van ongecontracteerde zorg zodanig kan worden aangepast, dat het niet langer loont om ongecontracteerde zorg te leveren.

### *Risico: Contractafspraken bij onderaannemerschap*

Volgens geïnterviewde zorgverzekeraars is er steeds vaker sprake van onderaannemerschap. De zorgverzekeraar heeft dan een contract met een zorgaanbieder, die vervolgens de zorg laat leveren door onderaannemers. Deze partijen zijn nodig om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, maar het is moeilijk te controleren of zij zich houden aan de tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieder gemaakte afspraken.

### *Risico: Onevenwichtige verdeling met schaarse middelen*

In een markt waar sprake is van schaarste, moet zo zinnig en zuinig mogelijk omgegaan worden met de beschikbare capaciteit. Het is onhoudbaar dat een cliënt met een vergelijkbare zorgvraag

#### *Voorbeeld*

Een mooi voorbeeld van een meerjarenafpraak is 'Zorg in de wijk'. Een initiatief van een zorgverzekeraar om versnippering van het zorgaanbod in de wijk tegen te gaan. Zo heeft deze zorgverzekeraar binnen een bepaalde regio een aantal geselecteerde zorgaanbieders gecontracteerd, waardoor de kwaliteit van de zorgverlening (samenwerking met de huisartsen en de ziekenhuizen) is verbeterd.

bij een niet-gecontracteerde aanbieder significant meer zorg krijgt dan een cliënt die naar een gecontracteerde aanbieder gaat.

#### *Risico: Versnippering zorgaanbod*

Veel nieuwe en kleine partijen op de markt leiden tot een versnippering van het zorgaanbod. Dit heeft gevolgen voor het organiseren van zorg in een bepaalde regio. Zo is het voor huisartsen vrijwel onmogelijk om met alle zorgaanbieders samen te werken. Ook zijn er te veel partijen om multidisciplinair overleg mee te voeren. Bovendien kunnen deze kleine partijen meestal niet voldoen aan de eis om 24/7 beschikbaarheid voor zorgverlening te organiseren.

### **3.2 Samenwerken**

De minister heeft eerder dit jaar een oproep gedaan dat er herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk moeten komen. Hij schetste het beeld van wijken waarin verschillende zorgaanbieders tegelijkertijd zorg aan cliënten in dezelfde straat leveren. Dat moet en kan volgens hem efficiënter. Behalve samenwerking gericht op andere zorgaanbieders die wijkverpleging leveren, zou de samenwerking ook gericht moeten zijn op andere disciplines. De zorg moet daarmee als een keten worden gezien, waarbij zo vroeg mogelijk in die keten wordt ingezet op het voorkomen van zorg of op het leveren van de zorg op de juiste plek. In de wijkverpleging is grote winst te behalen door in te zetten op een herkenbaar en aanspreekbaar team en daarnaast ook op zorgcoördinatie rondom de cliënt in de keten en over de bekostigingsdomeinen heen. Er ontstaan in verschillende regio's experimenten en samenwerkingsinitiatieven. Voor voorbeelden zie het rapport van Vilans over domein overstijgende financiering<sup>14</sup>.

#### *Voorbeeld*

De Coöperatie Koepel Zorgcoöperaties Zuid-Nederland is mooi voorbeeld van een vraaggerichte zorgaanbieder, waar burgerinitiatieven bij aangesloten zijn die, in nauwe samenwerking met organisaties in het lokale sociale domein, zelf wijkverpleging leveren. De verbondenheid tussen buurtbewoners levert een enorme gemeenschapskracht op. Die is in te zetten om aan de stijgende zorgvraag te blijven voldoen. Het biedt de mogelijkheid om de professionele zorg van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen als aanvulling te leveren op de zorg die vanuit burgerinitiatieven worden geleverd.

#### *Kans: Samenwerking*

Samenwerking tussen zorgaanbieders van wijkverpleging en samenwerking in de keten is nodig om de zorg voor de cliënt goed te kunnen organiseren. Zo is de samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige en het sociaal domein belangrijk om signalen op te vangen en vroeg in actie te komen. Samenwerking met het sociaal domein gaat verder dan het samenwerken met de gemeente. Het is van belang dat ook de inwoners hierbij betrokken worden. Samenwerking met het ziekenhuis zorgt ervoor dat de overgang naar de thuissituatie goed verloopt. Zo kan een wijkverpleegkundige al worden ingeschakeld als de cliënt nog in het ziekenhuis ligt. Zij kan helpen met het organiseren van de vervolgzorg en de cliënt voorbereiden op de thuissituatie. Daarmee wordt bijvoorbeeld voorkomen dat cliënten een te rooskleurige perspectief wordt gegeven van 24/7 zorg, die in de praktijk niet 24/7 wordt geleverd.

---

<sup>14</sup> Vilans 2019-Domeinoverstijgende financiering, meer dan een gesprek over euro's

#### *Kans: Rol wijkverpleegkundige*

De wijkverpleegkundige kan veel meer de centrale rol in de zorgverlening spelen. Zij is immers gericht op samenwerking en het coördineren en organiseren van de zorg rondom de cliënt. Het gaat hierbij niet zozeer om het leveren van zorg achter de voordeur, maar om een centrale coördinerende rol in de wijk.

#### *Risico: Bekostiging en schotten*

Ondanks dat er een aantal goede voorbeelden zijn, ontstond uit de interviews het beeld dat voor domein overstijgend werken en samenwerking veel hindernissen worden gevoeld. Ontwikkelingen in de samenwerking worden nu teveel geremd door de statische onderverdeling van de domeinen (schottenproblematiek). Daarnaast komen afspraken over financiering van infrastructurele ontwikkelingen, wijkgericht werken en specialistische verpleging moeilijk op gang (zie ook hoofdstuk 5).

### **3.3 Waardengedreven zorg**

Het kwaliteitskader wijkverpleging 2018 legt de nadruk op preventie, zorg in de wijk en positieve gezondheid (kwaliteit van leven en zelfredzaamheid). Wijkverpleging is nadrukkelijk niet alleen op het individu gericht, maar juist ook op de fysieke en sociale omgeving en/of samenleving om positieve gezondheidsuitkomsten in regio/wijk te stimuleren. De natuurlijke partners van de wijkverpleegkundige zijn, naast de mantelzorger, de huisarts, het ziekenhuis, andere eerste en tweedelijns zorgverleners en ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. De principes van JZOJP sluiten hierbij aan: het functioneren van mensen en hun omgeving moet centraal staan, zowel lichamelijk, sociaal en psychisch.

#### *Kans: Veranderende focus*

De hoofdlijnenakkoorden richten de focus op positieve gezondheid en lokale zorg. Het preventieakkoord en het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging dragen eraan bij dat partijen gezamenlijk afspraken maken om zorg te voorkomen, op de juiste plek te leveren en van waarde te laten zijn. De wijkverpleegkundige weet hoe zij de zelfredzaamheid van cliënten kan versterken en kan bij uitstek positieve gezondheidsdoelen waarmaken. Het biedt een kans voor de wijkverpleegkundige om deze rol te vervullen.

#### *Risico: Gebrek aan ruimte voor zorg op maat*

Vanuit beheersmatig oogpunt bestaat er zowel bij zorgverzekeraars als zorgaanbieders een sterke focus op het gemiddelde. Een te grote focus werkt contraproductief voor het leveren van zorg op maat. De kwetsbare gevallen krijgen dan te weinig zorg, terwijl in veel andere gevallen juist teveel zorg verleend wordt.

#### *Risico: Gebrek aan waardengedreven zorg en zelfregie cliënt*

De focus van de zorgverlening ligt vaak op de beperking van de cliënt. Het risico is dat de zorg wordt georganiseerd zonder aan de cliënt te vragen wat zijn beeld en behoefte is. Door de keuzes transparant te maken, zowel medisch als sociaal, en aan te reiken kan de patiënt zelf de keuze maken en de oplossingen inpassen in zijn of haar leven. De patiëntgroep waarvoor uiteindelijk wel zaken geregeld moeten worden resulteert dan in een kleinere kwetsbaardere groep. Onnodig zaken overnemen van ouderen leidt juist tot een snellere achteruitgang en onderschat de kracht van de eigen regie van de burger.

### *Risico: Gebrek aan autonomie en waardering wijkverpleegkundige*

De ambitie van één cliënt en één zorgplan werkt alleen wanneer iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid goed kent en die van de ander respecteert. Uit de interviews komt een beeld naar voren dat de wijkverpleegkundige te vaak en te veel het gevoel heeft dat hij of zij niet altijd als gelijkwaardige samenwerkingspartner wordt gezien door andere disciplines. Dat is een bedreiging voor het opzetten van integrale netwerk zorg, waarin samenwerken en afstemmen belangrijke randvoorwaarden zijn.

## **3.4 Arbeidsmarkt**

Er is een afname van de capaciteit van verzorgend en verplegend personeel. Aan de andere kant wordt de zorg complexer en neemt de werkdruk toe. Dit kan leiden tot ziekteverzuim, waardoor organisaties mogelijk te weinig personeel hebben om de zorg direct te kunnen leveren. Zoals eerder genoemd stromen ook veel wijkverpleegkundigen uit als zzp'er. Gebrek aan (professionele) autonomie, regelruimte in de directe werkomgeving en administratieve lasten zijn hier vaak debet aan naast eerder genoemde redenen, zoals werkdruk en ongunstige roosters. De krapte op de arbeidsmarkt zorgt ervoor dat zij een hoger uurtarief kunnen vragen. Zorgbemiddelingsbureau koppelen zzp'ers vervolgens weer aan zorgaanbieders. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord zijn concrete afspraken gemaakt om het arbeidsmarktvragestuk aan te pakken.

Ook staat de beroepsgroep voor een grote professionaliseringsopgave om de beweging van ziekte naar gezondheid waar te maken. Het verpleegkundig redeneren vult dat goed in door middel van het stellen van passende doelen voor de cliënt. Afhankelijk van de uitkomst kan zorg op maat geboden worden.

### *Kans: Behoud van personeel*

Zorgaanbieders kunnen op verschillende manieren inzetten op het behoud van hun personeel. Goed werkgeverschap is hierin belangrijk, met oog voor het betrekken van medewerkers en het bieden van mogelijkheden voor doorontwikkeling. Daarnaast is het terugdringen van administratieve lasten een manier om (ervaren) werkdruk te verminderen en personeel te behouden.

### *Kans: Grotere arbeidscontracten*

Er zijn vaak maar kleine (parttime) contracten in de wijkverpleging. Zorgmomenten vinden voornamelijk in de ochtend plaats. Om goed personeel met ambitie te behouden is het van belang dat er ook meer-uren- en vaste contracten komen. Hiervoor is het bijvoorbeeld nodig om de zorgverlening meer te verspreiden over de dag, zodat ook fulltime contracten kunnen worden aangeboden. In sommige regio's hebben zorgaanbieders daar met elkaar afspraken over gemaakt, zodat cliënten bij elke zorgaanbieder op hetzelfde tijdstip worden ingedeeld. In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgaanbieders meer volwaardige contracten aanbieden met ruimte voor deskundigheidsbevordering.

#### *Kans: Carrièrekanen vak wijkverpleging*

Door ziekenhuiszorg naar huis te verplaatsen, komen er cliënten met complexere zorgvragen in de thuiszorg. Hier zijn bijvoorbeeld gespecialiseerde teams voor nodig. Dit maakt het vak van wijkverpleging gevarieerder en daardoor interessanter wat goed is voor het aanzien van wijkverpleging en behoud van personeel voor de sector. In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen afgesproken om trajecten op te starten waarin elk werknemer zich blijvend kan ontwikkelen.

#### *Risico: Professionalisering beroepsgroep gaat traag*

Uit de interviews met deskundigen in het veld volgt dat het tempo waarin de beroepsgroep professionalisering oppakt laag is. De verandering om van klachten behandelen en symptomen bestrijden naar doelen op gezondheid te gaan – positieve gezondheid – is ingezet, maar verloopt traag. Het 'goede gesprek' moet gevoerd worden tussen zorgverlener en patiënt: over gezondheid en het achterhalen van oorzaken. Dit laten liggen is een bedreiging voor de kwaliteit van de wijkverpleging. Dit speelt overigens niet alleen in de wijkverpleging. Er is een maatschappelijke verschuiving nodig naar positieve gezondheid.

#### *Risico: Keten verstopt*

Beperkte beschikbaarheid van personeel bij gecontracteerde zorgaanbieders, kan ervoor zorgen dat de doorstroom uit de ziekenhuizen stopt. De afgelopen jaren wordt dit probleem vooral in de vakantieperiodes zichtbaar.

#### *Risico: Toename ongecontracteerde zorg*

Doordat er een leegloop is van personeel bij gecontracteerde zorgaanbieders zijn er zorgverzekeraars die hun cliënten moeten verwijzen naar ongecontracteerd aanbod. Een beweging die tegen de intentie van het hoofdlijnenakkoord in gaat.

#### *Voorbeeld*

Er zijn her en der in het land academische leer-/werkplaatsen opgezet rondom universiteiten en hoge scholen. Deze plaatsen hebben als doel om kennis vanuit de wetenschap naar de praktijk te brengen. De leerlingen zijn voorlopers voor de beroepsgroep en kunnen van binnenuit de organisatie veranderen. Ook duobanen van lesgeven/zorg verlenen dragen bij aan de professionalisering van het vak.



# 4. Goed bestuur en bedrijfsvoering

## 4.1 Goed bestuur

Bestuurders zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. De meeste bestuurders zijn hiervoor goed toegerust, anticiperen tijdig op veranderingen en nemen hun verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd zien we regelmatig voorbeelden van organisaties die bestuurlijk in de problemen raken, die het financieel niet redden, waar gedwongen ontslagen vallen, waar bestuurder en interne toezichthouder niet in staat zijn gezamenlijk een koers uit te zetten, of waar andere prioriteiten dan goede zorg worden gesteld. Op dit moment is het zo dat, daar waar IGJ en/of NZa signalen hebben dat het niet goed gaat, de IGJ toetst of de kwaliteit en veiligheid in het geding zijn en de NZa toetst of de betaalbaarheid en toegankelijkheid in gevaar komen.

In het kader van de doorontwikkeling van de bekostiging, ontwikkelt ook ons toezicht op de wijkverpleging zich. Bij een nieuwe bekostiging is de vraag: wat zijn randvoorwaarden om toezicht te kunnen houden?

Het toekomstperspectief hierbij is dat de NZa als toezichthouder een terugtrekkende beweging maakt. Hiervoor is nodig: vertrouwen, transparantie, verantwoording, professionele bedrijfsvoering en goed bestuur<sup>15</sup>. De insteek hierbij is dat de aandacht verschuift van tijdrovende en gegevensgerichte controles achteraf naar probleemvoorkomende controles op organisatieniveau aan de voorkant.

De boodschap van de NZa is dat de sector zelf aan zet is om te zorgen dat bedrijfsvoering en bestuur op orde zijn. Het toekomstperspectief hierbij is dat de NZa als toezichthouder een terugtrekkende beweging maakt en meer kan vertrouwen op de professionele bedrijfsvoering en het interne toezicht in de sector.

### *Kans: Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)*

In dit wetsvoorstel is opgenomen dat voorafgaand aan de start van de zorgverlening een zorgaanbieder zich moet melden. Doel van deze meldplicht is om het risicotoezicht op nieuwe

---

<sup>15</sup> Professionele bedrijfsvoering slaat vooral op systemen en dit vormt samen met gedrag en cultuur Goed Bestuur: <https://www.igj.nl/documenten/publicaties/2016/07/06/kader-toezicht-op-goed-bestuur>

zorgaanbieders effectiever vorm te geven. Het tweede doel van de meldplicht is te waarborgen dat de nieuwe zorgaanbieder vooraf kennis heeft genomen van de eisen die gelden vanaf het moment waarop hij zorg gaat verlenen. De IGJ kan vervolgens beoordelen of er voldoende waarborgen aanwezig zijn dat een zorgaanbieder in staat zal zijn goede zorg aan te bieden en zal kunnen voldoen aan andere wettelijke eisen. Daarnaast wordt de bestaande vergunningsprocedure voor bepaalde zorginstellingen vernieuwd.

#### *Kans: Nadere invulling open norm*

De NZa gaat haar kader Goed Bestuur actualiseren. Dit kader is gebaseerd op de Governancecode zorg. Met de actualisatie worden de open normen iets strakker ingevuld en wordt beschreven hoe we daar toezicht op gaan houden.

#### *Kans: Guidance*

Naast het nader invullen van de normen is het ook goed hier meer kenbaarheid aan te geven. Het is goed om aan partijen duidelijk te maken wat we van hen verwachten. Daarmee neemt de kans op spontane naleving toe. Tevens kunnen partijen vragen stellen om verduidelijking.

#### *Risico: Nieuwe zorgaanbieders*

Het aantal nieuwe zorgaanbieders in de sector Wijkverpleging neemt jaarlijks substantieel toe. Uit onderzoek bij diverse aanbieders en meerdere signalen blijkt dat zij vaak weinig kennis hebben van de regelgeving en vooral gericht zijn op het leveren van zorg. We zien dat bij dit soort organisaties dan ook vaak de processen niet op orde zijn en het corrigerend vermogen via in- en tegenspraak laag is. Het risico is dat daardoor de kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en/of toegankelijkheid in gevaar kunnen komen.

#### *Risico: Verankering in de wet*

De sector zorg heeft zelf een Governancecode ontwikkeld wat als instrument fungeert om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling en daarmee aan het maatschappelijk vertrouwen. De code is een vorm van zelfregulering. Het zelfregulerende karakter van de code vraagt van de overheid dat zij zorgorganisaties voldoende ruimte biedt om op eigen en adequate wijze invulling te geven aan de realisatie van hun maatschappelijke doelstelling. Dit gegeven maakt het moeilijk als toezichthouders om toezicht te houden en te handhaven, omdat er geen verankering in de wet is. In de signalering is daarom aan de minister gevraagd om integriteit en professionaliteit van de bedrijfsvoering voor alle zorgaanbieders in het publiekrecht te verankeren.

## **4.2 Bedrijfsvoering**

Bedrijfsvoering gaat over de organisatorische randvoorwaarden waarmee een bestuurder richting geeft, controleert en bijstuurt. Met deze instrumenten houdt het bestuur zicht op de stand van zaken rondom kwaliteit, veiligheid, registratie, declaratie en informatie.

Het grootste deel van de zorgaanbieders in de wijkverpleging is professioneel en van goede wil om juist te registreren en te declareren. Deze groep is bezig met het verder professionaliseren onder andere door het verbeteren van de AO/IB. De AO/IB van de zorgaanbieder voorziet in de interne beheersing van het proces van indicatie tot declaratie op organisatieniveau. Voor deze groep grotere professionele aanbieders is het belangrijk dat de administratieve lastendruk niet te groot wordt, omdat deze als zeer hinderlijk is ervaren.

Daarnaast komt fraude voor in de sector wat ontoelaatbaar is. De meeste problemen omtrent declareren, verantwoording en controle in de wijkverpleging komen vaker voor bij een specifieke groep zorgaanbieders. Dit betreft kleinere, ongecontracteerde aanbieders, die nieuw op de markt zijn. Waar fraude voorkomt – dat geldt ook voor andere dan kleinere ongecontracteerde aanbieders – zal het beleid gericht zijn op ‘zero tolerance’.

Op het gebied van het declareren, verantwoording en controle in wijkverpleging Zvw zijn er een aantal ontwikkelingen, die hieronder worden benoemd.

#### 4.2.1 Wijziging in de mogelijkheden van de registratiewijze

In de wijkverpleging werd de minutenregistratie als één van de grootste administratieve lasten ervaren voor wijkverpleegkundigen. In het kader van ‘Ontregel de zorg’ hebben alle betrokken organisaties in de wijkverpleging in 2018 gezamenlijk een handreiking ontwikkeld. Deze handreiking beschrijft de registratiewijze ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’ als alternatief voor het vastleggen van gewerkte minuten tijdens de dag. Deze werkwijze staat in principe voor alle zorgaanbieders, gecontracteerd en niet-gecontracteerd, open om toe te passen. De regels van de NZa, waarin ook verwezen wordt naar deze handreiking, vormen samen met de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars (en polisvoorwaarden in geval van niet-gecontracteerde zorgaanbieders) het kader voor het rechtmatig declareren en vergoeden van de zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het is daarbij van belang dat de zorgaanbieder kan aantonen dat het registratieproces overeenkomstig de regelgeving van de NZa en deze handreiking is ingericht.

Uit een benchmark, diverse geluiden van zorgverzekeraars en eigen controles blijkt de problematiek rondom declareren, verantwoording en controle in de wijkverpleging vooral aanwezig te zijn bij kleine ongecontracteerde nieuwe toetreders. Onderstaande ontwikkelingen in de sector hebben hier mee te maken.

#### 4.2.2 Toename ongecontracteerde zorg

In de afgelopen jaren is het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging gestegen van 4,3% in 2016, naar 7,4% in 2017 en naar 9% in 2018. Ook het aantal zorgaanbieders dat volledig niet gecontracteerd is, groeit in aantal. Een kenmerk van declaraties van ongecontracteerde aanbieders is dat het aantal uren zorg per cliënt per maand meer dan twee keer zo hoog ligt als bij de gecontracteerde zorg. De gemiddelde kosten per cliënt zijn in 2018 bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders bijna 70% hoger dan bij gecontracteerde zorgaanbieders. Op grond van een aantal kenmerken zoals leeftijd en geslacht is geen verklaring te vinden voor dit verschil.

In het hoofdlijnenakkoord van 6 juni 2018 hebben partijen elkaar medewerking toegezegd om het aandeel niet-gecontracteerde zorg te laten dalen, daartoe zijn verschillende afspraken gemaakt. Moment van schrijven van deze sectoranalyse is te kort op deze afspraken om hier te kunnen weergeven of deze maatregelen effect hebben.

#### 4.2.3 Controle verschuift naar de voorkant

In de wijkverpleging is een beweging zichtbaar van tijdsverantwoording naar verantwoording langs de lijnen van de inhoud en resultaten van zorg die recht doet aan de professionalisering van de wijkverpleging: werken op basis van klinisch redeneren en methodisch handelen, vanuit eigen deskundigheid en professionele autonomie. Het kwaliteitskader wijkverpleging vormt hierin de basis met daarbij het professioneel handelen rond de indicatiestelling, het zorgplan en de rapportage, verankerd in richtlijnen van de beroepsgroep. Deze beweging is ook terug te zien in de in paragraaf 4.2.1 beschreven ontwikkeling van de registratiestandaard ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’ en de aanpak van de NZa naar een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging.

Ook het RVS-rapport 'Blijk van vertrouwen- Anders verantwoord' schetst eenzelfde toekomst perspectief op verantwoord van zorg.

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij voor ongecontracteerde zorg de controle achteraf aanvullen met een controle aan de voorkant of volledig verplaatsen naar de voorkant. Zorgverzekeraars doen dit in de vorm van het machtigingenbeleid voor ongecontracteerde aanbieders. Dit machtigingenbeleid is bij de verschillende zorgverzekeraars verschillend ingericht.

#### 4.2.4 Toename onderaannemers

Eén van de zorgverzekeraars ziet ook een toename van paraplu-ondernemers in de wijkverpleging. Dit zijn hoofdaannemers die zelf geen zorg leveren met tientallen onderaannemers die wel de zorg leveren. De hoofdaannemer doet de declaratie voor de (vaak kleine) onderaannemer. Deze zorgverzekeraar stelde vast dat van de onderaannemers er 10 bij hen bekend waren op de controle of fraudeafdeling.

#### 4.2.5 Fraude wordt in toenemende mate gezien

Het absolute aantal signalen over mogelijk foutief of frauduleus declareren is over de wijkverpleging het hoogst in vergelijking met andere sectoren. Daarnaast neemt het aantal signalen in de wijkverpleging licht toe in 2018 ten opzichte van 2017. Uit onderzoek blijkt dat frauderisico's altijd samengaan met een hoog aantal gedeclareerde uren, gecombineerd met een andere factor zoals een lage gemiddelde leeftijd van cliënten of een hoog percentage cliënten dat van zorgverzekeraar wisselt. Verder valt op dat in een benchmark uitgevoerd op mogelijk onrechtmatig dan wel ondoelmatig declareren de top gedomineerd wordt door de ongecontracteerde zorgaanbieders.

Controle op de declaraties vindt vanuit historie met name plaats nádat ze zijn uitbetaald. Dit is een zorgvuldig en langdurig proces dat in verschillende stappen doorlopen wordt. Op het moment dat de zorgverzekeraar met onderzoek aantoonde dat declaraties onterecht zijn uitbetaald en wil terugvorderen, verdwijnen met name kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Ze gaan failliet of stoppen hun bedrijfsvoering. Vervolgens zien zorgverzekeraars dezelfde eigenaren of bestuurders in een ander bedrijfje weer naar voren komen. Zij moeten dan echter opnieuw het tijdrovende proces van controle en onderzoek doorlopen om de declaraties te kunnen terugvorderen. Tegen die tijd gaat de zorgaanbieder opnieuw failliet. De snelheid van controles, kan niet op tegen de snelheid van het oppoppen en weer verdwijnen van nieuwe zorgaanbieders. Dit fenomeen wordt in toenemende mate gezien door zorgverzekeraars en ketenpartners.

Eén van de oorzaken is gelegen in het feit dat iedereen in Nederland een wijkverpleging organisatie kan beginnen. De toetredingsdrempels zijn laag. Voor bepaalde agb-codes hoef je geen zorgverlener te zijn. Onderdeel van dit fenomeen is dat er schimmige BV's en stichtingen worden opgetuigd, zodat we niet kunnen achterhalen of het geld aan zorg wordt besteed.

Het probleem is dat goede zorgaanbieders lijden onder de slechte. De wijkverpleging moet voor de welwillende organisaties wel een aantrekkelijk beroep blijven.

Bovenstaande ontwikkelingen leveren diverse risico's op voor rechtmatig en doelmatig declareren, een goede verantwoording van zorg en voldoende controle op de geleverde zorg en ingediende declaraties.

#### *Kans: Data-analyse als voorspelmodel fraude op alle declaratiedata*

Opvallende zaken uit lopende fraudeonderzoeken blijken goede indicatoren te zijn van mogelijke zorgfraude in de wijkverpleging. Verschillende zorgverzekeraars ontwikkelen voorspelmodellen op dergelijke indicatoren. Ook de indicatoren uit het onderzoek van het IKZ kunnen hier aan worden toegevoegd. Dergelijke voorspelmodellen kunnen op basis van data-analyse inzichtelijk maken waar de risico's op onterechte declaraties het grootst zijn. Voor een goede werking van een voorspelmodel is het echter wel belangrijk om voldoende data te hebben. Zorgverzekeraars hebben elk hun eigen (beperkte) deel van de declaratiedata. Een kans in verbetering van het opsporen van fraude is gelegen in het regelmatig uitvoeren van een voorspelmodel op alle declaratiedata en de uitkomsten delen met ketenpartners (NZa, IGJ, zorgverzekeraars en iSZW opsporing).

#### *Kans: Samenwerking tussen zorgverzekeraars*

Als zorgverzekeraars de uitkomsten van rechtmatigheidscontroles méér met elkaar delen, kan dit de onrechtmatige zorg ontmoedigen. Een ander terrein waarop zorgverzekeraars kunnen samenwerken is bij het delen van informatie over zorgaanbieders die falen op de uitsluitingsgronden voor een contract. Daar waar onrechtmatig werd of wordt gehandeld zouden zorgverzekeraars méér ruimte moeten hebben voor gezamenlijke actie, en die actie ook beter kunnen uitvoeren.

#### *Kans: Eisen stellen aan toetreding tot de markt*

De ontwikkeling van de Wtza en het vervolg op de Wtza met een vergunningenstelsel biedt mogelijkheden om eisen te stellen aan nieuwe toetreders en de nieuwe toetreders daarop te screenen. Hiermee worden de daarmee samenhangende problemen zoals onprofessionaliteit van de bedrijfsvoering, onvoldoende gekwalificeerd personeel, veel uren ongecontracteerde zorg per cliënt voorkomen. Bijvoorbeeld zou als eis overwogen kunnen worden dat een zorgaanbieder een HBO-verpleegkundige voor een minimum aantal uren in dienst heeft. De termijn waarop de Wtza en het vergunningenstelsel tot stand komt is echter lang. Het lijkt aangewezen ook oplossingen te zoeken voor de tussenliggende periode.

#### *Kans: Gezamenlijke aanpak ketenpartners en VWS tegen 'rotte appels'*

Een mogelijke oplossing van het probleem in de wijkverpleging (toename nieuwe toetreders en ongecontracteerde zorg waar een risico is op onterechte declaraties), is gelegen in een gezamenlijke aanpak van ketenpartners) en VWS. Het zou helpen als al deze partijen naar buiten komen met een eenduidig verhaal. Onderdeel van deze gezamenlijke aanpak is de fraudepilot wijkverpleging, daarin werken alle genoemde partijen samen om het probleem te beperken en oplossingsrichtingen te zoeken. Het verdient aanbeveling om deze samenwerking voort te zetten.

#### *Kans: Meer controle aan de voorkant voor ongecontracteerde aanbieders*

De ingezette ontwikkeling van controle achteraf naar controle aan de voorkant via het machtigingenbeleid, verdient ondersteuning. Controle aan de voorkant is een kans om (tot aan de invoering van de Wtza en het vergunningenstelsel) te voorkomen dat onprofessionele ongecontracteerde aanbieders zorg gaan verlenen en declareren.

#### *Kans: Verbeteren normen voor indicatiestelling*

Probleem in de indicatiestelling zijn matige normen. Verbeteren van het normenkader schept veel duidelijkheid bij de beoordeling van de hoeveelheid geleverde zorg.

### *Kans: Preventieve maatregelen om de zorgkosten te beheersen*

De NZa is voorstander dat zorgverzekeraars zoveel als mogelijk via preventieve maatregelen de zorgkosten beheersen. Te denken valt aan:

- Zorginkoop gericht op zinnige en zuinige zorg: effectieve verzekerde zorg die passend is gezien de gezondheidssituatie van de verzekerde.
- Horizontaal toezicht: het borgen aan de bron van het correct registreren en declareren. Binnen de medische specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg worden hier stappen gezet en in de toekomst mogelijk ook in andere sectoren. De zorgverzekeraars werken hier samen met zorgaanbieders om de rechtmatigheid aan de voorkant van de keten te borgen.
- Het zichtbaar maken en bespreken van (afwijkende) declaratiepatronen via spiegelinformatie.

Het correct registreren en declareren is primair afhankelijk van het gedrag van de zorgaanbieder. Bij een succesvolle sectorbrede introductie van de handreiking<sup>16</sup> zal horizontaal toezicht eerder in beeld komen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars aanvullend aan gedragsbeïnvloeding doen door het gesprek aan te knopen. Vervolgens monitort de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder zijn gedrag aanpast naar de toekomst toe. Als de afwijkende patronen niet veranderen en hier geen goede verklaring voor is, ligt het voor de hand om over te gaan tot een zwaardere vorm van controle.

Via spiegelinformatie kan er veel eerder een cyclus van gedragsverandering tot stand komen dan via repressieve controles het geval is (van lang cyclisch naar kort cyclisch). Zorgverzekeraars kunnen op die manier veel 'dichter op de bal zitten'. Ook kunnen veel meer zorgaanbieders in beeld komen dan met een repressieve (materiële) controle mogelijk is.

Als een zorgverzekeraar de kanteling inzet van repressief naar preventief zal de hoogte van de financiële correctie via repressieve controles naar verwachting afnemen. De zorgverzekeraar kan in plaats hiervan de besparingen inzichtelijk maken van zijn preventieve maatregelen door een structurele meting hiervan.

Daar waar signalen of vermoedens bestaan van misbruik, er structureel onjuist wordt gedeclareerd en/of gefundeerd vertrouwen niet op zijn plek is, zal de zorgverzekeraar uiteraard eerder moeten overgaan naar een zwaardere vorm van materiële controle of uiteindelijk fraudeonderzoek.

### *Kans: Verantwoording op organisatieniveau*

Instellingen in de wijkverpleging die de governance/interne beheersing goed op orde hebben zouden in staat moeten zijn om de samenhang tussen het zorgtraject en de declaratie zelf aan te tonen. De basis hiervoor zijn de vastleggingen/documentatie in het primaire zorgproces, met in achtneming van het feit dat het zorgdossier bedoeld is voor het zorgproces en niet voor de financiële verantwoording.

Daarnaast kan een stelsel van interne controles bij de zorgaanbieder zorgen voor het aantoonbaar maken van de werking van de interne beheersing en een waardevol proces van leren en verbeteren faciliteren. Zorgverzekeraars kunnen bovenstaande in de getrapte controlemethodiek betrekken.

---

<sup>16</sup> Handreiking registratiewijze 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', zie:

<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/06/24/nieuwe-regels-wijkverpleging-voor-minder-administratieve-lasten-en-meer-technologie>

Als zorgaanbieders aantonen dat zij hun AO/IB op orde hebben en volgens de handreiking werken, kan volstaan worden met een oordeel op organisatieniveau en zijn er geen aanvullende detailcontroles nodig. Zorgaanbieders die investeren in hun AO/IB kunnen daarmee het proces van verantwoorden van zorg verlichten, een zelflerende organisatie stimuleren en de administratieve lasten voor de organisatie verminderen.

*Kans: Prestaties die verantwoording van zorg richten op kenmerken en resultaten van zorg in plaats van directe zorgverlening*

Zoals is opgemerkt is er in de wijkverpleging een beweging zichtbaar van tijdsverantwoording naar verantwoording langs de lijnen van de inhoud en resultaten van zorg die recht doet aan de professionalisering van de wijkverpleging. De huidige bekostiging stimuleert deze beweging niet, doordat prestaties omschreven zijn in termen van een uur directe zorgverlening. Dit houdt tijdsverantwoording in stand.

De introductie van de registratiestandaard is een mooi begin om de verantwoording van zorg meer langs de lijnen van de inhoud te laten verlopen. Prestaties die omschreven zijn in termen van cliëntkenmerken en resultaten van wijkverpleegkundige zorg kunnen die beweging versterken en de administratieve lasten als gevolg van tijdsregistratie verlichten.

*Risico: Het aantal onrechtmatige dan wel ondoelmatige declaraties neemt toe*

Er zijn relatief veel fraudesignalen over de wijkverpleging en dit aantal neemt toe.

*Risico: Controle en handhaving op onterechte declaraties is beperkt*

Door de toenemende versnippering van het aanbod zorgaanbieders is er onvoldoende capaciteit om op alle mogelijk onterecht uitbetaalde declaraties te controleren en te handhaven. Daarnaast zijn controles erg arbeidsintensief en hebben ze een lange doorlooptijd, waardoor controles niet op kunnen tegen het aantal nieuwe zorgaanbieders met mogelijk onterechte declaraties. Tegelijkertijd is het effect van controle en handhaving beperkt, omdat de zorgaanbieders failliet gaan of stoppen en de eigenaren en bestuurders door de lage toetredingsdrempels eenvoudig een nieuwe organisatie beginnen.

*Risico: Implementatie registratiestandaard suboptimaal*

Het is belangrijk om een echte omslag te maken door het denken in minuten los te laten en te steunen op een goede planning. Er is bij de implementatie van de registratiestandaard gebleken dat niet alle zorgaanbieders de ruimte die deze registratiewijze biedt optimaal benutten. Dit komt bijvoorbeeld doordat er in de praktijk extra voorwaarden worden gesteld aan de verwerking van afwijkingen in de tijd ten opzichte van het zorgplan. Ook komt het voor dat er precieze registratie van cliëntgebonden afstemming moet plaatsvinden of dat er een koppeling bestaat tussen de tijdsregistratie op cliëntniveau en de personele verloning. Tevens zijn er zorgprofessionals die ondanks integrale contractafspraken afzonderlijke prestaties persoonlijke verzorging en verpleging moeten registreren. Mede hierdoor nemen de administratieve lasten nog te weinig af en blijft een aandachtspunt bij de implementatie van de registratiestandaard.

*Risico: Ongecontracteerde aanbieders declareren meer zorg*

Dit blijkt uit onderzoek van Vektis. Controle op ongecontracteerde aanbieders is ingewikkelder dan controle op gecontracteerde aanbieders, omdat er geen overeenkomst ligt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar en de controle dus via de verzekerde /cliënt moet verlopen. Daarnaast is het sanctioneren op ongecontracteerde zorg moeilijk, omdat er geen contract ligt. De enige handhavingsmaatregel van zorgverzekeraars met effect is het inzetten van een betalingsstop. Voor het inzetten van dit zware middel moet echter wel voldoende aanleiding zijn. Dit maakt dat ongecontracteerde zorg een risico vormt voor onterechte declaraties.

*Risico: Nieuwe toetreders /kleine zorgaanbieders hebben geen professionele bedrijfsvoering*

Door de lage toetredingsdrempels is er een voortdurende stroom aan nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging. Aan deze nieuwe zorgaanbieders worden nauwelijks eisen gesteld. Ze hoeven bijvoorbeeld geen zorgverlener te zijn. Deze nieuwe toetreders hebben meestal onvoldoende kennis van geldende wet- en regelgeving en een onvoldoende professionele bedrijfsvoering. Daardoor vormen deze nieuwe toetreders een risico voor onterechte declaraties.

*Risico: Gebrek aan normen bij de indicatiestelling*

Bij het voorgaande horen ook problemen rondom de indicatiestelling. Uit interviews met zorgverzekeraars blijkt dat veel indicatiestellingen worden uitgevoerd door onvoldoende gekwalificeerd personeel. Ook de normen voor indicatiestelling van de beroepsgroep zijn niet eenduidig. Er worden mensen ingehuurd om alleen indicaties te stellen. De uitkomst van het klinisch redeneren is niet altijd goed in de dossiers terug te vinden, omdat heldere normen ontbreken.

Er zit ook een perverse prikkel in de indicatiestelling. De zorgaanbieder kan de indicatiesteller sturen om een zo hoog mogelijke indicatie te stellen. Gecontracteerde zorgaanbieder hebben doelmatigheidsafspraken gemaakt met zorgverzekeraars. Hierbij wordt gekeken naar wat de patiënt nodig heeft met de focus op zelfredzaamheid. Deze zorgaanbieders zitten heel anders in de wedstrijd, dan minder doelmatige zorgaanbieders, die zo snel mogelijk, zo veel mogelijk zorg willen leveren.



# 5. Bekostiging en juiste prikkels

Binnen de wijkverpleging bestaat de reguliere bekostiging uit het betalen per uur geleverde zorg. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om een bekostigingsexperiment af te spreken. Binnen het experiment heeft een klein aantal zorgaanbieders een maandbedrag per cliënt afgesproken. Veruit de meeste zorg binnen het experiment wordt bekostigd via een integraal uur tarief.

Wijkverpleging kent in de meeste gevallen een op productie en handelingsverantwoording gebaseerde bekostiging. Deze is ingesteld op het verantwoorden van geleverde zorg in minuten en te weinig op het resultaatgerichte perspectief dat de cliënt een werkelijk passende en duurzame oplossing kan bieden. Een zorginhoudelijk richtinggevend perspectief biedt betere mogelijkheden voor professionalisering. Het betekent vooral dat er ruimte gemaakt moet worden voor activiteiten die in de huidige registratievormen niet als 'productie' erkend zijn, zoals het opbouwen en onderhouden van samenwerking met lokale huisartsen, wijkteams en andere ketenpartners en voor professionalisering in teamverband.

De registratie moet minder geënt zijn op de verantwoording van handelingen en productie en meer op resultaten en uitkomsten als:

- Gezondheidsbevordering;
- Kwaliteit van leven;
- Stimuleren van zelfredzaamheid;
- Preventieve werkzaamheden, zowel gericht op individuele cliënten als op de doelgroep in het werkgebied.

Neveneffect van de bekostiging per uur is dat de discussie over volume en productiviteit niet ten goede komt aan de zorg maar maakt dat de waarde van wijkverpleging (verbinden, spin in het web) niet goed tot zijn recht komt.

Er is wantrouwen in de onderlinge verhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat zien we ook in andere zorgsectoren. Wat in de wijkverpleging goed gaat is dat de zorgverzekeraars vooraf hebben toegezegd uitkomsten niet meteen te zullen combineren met de zorginkoop.

Economisch gezien is het noodzakelijk om kwaliteit en inhoud een plaats te geven in de bekostiging. Anders kan er niet gestuurd worden op de juiste prijs/kwaliteit verhouding.

Eén van de belangrijkste doelen de komende jaren is daarom de waarde die wijkverpleging toevoegt voor de cliënt zelf alsmede in de keten inzichtelijk te maken. Het ontwikkelen van een relevante set uitkomstindicatoren heeft prioriteit.

Ten aanzien van het juist toepassen van kwaliteitsindicatoren is ontwikkeling nodig. Partijen zijn hiermee bezig. Discussie over hoe kwaliteitsindicatoren gebruikt moeten worden moet nog gevoerd worden. Het zou positief zijn als zorgaanbieders en zorgverzekeraars komen tot een gezamenlijke visie over het gebruik van kwaliteitsinformatie. Het gebruik van kwaliteitsinformatie werkt alleen goed als professionals en zorgverzekeraars daarover overeenstemming hebben en afspraken maken<sup>17</sup>

Niet alleen een andere bekostiging maar ook contractinnovaties die goede uitkomsten belonen zijn nodig om op de hierboven genoemde onderdelen vorderingen te maken. Dat kan door te werken met shared savings afspraken of door meer te belonen op uitkomsten op populatieniveau.

Het maken van de omslag van het behandelen van ziekte naar het stimuleren van gezondheid, betekent dat er al veel eerder preventieve (gezondheids)begeleiding nodig is in het verloop van gezond leven naar ziektepreventie, diagnose, behandeling en thuiszorg. Om dat te bereiken is samenhang en samenwerking nodig tussen zorgaanbieders binnen het eigen domein en tussen de domeinen. Dit geldt in bijzondere mate voor de samenhang tussen het sociaal domein en zorgdomein.

Vanuit bekostigingsoogpunt ontstaat met deze omslag een 'nieuw' spanningsveld tussen publiek en private financiering. We benoemen enkele observaties die tijdens de interviews gedeeld zijn:

- In Nederland zijn mensen niet gewend om eigen betalingen te doen. Er heerst een cultuur van: 'Zolang het niet aangereikt wordt, zal het wel niet nodig zijn'. Dat typeert een afwachtende houding. Terwijl gezondheidsbegeleiding ook een eigen investering vergt om zolang mogelijk gezond te blijven. Als de burger meer regie neemt over zijn eigen gezondheid, dan komen e-health toepassingen makkelijker van de grond. Dergelijke investeringen beginnen op het moment dat de burger nog geen cliënt is.
- De omslag trekt ook meer commercie aan. Historisch gezien is het Nederlandse zorgstelsel hier niet op ingericht, het is volledig ingericht op non-profit. Commerciële partijen reageren extremer op prikkels in het stelsel, gaan eerder failliet, maar maken ook hogere winsten. In de wijkverpleging speelt dit in het bijzonder, omdat er weinig eigen geld nodig is om als zorgaanbieder te starten, zorgaanbieders winst mogen maken en makkelijk in de anonimiteit kunnen blijven.
- Daar staat tegenover dat commercie investeringskracht oplevert. Er is risicodragend kapitaal nodig om technologische innovatie ruim baan te geven. Het verplaatsen van kennis en diensten naar de virtuele ruimte is daar een voorbeeld van, wat bijdraagt aan de doelstelling: meer zorg met minder arbeid.

*Kans: Ruimte in bekostiging maken voor activiteiten die in de huidige registratievormen niet als 'productie' erkend zijn (samenwerking in werkgebied).*

Bekostiging met prestaties die minder tijdsafhankelijk zijn verlegt de focus van directe zorglevering en productiviteit naar andere uitkomsten zoals het streven naar positieve gezondheid en het stimuleren van zelfredzaamheid. Het geeft de wijkverpleegkundige ruimte om zorg te voorkomen en cliënten aan te spreken op wat ze nog wel kunnen.

---

<sup>17</sup> Ichom congres Rotterdam 2019, diverse sprekers

Tot nog toe is er alleen een zwakke relatie gevonden tussen patiëntkenmerken, zorgzwaarte en zorginzet. Praktijkvariatie en gebrek aan uniformering van de indicatie houden die zwakke relatie in stand. Partijen hebben met elkaar afspraken gemaakt om dit te verbeteren. Op termijn kan dat de voorspelbaarheid verbeteren en het mogelijk maken dat voor cliënten waar meer zorginzet verwacht wordt ook meer betaald gaat worden. Dit voorkomt risicoselectie.

*Kans: Het (virtueel) poolen van budgetten in de Zvw, Wlz en de Wmo kan schotten (lokaal) wegnemen.*

Door budgetten op te tellen kunnen activiteiten als vroegsignalering van kwetsbare ouderen beter gefinancierd worden, omdat er niet precies gekeken hoeft te worden of het binnen de aanspraak Zvw of Wmo valt. Daartoe hebben verschillende partijen in de praktijk al initiatieven ondernomen.<sup>18</sup>

*Kans: Contractinnovatie biedt de mogelijkheid om uitkomsten te belonen en te sturen op het resultaat van wijkverpleging en de toegevoegde waarde voor de patiënt.*

Shared savings afspraken maken het mogelijk om bijvoorbeeld besparingen die behaald zijn met het voorkomen van vervolgzorg, zoals een spoedopname in de ziekenhuis, terug te laten vloeien naar zorgaanbieders van wijkverpleging.

Positief neveneffect is dat het tot een opwaardering van het vak wijkverpleging leidt. De cardioloog die een bypass uitvoert krijgt aanzien, de wijkverpleegkundige die een bypass voorkomt niet. Shared savings afspraken dragen bij aan de opwaardering van het vak.

Voor het toepassen van dergelijke contractinnovaties zijn uitkomstindicatoren nodig. Medische beroepsgroepen staan vaak huiverig tegenover het toepassen van dergelijke indicatoren op bekostiging, vanwege de angst dat de indicatoren maar een deel van de werkelijkheid laten zien of zelfs vertekenen. Dat geldt ook voor de wijkverpleging. Daarom is extra aandacht nodig om goed na te denken hoe resultaat en uitkomsten op een positieve manier onderdeel kunnen zijn van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en impuls geven aan het leren en verbeteren van interventies voor doelgroepen.

*Risico: huidige bekostiging is gericht op productieprikkel*

De huidige bekostiging is een risico voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van wijkverpleging vanwege de in hoofdstuk 1 geschetste demografische en epidemiologische ontwikkeling van de bevolking in Nederland. Meer directe arbeidsgerichte zorg voor meer mensen thuis met een gemiddeld zwaardere zorgvraag is al op de middellange termijn onhoudbaar. De huidige bekostiging stimuleert het monodisciplinair leveren van veel uren zorg en bevat geen stimulans voor preventie en zelfredzaamheid. Integendeel dat wordt ontmoedigd.

Een gebrek aan kennis over de inhoud van de geleverde zorg en de gewenste resultaten voor de patiënt, maakt het beoordelen van gepast gebruik van wijkverpleging onmogelijk.

*Risico: Budgetten zijn te verdeeld over de verschillende domeinen en aanbieders (schotten).*

Om zorgkosten om te buigen ten opzichte van de huidige trend is het voorkomen van zorg één van de belangrijkste interventies om in te zetten. We weten dat hoe eerder je preventieve activiteiten inzet des te hoger de opbrengst. De transitie van focus op ziekte en zorg naar welzijn en gezondheid is daar een mooi voorbeeld van.

---

<sup>18</sup> Beter samen in Noord, Domein overstijgende samenwerking gemeente Ede, Proeftuin Ruwaard, Domein overstijgende samenwerking gemeente Uden

Gezondheidsbegeleiding en voorkomen van zorg valt voor een groot deel in het sociale domein, maar ook in het particuliere domein. Het stimuleren van meer bewegen, sociaal actief zijn en gezonde voeding verspreidt zich over de domeinen heen en is bovenal een eigen verantwoordelijkheid van de burger zelf, die nog geen patiënt of cliënt hoeft te zijn.

Financieringsschotten tussen de domeinen stimuleert dat financiers zich op de grenzen terugtrekken binnen het eigen domein in plaats van eroverheen kijken. Dergelijke schotten verhinderen gerichte samenwerking om de gezondheid van de populatie te bevorderen en leiden tot afwenteling van kosten tussen domeinen.

#### *Risico: Allocatie van geld*

De besteding van het zorggeld is gekoppeld aan budgettaire kaders van verschillende zorgsectoren. Veel geld gaat naar de ziekenhuizen. Voor het eerst is in het HLA medisch-specialistische zorg afgesproken dat de groei van het ziekenhuiskader in 2022 naar 0% gaat. Voor de wijkverpleging zien we een jaarlijkse verhoging van het kader.

Tegelijkertijd is er grote behoefte aan het voorkomen van zorg door in het sociale domein en de eerste lijn al te investeren in gezond blijven. Te strak onderscheid tussen bijvoorbeeld het sociaal domein en het zorgdomein houdt een beweging tegen naar het verder voorkomen van zorg.

#### *Risico: risicoselectie van cliënten en risicoverdeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.*

Sterk sturen op gemiddelde zorglevering per cliënt, zonder casemix correctie, werkt risicoselectie in de hand om cliënten met een zeer zware zorgvraag niet in zorg te nemen.

Daarnaast beïnvloedt de vorm en het detailniveau van bekostiging de risicoverdeling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Wie betaalt de meerkosten, wanneer er meer dan gemiddeld zorg nodig is en wordt geleverd? In het huidige fee-for-service model ligt er relatief veel risico bij de zorgverzekeraar om het volume te beheersen. In het ideale geval is het volumerisico fifty-fifty verdeeld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zodat de prikkels goed staan om een eerlijke prijs te krijgen voor de geleverde zorg en om tegelijkertijd scherp in te kunnen kopen. Een bekostigingsvorm op een geaggregeerd niveau, door gebruik te maken van gemiddelden per cliënt over een langere tijd, neemt het volumerisico meer weg bij de zorgverzekeraar en prikkelt de zorgaanbieder meer te doen om onverwachte ontwikkelingen goed op te vangen.

# 6. Conclusie en aanbevelingen

## 6.1 Betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg

De NZa staat voor goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland. In een sectoranalyse kijken we naar de ontwikkelingen in een sector – in dit geval de wijkverpleging – en of deze op termijn bijdragen aan goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland. Daar waar dit niet het geval is, zullen er maatregelen moeten worden genomen. Een sectoranalyse geeft hier richting aan.

Op basis van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van specialistische zorg naar de thuissituatie, zien we dat er een sterk toenemende vraag naar wijkverpleging ontstaat. Aan de aanbodzijde is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Hierdoor voorzien we dat er in de toekomst een kloof ontstaat tussen enerzijds een sterk toenemende vraag en anderzijds een beperkt aanbod van wijkverpleegkundige zorg.

Als de betrokken partijen niet op deze ontwikkelingen inspelen verwachten wij dat de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit in de wijkverpleging steeds meer onder druk komen te staan. Meer mensen die wijkverpleegkundige zorg nodig hebben drijven kosten op, waardoor de betaalbaarheid van de zorg in het geding komt. In combinatie met het beperkte aanbod zet dat de toegankelijkheid onder druk; er kunnen steeds langere wachtlijsten voor wijkverpleegkundige zorg ontstaan. Zorgaanbieders zullen zich hierdoor genoodzaakt voelen om zo veel mogelijk cliënten van zorg te blijven voorzien, waardoor verschraling van de kwaliteit van zorg een reëel risico vormt.

Tegelijk bieden deze risico's grote kansen voor de wijkverpleging, omdat de wijkverpleging veel te bieden heeft en een onmisbare schakel vormt in het zorgaanbod. Zij beschikken over de juiste competenties om zorg te verplaatsen, te veranderen en bovenal te voorkomen. Belangrijke elementen om de toenemende kloof tussen vraag en aanbod van zorg het hoofd te bieden.

Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat de wijkverpleging er niet alleen voor staat om de genoemde ontwikkelingen te pareren. Dit kan een onmogelijke verwachting scheppen van de wijkverpleging. We zien de wijkverpleging als een cruciale sector die veel kan betekenen in het licht van de genoemde ontwikkelingen, in samenwerking met andere sectoren en partijen en de samenleving als geheel.

De plek van de wijkverpleegkundige is uniek; dagelijks in de wijk en achter de voordeur bij de cliënt thuis. De wijkverpleegkundige weet hoe zij mensen weer zelfredzaam kan krijgen. Zij kan als coach en vertrouwenspersoon bij uitstek samen met de cliënt positieve gezondheidsdoelen waarmaken. De wijkverpleegkundige is bovendien gericht op samenwerken en het coördineren en organiseren van de zorg rondom de cliënt. Voor al deze essentiële zorgfuncties en kwaliteiten is het nodig dat zij die rol binnen het netwerk optimaal kan vervullen, zodat ze kan focussen op een centrale coördinerende rol in de wijk. De wijkverpleging goed positioneren in het zorgveld is een gezamenlijke opgave. Daar helpt de NZa graag bij.

In de strategische agenda van de NZa staan zeven speerpunten waar we de komende jaren op focussen:

- Integrale zorg;
- Minder administratieve druk;
- Waardengedreven zorg;
- Goed bestuur;
- Meer transparantie;
- De juiste zorg op de juiste plaats;
- Toegankelijke zorg.

We hebben gezien dat de beschreven kansen en risico's zich goed laten afbeelden op deze kernthema's. We gebruiken daarom deze indeling om een overzicht te geven van de beschreven kansen en risico's in deze sectoranalyse van de wijkverpleging.

## 6.2 Integrale zorg en samenwerken

Integrale zorg betekent dat het perspectief van de cliënt bepalend is en dat de zorgverlening, in onderlinge samenhang, daar over de zorgschotten heen op afgestemd en ingericht is.

### *Kansen voor de sector*

Samenwerken vanuit een gezamenlijk doel rondom kwetsbare ouderen is essentieel om de juiste zorg te bieden. Het gaat dan zowel om verbinding van het sociale domein met het zorgdomein, als om samenwerking binnen de zorgketen. Zo staat de wijkverpleegkundige zowel in contact met de huisarts, als met het sociale domein om signalen op te vangen en vroeg in actie te komen. Voor die samenwerking is de wijkverpleegkundige onmisbaar. Zij komt achter de voordeur bij de cliënt en heeft daardoor goed zicht op de thuissituatie van de cliënt. Hierdoor kunnen problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan de samenhang in zorgverlening tussen verschillende zorgaanbieders worden versterkt.

### *Risico's voor de sector*

Integrale zorg wordt bemoeilijkt door de versnippering van het zorgaanbod. Veel nieuwe en kleine partijen op de markt maken het lastig om de zorg goed te organiseren. Daar komt bij dat elke zorgverzekeraar bij de inkoop eigen eisen stelt, waardoor een integrale aanpak lastig tot stand komt.

Integrale bekostiging is vaak niet mogelijk, omdat budgetten versnipperd zijn over de verschillende domeinen en aanbieders (schotten).

## 6.3 Minder administratieve druk

De administratiedruk moet omlaag. Dat betekent vooral: begrijpelijke regels. Hoe eenvoudiger die zijn, hoe lager de administratieve belasting. Daar ligt een taak voor de overheid in het algemeen en de NZa in het bijzonder.

Vermindering van administratieve lasten is tegelijk een uitdaging voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij verlangen voor de verantwoording en bedrijfsvoering allerlei administratie op detailniveau.

### *Kansen voor de sector*

Door gebruik te maken van de registratiestandaard 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', kunnen zorgaanbieders hun administratieve lastendruk verlagen. Ook andere regelarme werkwijzen, bijvoorbeeld werken met een pasjessysteem, kunnen hieraan bijdragen.

Daarnaast kunnen zorgaanbieders hun administratieve lasten verlichten door te investeren in een goede AO/IB. Zo kunnen zij zorg op geaggregeerd niveau verantwoorden in plaats van op het niveau van de individuele cliënt.

Andere vormen van bekostiging kunnen ook een bijdrage leveren aan het verminderen van de administratieve druk. Als contractueel wordt afgesproken dat er niet langer minuten en uren worden gedeclareerd maar een vast bedrag per periode, kan de administratieve druk omlaag. Vertrouwen en meerjarencontracten helpen daarbij.

### *Risico's voor de sector*

De verschillen in verantwoordingseisen tussen zorgverzekeraars en een gebrekkige interne bedrijfsvoering van zorgaanbieders belemmeren het verlagen van de administratieve druk.

## 6.4 Waardengedreven zorg

Het functioneren van mensen en hun omgeving willen we

centraal stellen. Niet alleen medisch, maar ook sociaal. Met de mogelijkheden van mensen, hun eigen vitaliteit, veerkracht en wensen als vertrekpunt kunnen professionals waarde toevoegen aan de kwaliteit van leven van mensen en voor de samenleving als geheel. Hierdoor komt sneller aan het licht welke mensen kwetsbaar zijn. Het kwaliteitskader ondersteunt deze richting.

Bekostiging met behulp van prestaties in termen van kenmerken in plaats van tijd verlegt de focus van directe zorglevering en productiviteit naar andere uitkomsten zoals positieve gezondheid en zelfredzaamheid. Daar horen heldere normen bij voor de indicatiestelling.

### *Kansen voor de sector*

Het afsluiten van meerjarencontracten draagt bij aan de realisatie van waardegedreven zorg. Onderwerpen zoals preventie, samenwerken en investeringen in technologie vragen om lange termijn afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hiervoor is groeiend vertrouwen nodig tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Contractinnovaties bieden kansen om uitkomsten te belonen en te sturen op het resultaat van de geleverde zorg en de toegevoegde waarde voor de patiënt. Het ontwikkeltraject voor een nieuwe bekostiging faciliteert hierin door het ontwikkelen van cliëntengroepen met vergelijkbare zorgzwaarte, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars goede afspraken kunnen maken over

zowel prijs als kwaliteit en uitkomsten van zorg voor deze groepen. Daarbij moet niet het aantal uren zorg leidend zijn, maar de uitkomst van de verleende zorg in termen van eigen regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

#### *Risico's voor de sector*

Een bedreiging voor het inzetten op waardengedreven zorg is een te laag tempo van verandering. In het denken moet een grote omslag worden gemaakt van ziekte naar gezondheid. Deze beweging is door partijen ingezet en ook opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord, maar in de praktijk blijkt dat deze verandering langzaam op gang komt. Deze verandering vraagt verwachtingsmanagement richting burgers en professionals.

Ook is er grote variatie in de indicatiestelling en ontbreken eenduidige normen. Hierdoor ligt de focus minder op waardengedreven zorg. In 2020 start er een onderzoek naar inzicht in de omvang, aard en oorzaken van praktijkvariatie. Dit kan bijdragen aan meer inzicht in herkenbare cliëntengroepen; een nodige stap om waarde inzichtelijk te maken.

Als laatste vormt ook de bekostiging een belemmering voor inzet op waardengedreven zorg. De huidige bekostiging stimuleert het monodisciplinair leveren van zo veel mogelijk uren zorg in plaats van in te zetten op preventie en uitkomsten.

## **6.5 Goed bestuur**

Goed bestuur is een voorwaarde voor goed functionerende zorginstellingen. De NZa vindt het van groot belang dat daarop wordt ingezet, omdat goed bestuur een randvoorwaarde is om te sturen op organisatiedoelen en indirect dus ook op gezondheidsdoelen van cliënten.

#### *Kansen voor de sector*

Bestuurders hebben een grote verantwoordelijkheid. Om hun functie goed te kunnen uitoefenen moeten ze open en integer handelen. Ook moeten ze goed zicht hebben op wat er gebeurt in de organisatie.

Een gezamenlijke aanpak van de overheid tegen fraude helpt om meer aandacht te vestigen op het belang goed bestuur. Ook de ontwikkelingen in de Wtza<sup>19</sup> zijn hier ondersteunend aan. Door eisen te stellen aan toetreders tot de markt, wordt namelijk aan de voorkant getoetst of een zorgaanbieder voldoet aan de geldende kwaliteitseisen. Daarmee kan de aandacht verschuiven van tijdrovende en gegevensgerichte controles achteraf naar probleemvoorkomende controles aan de voorkant.

#### *Risico's voor de sector*

Bestuurders hebben een belangrijke taak in het stimuleren van innovatie en inspelen op veranderingen. Financiers in de zorg vragen in ruil voor financiering een heldere strategie omtrent hoe organisaties inspelen op veranderingen in de sector. Bestuurders kunnen meer doen om het voortouw te nemen in deze verandering door bijvoorbeeld in te zetten op innovatie. Veranderingen zijn noodzakelijk om de groeiende kloof tussen vraag en aanbod van wijkverpleging het hoofd te bieden.

---

<sup>19</sup> Wet toetreding zorgaanbieders



Onvoldoende inzet op fraudebestrijding is een bedreiging voor de betaalbaarheid en kwaliteit van de wijkverpleging. Het verscherpen van toelatingscriteria voor nieuwe zorgaanbieders is één van de middelen om fraude tegen te gaan.

## 6.6 Meer transparantie

Je kunt als burger, zorgverzekeraar én zorgaanbieder pas goed kiezen als je genoeg informatie hebt. Daarom willen we meer openheid over geleverde zorg: hoe goed was deze zorg, wat waren de kosten, hoe toegankelijk was het?

### *Kansen voor de sector*

Meer transparantie over geleverde zorg gaat over het delen van verschillende soorten informatie. Voor het stimuleren van waardengedreven zorg is het essentieel om inzicht te hebben in de uitkomsten van verleende zorg in termen van eigen regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

Voor de toegankelijkheid van geleverde zorg is het vinden van een zorgaanbieder die past bij de zorgvraag en die voldoende capaciteit heeft een belangrijke voorwaarde. Ook samenwerken in de keten is gebaat bij deze informatie.

Het beschikbaar stellen van dergelijke informatie begint bij het ontwikkelen van heldere kwaliteits- en uitkomstindicatoren. Het veld is hier actief mee bezig.

### *Risico's voor de sector*

Het is een risico dat transparante zorgaanbieders op deze gedeelde informatie te strak afgerekend worden door zorgverzekeraars.

## 6.7 De juiste zorg op de juiste plek

De juiste zorg op de juiste plek is een beweging die inzet op zorg dicht bij huis, andere zorg en meer technologische toepassingen. Dat biedt kansen en uitdagingen voor zowel de sector als de cliënten.

### *Kansen voor de sector*

Inzetten op samenwerking en technologie biedt een kans om de juiste zorg op de juiste plaats te organiseren. Technologie kan ingezet worden bij het vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en het voorkomen van (vervolg)zorg. Er is al veel ontwikkeld en mogelijk in de praktijk, zoals Lifeline, een 'medical alert systeem' dat vroegtijdig signalen geeft over naderende gezondheidsrisico's. Dergelijke technologische toepassingen veranderen het zorgproces door een veranderende focus van zorg naar gezondheid mogelijk te maken.

Het is mogelijk om een omslag te maken van beperking naar gezondheid. De beperking staat niet langer centraal, maar de behoefte van de cliënt, wat hij zelf nog wel kan en dat actief stimuleren. Dit betekent dat er een omslag gemaakt moet worden bij zowel zorgverleners als cliënten. De wijkverpleegkundige heeft hierin een belangrijke rol.

Ook komen hiermee nieuwe woonvormen in beeld. Deze woonvormen kunnen cliënten ondersteuning bieden die bij reguliere huisvesting lastiger te organiseren is. Ook kan gedacht worden aan het combineren van wonen en (voorkomen) van zorg. Hierin ligt een taak voor gemeenten, woningbouwcoöperaties en zorgaanbieders.

### *Risico's voor de sector*

De juiste zorg op de juiste plek zorgt voor minder zorg in het ziekenhuis en meer zorg thuis dichterbij de cliënt. Daarvoor is verpleegkundige capaciteit nodig. Naast de demografische ontwikkelingen en arbeidsmarktproblematiek zorgt dit voor extra druk op de schaarse capaciteit van de wijkverpleging.

De juiste zorg op de juiste plek wordt gehinderd, omdat het verplaatsen van de zorg nog onvoldoende gepaard gaat met het verplaatsen van gelden van bijvoorbeeld de tweede naar de eerste lijn.

Om goed in te kunnen zetten op preventie en vroegsignalering, moet ook geïnvesteerd worden in het sociale domein. Hiernaast vraagt het stimuleren van gezondheid, zelfredzaamheid en preventie en het opschalen van technologische innovatie om lange termijn commitment van partijen op lokaal en regionaal niveau. Een gebrek aan lange termijn doelen, bijvoorbeeld in de vorm van meerjarenafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zet een rem op de beweging JZOJP.

## **6.8 Toegankelijke zorg**

Toegankelijkheid in de zorg betekent dat er voldoende zorg ingekocht is en dat cliënten tijdig bij een zorgaanbieder terecht kunnen. Daarvoor is goede informatie nodig over de wachttijden van zorgaanbieders.

### *Kansen voor de sector*

Het goed organiseren van het hulpsysteem rondom de cliënt is van belang om de zelfredzaamheid te verhogen, waardoor minder beroep op wijkverpleegkundige zorg hoeft te worden gedaan. Dit helpt om de toegankelijkheid van zorg te borgen. Het ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers en het stimuleren van zelfredzaamheid biedt kansen om hierop in te zetten.

Voldoende inzicht in wachttijden en belemmeringen zodat daarop kan worden ingespeeld, helpt om de zorg toegankelijk te houden. De zorgverzekeraar heeft hierin een belangrijke rol via de contractering en bijcontractering.

### *Risico's voor de sector*

De uitstroom van wijkverpleegkundig personeel is een bedreiging voor de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg in de toekomst. Door de toenemende vraag en het beperkte aanbod wordt de werkdruk hoger, waardoor het risico toeneemt op een nog hogere uitstroom van personeel met wachtlijsten tot gevolg. Het risico van overbelasting van mantelzorgers ligt op de loer, omdat zij genooddaakt zijn het tekort op te vangen.

## **6.9 Dit vragen we van het veld**

### **Integrale zorg en samenwerken**

Om samenwerking te bevorderen is een andere organisatie van zorg nodig. We zien graag dat zorgaanbieders zich profileren met een aanbod van integrale zorgnetwerken. Het is aan zorginkopers van zorgverzekeraars om de integrale zorgnetwerken in te kopen. Op die manier wordt samenwerken in de keten een integraal onderdeel van regionale contractafspraken.

## Minder administratieve lasten

Voor het beheersen van de administratieve lasten zien we graag dat zorgaanbieders investeren in een goede AO/IB van hun organisatie. Zo kunnen zij zorg op geaggregeerd niveau verantwoorden in plaats van op het niveau van de individuele cliënt. Bovendien faciliteert een goede AO/IB een zelflerende organisatie, een belangrijk middel om bij te dragen aan de professionalisering van de beroepsgroep, en aan horizontaal toezicht.

## Waardengedreven zorg

We zien graag dat de beroepsgroep de professionalisering van de beroepsgroep versnelt om de omslag van ziekte naar gezondheid op tijd te kunnen maken.

## Goed bestuur en bedrijfsvoering

Goed bestuur is een voorwaarde voor goed functionerende zorginstellingen: sturen op heldere organisatiedoelen en een goede bedrijfsvoering. Als organisaties goed worden bestuurd, zijn er meer waarborgen dat de uitkomsten – in termen van betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg – goed zijn en is minder controle aan de achterkant nodig. De NZa kan dan als toezichthouder een terugtrekkende beweging maken. In het bestrijden van fraude verwachten we waar mogelijk een gezamenlijke aanpak tussen zorgverzekeraars en andere ketenpartners.

## Meer transparantie

We roepen partijen gezamenlijk op om meer werk te maken van het ontwikkelen van kwaliteits- en uitkomstinformatie. Een essentiële randvoorwaarde om waarde gedreven zorg te stimuleren is om inzicht te krijgen in de uitkomsten van verleende zorg in termen van eigen regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

## De juiste zorg op de juiste plek

Bij thuiszorgaanbieders is verandering nodig. Er mag meer ingezet worden op innovatie, bijvoorbeeld op het gebied van vroegsignalering. Zorgaanbieders hebben de neiging om 'volgend' te zijn, terwijl het voortouw nemen nodig is om nieuwe technologieën in te zetten. Op bestuursniveau zien we daarom graag meer ruimte voor transformationeel leiderschap om een antwoord te kunnen geven op veranderingen in de zorg en om een heldere koers uit te kunnen zetten.

Leiderschap is een essentiële schakel om die verandering door te maken. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars moeten de handschoen oppakken.

Het is wenselijk om in contracten passende afspraken te maken over verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid, niet alleen van het individu, maar van een hele wijk, buurt en regio waar zorgaanbieders gevestigd zijn. Bij een dergelijke meerjarenstrategie passen ook meerjarencontracten om de verantwoording voor het resultaat te kunnen delen.

## Toegankelijke zorg

De grootste uitdaging voor zorgaanbieders is het behouden en aantrekken van personeel. Voor het behoud van personeel voor de sector is een stevige investering in HR-beleid noodzakelijk. Dat uit zich in betere arbeidsvoorwaarden om goed personeel met ambitie te behouden, zoals meer uren- en vaste contracten, investeren in opleidingsbeleid en carrièreperspectief voor zorgpersoneel.

Het is belangrijk dat zorgprofessionals meer stem krijgen binnen de eigen organisatie en meer regie over het eigen werk. Een gezamenlijke inspanning van zorgverzekeraars en zorgaanbieders ligt in het voldoende ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers, zodat ook zij duurzaam inzetbaar blijven.

## 6.10 Dit gaan wij doen

Op basis van de kansen en risico's in de voorgaande paragraaf geven wij aan waar de sector de komende tijd op moet inzetten. Hieronder bespreken wij de rol die wij kunnen spelen om de uitdagingen voor de komende jaren aan te gaan.

De kerntaken van de NZa richten zich op vier onderdelen:

1. Regulering: afstemmen en samenwerken;
2. Toezicht: voorkomen en oplossen;
3. Data-onderzoek en analyse: aantonen, verbeteren en voorspellen.

Onderstaand brengen we per onderdeel in kaart welke acties ondernomen kunnen worden.

### 6.10.1 Regulering: afstemmen en samenwerken

#### 1. *Ruimte in de regelgeving maken, waardoor het lonend wordt om in preventie, zelfredzaamheid en technologie te investeren*

Wij streven naar een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging met ruimte in de regelgeving en de juiste prikkels om te kunnen investeren in preventie, zelfredzaamheid en technologie. In de doorontwikkeling van de bekostiging onderzoeken we daarom of en op welke manier de zorg naar cliëntkenmerken is in te delen, zodat zorg op basis van zorgzwaarte vergoed kan worden.

Daarnaast willen wij de productieprikkel uit het systeem halen waardoor niet langer het aantal geleverde uren zorg bepalend is voor de vergoeding. Dat geeft ruimte om zorg anders in te richten en meer ruimte te krijgen voor preventie en innovatie. Het is aan de NZa om met het veld deze ruimte te creëren en te benutten, zodat we de toegankelijkheid en betaalbaarheid van wijkverpleging voor de toekomst kunnen borgen.

#### 2. *Uitwerken hoe kwaliteitsinformatie en uitkomsten kunnen bijdragen aan contractering*

Het is belangrijk dat er naast afspraken over volume en prijs ook afspraken komen over kwaliteit en uitkomsten van zorg. We zien graag dat afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer gaan over wat een prestatie oplevert in plaats van kost. Daarvoor is informatie nodig. De beroepsgroep is samen met het veld druk bezig om kwaliteitsinformatie te ontwikkelen. Het ontwikkelen van een relevante set uitkomstindicatoren heeft prioriteit. Tegelijkertijd is er onzekerheid over hoe deze informatie gaat landen in de waardering van zorg. Er is meer helderheid en comfort nodig in de sector over hoe informatie over uitkomsten op een positieve manier kan bijdragen aan contractering en afspraken over prijs en kwaliteit. Hier kunnen we meer uitwerking aan geven, zodat we samen met het veld de angst voor een onzekere uitkomst voor kunnen zijn.

#### 3. *Samen met stakeholders aanpassen van hinderende regelgeving en administratieve lasten*

Binnen het huidige stelsel en de huidige schotten is het moeilijk om te experimenteren met integrale manieren van bekostiging en preventief handelen. Het is nodig dat er ruimte komt om te experimenteren met integrale zorg en bekostiging over de domeinen. Specifieke wetgeving om dit mogelijk te maken draagt enorm bij aan samenwerken over de sectoren en domeinen heen. Mooi voorbeeld is de ruimte die het integraal-PGB (i-PGB) biedt.

Wij kunnen samen met alle stakeholders zoeken naar verantwoorde vormen van experimenteerruimte. Daarnaast hebben wij de indruk dat de mogelijkheden die een wijkverpleegkundige heeft om preventieve werkzaamheden in zijn/haar werk te vervlechten onvoldoende onderkend worden. Wij gaan daarom actief op zoek naar aangrijpingspunten om

preventie binnen de wijkverpleging steviger op de kaart te zetten. Daarvoor zoeken wij aansluiting<sup>20</sup> bij het NZa speerpunt 'Preventie is ook onze zorg'.

#### 4. *Transparantie bieden over cliëntgroepen, kwaliteit en uitkomsten.*

We gaan ons inzetten om meer informatie over cliëntgroepen, kwaliteit en uitkomsten beschikbaar te laten stellen. Deze informatie heeft als doel om te ondersteunen bij:

- Het lerend vermogen van zorgverleners en zorgorganisaties;
- De keuzemogelijkheden van cliënten;
- De zorginkoop van wijkverpleging.

Deze informatie is essentieel om te sturen op het voorkomen, verplaatsen en veranderen van zorg.

#### 6.10.2 Toezicht: voorkomen en oplossen

##### 5. *Inzet op goed bestuur en horizontaal toezicht*

De boodschap van de NZa is dat de sector zelf aan zet is om te zorgen dat bedrijfsvoering en bestuur op orde zijn. Het toekomstperspectief hierbij is dat de NZa als toezichthouder een terugtrekkende beweging maakt en meer kan vertrouwen op de professionele bedrijfsvoering en het interne toezicht in de sector.

De NZa is er voorstander van dat zorgverzekeraars zoveel als mogelijk via de volgende preventieve maatregelen de zorgkosten beheersen:

- Zorginkoop gericht op zinnige en zuinige zorg.
- Horizontaal toezicht.
- Het zichtbaar maken en bespreken van (afwijkende) declaratiepatronen via spiegelinformatie.

De insteek hierbij is dat de aandacht verschuift van tijdrovende en gegevensgerichte controles achteraf naar probleemvoorkomende controles op organisatieniveau aan de voorkant.

##### 6. *Samenwerking continueren en intensiveren in de fraudepilot.*

Samenwerking tussen de verschillende ketenpartners en VWS is essentieel om fraude in de wijkverpleging terug te dringen. Fraude in de wijkverpleging is een complex probleem waarbij veel factoren een rol spelen, zoals de toegankelijkheid van de markt, de arbeidsintensiviteit van controle en de verschillende rollen en bevoegdheden van de ketenpartners. Alleen door samen op te trekken zijn er mogelijkheden om in deze complexiteit successen te boeken. In het afgelopen jaar is de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners geïntensiveerd. Het verdient aanbeveling deze samenwerking voort te zetten en uit te bouwen. De NZa heeft een gezamenlijke rol met zorgverzekeraars en ketenpartners in het detecteren van de fraude via data-analyse en onderzoek, en in de ernstige gevallen ook het daadwerkelijk aanpakken van de fraude middels handhaving. Tegelijkertijd heeft de NZa samen met de ketenpartners en VWS een rol om te zoeken naar structurele oplossingen. Gezien de complexiteit van het probleem is hiervoor de samenwerking essentieel.

---

<sup>20</sup> <https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg/zorginnovatie-aanvragen/preventie>

### 6.10.3 Data-onderzoek en analyse: aantonen, verbeteren en voorspellen

#### 7. *Data-onderzoek inzetten om ontwikkelingen te volgen*

Er is behoefte om data in te zetten om de beschreven ontwikkelingen vanuit het juiste perspectief te kunnen volgen. We willen data meer gaan gebruiken om:

- Ontwikkelingen op wijk- en regioniveau te vergelijken en te onderzoeken wat de verschillen zijn, zoals met casemanagement dementie;
- Doelgroepen te volgen, zoals de kwetsbare ouderen;
- Sectorbrede ontwikkelingen en uitkomsten te volgen, zoals JZOJP;
- Een voorspelmodel te ontwikkelen voor fraude of mogelijk onrechtmatig declareren;
- Belangrijke informatie te vergaren over cliëntkenmerken en de hoeveelheid geleverde zorg. Voor de doorontwikkeling van de bekostiging verzamelen en analyseren we data via een pilot bij vier zorgaanbieders.

We willen actiever gaan inzoomen, vervolgcacties aangeven en partijen hierop aanspreken. We hopen op die manier de impact van ons onderzoek te vergroten.

#### 8. *Verkennen van uitkomstindicatoren.*

Eén van de belangrijkste doelen de komende jaren is om de waarde die wijkverpleging toevoegt voor de cliënt en in de keten inzichtelijk te maken. Er bestaat een grote behoefte om niet dubbel te registreren. De ambitie is om op termijn de deelname aan keurmerken en kwaliteitsregistraties volledig te baseren op reguliere zorggegevens in bronsystemen.

De NZa beschikt over veel data en de mogelijkheid om deze te analyseren. We willen verkennen welke zinvolle uitkomstindicatoren, zoals acute ziekenhuisopnamen bij mensen die wijkverpleging ontvangen, uit de reeds beschikbare data te halen zijn.

### 6.10.4 Agenderen en communicatie

Op een aantal thema's zien we vooral een rol weggelegd voor onszelf om hierover met partijen in gesprek te gaan. Dit zijn thema's die niet per se onder de bevoegdheden van de NZa vallen, maar wel raken aan ons werk.

- Het gesprek aangaan met VWS over schottenproblematiek en allocatie van gelden die passend zijn bij de beweging JZOJP.
- Preventie, vroegsignalering binnen een omschreven populatie is geen Zvw-zorg. Het gesprek hierover aangaan met het ZIN en VWS over het gebrek aan aanspraak.
- Het gesprek aangaan met het ZIN over het toepassen van kwaliteits- en uitkomstindicatoren in contractering.
- Het gesprek aangaan met VWS over het wettelijk borgen van toetredingscriteria.
- Controlemogelijkheden van zorgverzekeraars voor ongecontracteerde zorgaanbieders: verbeteren, erop toezien dat zorgverzekeraars de bestaande ruimte volledig benutten, en verbeterpunten bespreken met VWS.
- Transparantie vergroten over fraudeaanpak. Hiermee willen we het beeld versterken dat we er bovenop zitten en de welwillende van de onrechtmatige zorgaanbieders onderscheiden.
- Positieve ontwikkelingen uit de wijkverpleging communiceren.
- Stimuleren om meer gebruik te maken van innovaties in de thuiszorg.
- Partijen aanmoedigen om samen te werken in de regio en regionaal experimenten ondersteunen en faciliteren om de maatschappelijke veranderopgave verder te brengen.
- De beroepsgroep wijzen op de noodzaak van betere normen voor de indicatiestelling.

# 7. Bijlage: methode en bronnen

Dit document betreft een kwalitatieve analyse. We hebben ernaar gestreefd de belangrijkste ontwikkelingen, problemen, risico's en kansen op hoofdlijnen in kaart te brengen. Dit hebben we gedaan door een combinatie van media-, literatuurstudie en gesprekken met belangrijke personen binnen de sector.

## Deskresearch

Voor de deskresearch hebben we gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- Vilans, Anna zorgt voor appeltaart, 2016.
- Gupta, Onderzoek bekostiging wijkverpleging, 2016.
- Nivel, Evaluatie van de wijkverpleging, 2017.
- VWS, Bestuurlijk akkoord wijkverpleging, 2018.
- NZa, Monitor Contractering Wijkverpleging, 2018.
- V&VN, Rapport Kennisagenda Wijkverpleging, 2018.
- NZa, Monitor Contractering Wijkverpleging, 2019.
- VWS, Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022.
- Diverse , Kwaliteitskader wijkverpleging, 2018.
- Rabobank, Verpleging, verzorging en thuiszorg, 2019.
- Significant, Toegankelijkheid van de wijkverpleging, 2018.
- KPMG, De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg, 2015.
- Ministerie SZW, Signalering over onderzoeken naar zorgfraude, 2016.
- Ministerie SZW, Branchebeschrijving Thuiszorgsector, 2016.
- ZN, Output brainstorm risico's, fenomenen en kansen themabijeenkomst wijkverpleging, 2016.
- VWS, Kamervragen Bergkamp (D66), 2019.
- Arteria, (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, 2017.
- VWS, Kamervragen Ellemeet (GL), 2017.
- Vilans, Wijkverpleging: uitdagingen en knelpunten, 2018.
- IKZ, Rapportage Data-onderzoek wijkverpleging, IKZ, definitieve conceptversie, 2018.
- VWS, IKZ, Kamerbrief signalen zorgfraude, 2018.
- VWS, Brief onderzoek ongecontracteerde wijkverpleging, 2018.
- VWS, Kamervragen Heijink (SP), 2019.
- VWS, Brief thematisch onderzoek beheersing zorgfrauderisico's, 2019.
- ZK, Vragen NZa niet-gecontracteerde zorg ZK, 2018.

- Berenschot, Compliance handvatten, 2017.
- Arteria, Keuzevrijheid in de wijkverpleging, 2018.
- Taskforce, Zorg op de juiste plek, Taskforce, 2018.
- KPMG, Zorg op de juiste plek, 2018.
- NVB, Van bricks naar clicks, 2019.
- VWS, Kamerbrief, 4-12-2018.
- VWS, Kamerbrief minister, 6-9-2019.
- Diverse partijen, Hoofdlijnenakkoord 6 juni 2018.
- Diverse partijen, Convenant afschaffen minutenregistratie wijkverpleging, 2018.
- Handreiking registratiewijze 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' 20 december 2018.
- Vektis, 2019, Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018.
- RVS, Blijk van vertrouwen- Anders verantwoorden, 2019.
- Sectoranalyse Rabobank verpleging, verzorging en thuiszorg, 2019.
- RIVM, Trendscenario zorguitgaven, 2019.
- V&VN, Rapport arbeidsmarkt 2019.
- NZa/Significant, Toegankelijkheid van de wijkverpleging, 2019.

## Gesprekken/interviews

We hebben naast de documenten elf gesprekken gevoerd met externe experts en organisaties op het gebied van de wijkverpleging, wetenschap en zorg in bredere zin.



