

## Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022

6 juni 2018

Partijen:

- ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ)
- Branchevereniging BTN (BTN)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Minister van VWS (VWS)

### 1. Algemene overwegingen

Overwegende dat:

- a. Alle betrokken partijen de ambitie hebben om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat de zorg zowel nu als op lange termijn zowel fysiek, tijdig als financieel toegankelijk blijft voor iedereen die zorg nodig heeft, met als streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei;
- b. In het Regeerakkoord in dat licht ook het voornemen tot het sluiten van Hoofdlijnenakkoorden is opgenomen;
- c. Partijen van mening zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, toenemende multi-morbiditeit en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden;
- d. Deze ontwikkelingen onder meer vragen om een transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de cliënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen;
- e. Dergelijke veranderingen niet van de ene op de andere dag plaatsvinden. Voldoende tijd en een meerjarenperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau zijn randvoorwaardelijk om de noodzakelijke aanpassingen onderdeel te laten worden van voorgenoemde transformatie;
- f. Het hiervoor nodig is in alle sectoren de bakens te verzetten, aangezien partijen voor het realiseren van de ambities ook afhankelijk zijn van de inzet en bijdrage van andere sectoren. Dit vergt zowel inhoudelijke als financiële afspraken in verschillende sectoren in de zorg om deze inzet en bijdrage te borgen alsmede in samenhang te realiseren en na te komen;
- g. Partijen ieder een eigen rol in het zorgstelsel hebben; partijen zien en accepteren elkaars rol en ondersteunen elkaar in die rol;
- h. Partijen de ambitie hebben om het contracteerproces in de wijkverpleging verder te verbeteren;
- i. Partijen verantwoordelijk zijn voor het beheersbaar houden en verder terugdringen van overbodige regeldruk om te komen tot een substantiële verlaging van administratieve lasten;
- j. Partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen. Zorgverzekeraars zullen voortdurend alert zijn op het ontstaan van wachtlijsten en uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. Zij zijn daarbij afhankelijk van de signalen van zorgaanbieders zelf. Zorgaanbieders zullen tijdig in overleg treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen;
- k. Het wenselijk is dat met het oog op de contractering tijdig duidelijkheid bestaat over de inhoudelijke en financiële kaders;
- l. Het wenselijk is, om te voorkomen dat er met het aantreden van een nieuw kabinet na de kabinetsperiode Rutte-III een brugjaar zou ontstaan, dit akkoord te sluiten voor de periode 2019 t/m 2022.
- m. De rolverdeling als volgt is:

*Cliënten/burgers*<sup>1</sup> hebben een cruciale rol in het stelsel van ondersteuning en zorg om hun leven zo veel mogelijk zelf en met anderen vorm te geven. Zij nemen de zorg en ondersteuning af die daarbij noodzakelijk is.

*Zorgaanbieders* zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige zorg en ondersteuning van goede kwaliteit en stellen de kwaliteit en doelmatigheid van de wijkverpleegkundige zorg dan ook voorop.

*Zorgverleners* zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de eigen beroepsuitoefening en het stellen van een goede indicatie. Zij worden gefaciliteerd door de zorgaanbieders (in hun rol als werkgever) en zorgverzekeraars.

*Zorgverzekeraars* hebben zorgplicht. Zij zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en passende zorg voor hun verzekerden en zij zijn verantwoordelijk voor een betaalbare zorgpremie voor hun zorgverzekerden. Ook als blijkt dat het aantal cliënten dat een beroep op wijkverpleging doet groeit en verandert.

*Gemeenten* zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning die burgers in staat moet stellen zolang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen, voor de uitvoering van de Jeugdwet en de wet Publieke Gezondheid.

Het *ministerie van VWS* is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden zodat cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen en ziet toe op de naleving van regels.

Spreek partijen het volgende af:

## **2. Inhoudelijke randvoorwaarden**

### **2.1 De juiste zorg op de juiste plek**

#### *Algemeen*

- a. Partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar *de juiste zorg op de juiste plek*. Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek – wie durft' (april 2018) van de gelijknamige Taskforce fungeert hierbij als een belangrijke inspiratiebron. Het vertrekpunt is het functioneren van mensen, lichamelijk, psychisch en sociaal. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. Het gaat erom goed functioneren te bevorderen (preventie) en in geval van ziekte de gevolgen daarvan te beperken en zo mogelijk te keren (via ondersteuning, begeleiding en behandeling). Dit vraagt om tijdige signalering, gezondheidsvaardigheden van cliënten, brede triage en adequate doorverwijzing op het juiste moment, meer tijd voor cliënten, consultatieve samenwerking en goede vervolg- en gespecialiseerde zorg waarin de zorgbehoefte van mensen en de mogelijkheden om weer zelf regie te krijgen over hun functioneren centraal staan (eigenaarschap). Het vormgeven van deze transformatie in de

---

<sup>1</sup> In dit hoofdlijnenakkoord wordt consequent gesproken over 'de cliënt' en niet over de patiënt. De term 'patiënt' past niet omdat wijkverpleging geen behandelaar van patiënten is, maar diensten verleent in de vorm van preventie en zorg die de cliënt helpt om zo goed mogelijk om te gaan en zelfredzaam te blijven met de gezondheidsbeperkingen die deze heeft. De term 'cliënt' heeft echter ook zijn bezwaar. Wijkverpleging werkt niet simpelweg in een klantrelatie maar heeft een vertrouwelijke, gelijkwaardige, ondersteunende positie. De cliënt in brede zin staat in dit kader centraal. De cliënt die ondersteuning nodig heeft vanwege gezondheidsproblemen, maar ook mensen zonder zorgvraag maar met een risico op geneeskundige zorg die gesteund worden in het vinden van een leefstijl die gezondheidsproblemen kan voorkomen. In alle gevallen probeert wijkverpleging mensen zoveel mogelijk in staat te stellen hun eigen leven voort te zetten, ondanks beperkingen door gezondheid of leeftijd.

praktijk vraagt om commitment van mensen zelf, van zorgprofessionals en hun organisaties en van de inkopers van zorg en ondersteuning.

Deze transformatie heeft als effect:

- i) het voorkomen van (duurdere) zorg;
  - ii) het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet.
  - iii) het vervangen van zorg door andere oplossingen of nieuwe zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch of verpleegkundige inhoudelijke kwaliteit van de zorg.
- b. Bestuurlijk commitment op nationaal niveau is nodig om dit proces te sturen en te ondersteunen. De rapportage van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' vormt de leidraad voor de agenda van het bestuurlijk overleg wijkverpleging in de komende jaren, waarbij de gedane voorstellen een plek krijgen. Dat gebeurt ook in de bestaande bestuurlijke overleggen. Hierbij zal ook zo goed mogelijk concreet worden gemaakt hoe de voortgang van de transformatie inzichtelijk kan worden gemaakt in de zin dat mensen echt merken dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte om te functioneren.
- c. Eventuele belemmeringen in wet- en regelgeving, denk bijvoorbeeld aan belemmeringen op het gebied van mededinging worden in beeld gebracht en zo mogelijk opgelost.
- d. Tussen het bestuurlijke commitment op nationaal niveau en het in de praktijk waarmaken van *de juiste zorg op de juiste plek*, is het nodig dat alle partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Daar waar aanbieders gezamenlijk tot een initiatief komen dat tot gevolg heeft dat zorg in een keten en/of een regio aantoonbaar doelmatiger wordt aangeboden, zullen inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) dit positief bezien en serieus wegen. In geval van afwijzing wordt dit onderbouwd beargumenteerd. Waar dit niet tot stand komt stimuleren inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief en zullen samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zorgen dat dit gebeurt. Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na. Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken.
- e. Met dit akkoord wordt op nationaal niveau afgesproken **dat** dit proces plaatsvindt en ieder zijn bijdrage levert. **Hoe** dit gebeurt en **wat** wordt afgesproken gebeurt decentraal. Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen, en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Zonder dat dit leidt tot een centrale regie, centrale systemen van monitoring en/of verantwoording.
- f. Een belangrijke randvoorwaarde voor de beweging van zorg binnen en tussen sectoren is dat de financiering de cliënt zal volgen<sup>2</sup> waarbij eventuele belemmeringen in bekostiging in beeld worden gebracht en zo mogelijk worden opgelost (bijvoorbeeld in de vorm van meer experimenteerruimte binnen de regelgeving van de NZa) zolang dit niet leidt tot stelselwijzigingen. Verzekeraars en aanbieders maken binnen deze kaders tijdens de contractering regionaal/lokaal afspraken.
- g. Een katalysator voor de gewenste transformatie is een gelijkgerichtheid van belangen van alle partijen in de zorg. Anders dan het voorop stellen van (financieel) eigenbelang, gaat het om het gezamenlijk nastreven van kwaliteit en doelmatigheid.
- h. Een analyse van de NZa over de acute zorg heeft laten zien dat om de toegankelijkheid en toereikendheid van het aanbod te verbeteren, domeinoverstijgend afspraken nodig zijn. Ook doelmatigheid en flexibiliteit spelen hierbij een rol. Hiertoe is door VWS voor de acute zorg een gezamenlijke agenda<sup>3</sup> opgesteld die door partijen zal worden uitgevoerd.
- i. Partijen hanteren de volgende uitgangspunten bij de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek:
- zorg die uitgaat van wat de cliënt wil/belangrijk vindt en waar zij op aangewezen zijn;
  - geen overbehandeling, geen onderbehandeling;

<sup>2</sup> Voorgaande impliceert niet vormen van cliëntvolgende bekostiging zoals bekend binnen de Wlz.

<sup>3</sup> Agenda van de werkgroep bestaande uit medewerkers van de Patiëntenfederatie, NVZ, NFU, ZN, FMS, V&VN, LHV, InEen, Actiz, AZN en LNAZ met acties die moeten worden ondernomen in (relatie tot) de acute zorg.

- samenwerking binnen het medisch domein en tussen het medisch en sociaal domein;
  - implementeren van bewezen zinvolle zorg en resultaten van 'beter niet doen';
  - terugdringen ongewenste praktijkvariatie;
  - bevorderen therapietrouw;
  - advanced care planning;
  - benutten technologie, zelfzorg.
- j. Om de transformatie naar juiste zorg op de juiste plek te bevorderen wordt onder andere aan de volgende aandachtspunten gewerkt:
- implementatie 'samen beslissen' in de wijkverpleging;
  - elektronische uitwisseling van cliëntgegevens / PGO;
  - uitwisseling van data;
  - ontwikkeling van uitkomstindicatoren;
  - beschikbaarstellen van etalage informatie en cliëntervaring;
  - onderzoek en kennisvergroting over goede zorg;
  - positieve gezondheid, kwaliteit van leven, beweging van ziekte en zorg via gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij met triple aim<sup>4</sup> als uitgangspunt;
  - mededinging.

## **2.2. Verstevigen verbinding tussen het medisch en sociaal domein**

Samenwerking tussen organisaties en het structureel verbinden binnen het zorgdomein en van het zorgdomein met het sociale domein vormt de sleutel bij het beantwoorden van de veranderende zorgvraag. Voor mensen die zowel zorg als ondersteuning nodig hebben is het belangrijk dat professionals elkaar in de praktijk goed weten te vinden. De wijkverpleegkundige vormt samen met de huisarts en de Wmo-deskundige de verbinding tussen de verschillende domeinen. Zorg en welzijn kenmerken zich nog door een groot aantal 'hokjes': domeinen, lijnen, organisaties, specialismen en functionarissen. Cliënten bewegen zich continu tussen deze hokjes. Het past daarom niet meer om alleen actief te blijven in een afzonderlijk hokje. Samenwerking tussen het medische en sociale domein is nodig om mensen beter te helpen bij hun dagelijks functioneren.

Samenwerken door professionals vereist vertrouwen. Dat kun je alleen krijgen door elkaar te leren kennen. Zorgprofessionals zouden vaker over de bestaande lijnen en schotten heen bij elkaar over de vloer moeten komen en elkaars werk op waarde moeten leren schatten. Samenwerken betekent ook verantwoordelijkheid nemen en elkaar aanspreken op de meerwaarde die al dan niet wordt geleverd voor cliënten. Integrale zorg en ondersteuning valt en staat met een goed samenspel en overleg tussen professionals, zoals bij indicatiestelling door wijkverpleegkundigen die meerdere domeinen raakt. Professionals moeten de ruimte hebben (en ervaren) om dit overleg te organiseren in de wijk, lokaal en regionaal. De inkopers en de zorgaanbieders versterken het organiserend vermogen en de regie op de werkvloer door binnen het contract nadrukkelijk te benoemen op welke manier niet-clientgebonden taken worden geregeld. Dit is wenselijk om domeinen en disciplines met elkaar te verbinden, denk aan coördinatie- en schakeltaken.

Inkopers van ondersteuning en zorg (gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren) stemmen binnen hun mogelijkheden de inkoop op elkaar af. Op basis van een beeld van de gezondheidssituatie in een regio en het bestaande zorgaanbod, wordt focus en richting bepaald in het aanbod van zorg en ondersteuning en wordt er ruimte geboden voor een passende lokale aanpak. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare mensen die langer thuis wonen en voor wie de zorg op- en afschaalbaar moet zijn, als hun situatie of die van de mantelzorger erom vraagt. De inkoop is gericht op het gewenste resultaat van de zorgverlening en/of ondersteuning en op de gezondheid of het welzijn van de cliënt. Wanneer professionals op de werkvloer desalniettemin merken dat zaken tussen wal en schip vallen kunnen zij dit signaleren bij de inkopers.

---

<sup>4</sup> Triple Aim heeft drie doelen: verbeteren van de gezondheid, verhogen van de kwaliteit van de zorg en verlaging van de zorgkosten.

De zorg is vaak nog te sterk gericht op ziekte en behandeling in plaats van op het bevorderen van gezondheid. Meer kijk- én luistertijd voor cliënten/patiënten in het sociale en medische domein betekent ook meer aandacht voor leefstijladviezen, preventie en vroegsignalering. En ook ruimte om te bepalen of mensen hun eigen beperkingen kunnen managen dan wel welke zorg en ondersteuning op welke plek het meest passend is.

Voor partijen is de afbakening tussen maatschappelijke ondersteuning en gezondheidszorg en over wat onder wiens verantwoordelijkheid valt, niet altijd duidelijk. Dit vraagt om verduidelijking van de grenzen van de domeinen op specifieke thema's, bijvoorbeeld ten aanzien van de zorgval. Voor de korte termijn wordt een aantal praktische maatregelen genomen om de terugval in het aantal uren zorg te adresseren. Aanvullende maatregelen voor de langere termijn worden gezamenlijk verkend.

Partijen spreken af lokaal of regionaal de samenwerking met elkaar aan te gaan. Landelijk wordt afgesproken *dat* dit gebeurt, niet *hoe* het moet gebeuren en *wat* er wordt afgesproken. Waar partijen tegen belemmeringen aanlopen die het lokale niveau ontstijgen, worden deze naar landelijk niveau opgeschaald, zodat deze daar kunnen worden besproken.

### **2.3. Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad**

- a. Het contracteerproces dient zorgverleners te ondersteunen om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en zorgverzekeraars te ondersteunen om voor hun verzekerden goede zorg doelmatig in te kopen. Daarbij bestaat er wederzijdse contracteervrijheid, moeten zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en moeten cliënten voldoende en heldere keuzemogelijkheden hebben.
- b. Om dit doel beter te ondersteunen hebben partijen onder leiding van bureau Common Eye de afspraak gemaakt aan een viertal verbeterthema's te werken, namelijk:
  - a. Gebruik maken van de bestaande kwaliteitsparameters voor contractering.
  - b. Plek voor externe kostprijsverhogende ontwikkelingen in de onderhandelingen.
  - c. Financiering van infrastructurele voorzieningen, specialistische verpleging en wijkgericht werken.
  - d. Investeren in een betere relatie.
- c. Partijen erkennen het belang van het borgen van de continuïteit van infrastructurele voorzieningen voor onplanbare zorg en nachtzorg. Het uitgangspunt hierbij is dat deze niet-concurrentieel zijn.
- d. Bij regionale afspraken over infrastructurele voorzieningen zullen zorgverzekeraars congruent gedrag vertonen met inachtneming van hun eigen verantwoordelijkheid.
- e. Partijen zien de meerwaarde van meerjarencontracten en de lagere administratieve lasten. Meerjarencontracten zijn geen doel op zich en moeten ruimte bieden voor beleidsontwikkelingen. Ook geven partijen bij de jaarlijkse inkoopcyclus voldoende ruimte aan duurzame afspraken en innovatie.
- f. Partijen hebben specifieke aandacht voor de zorg aan kwetsbare groepen, waaronder casemanagement dementie, gespecialiseerde verpleging, de medische kindzorg en palliatief terminale zorg (PTZ). Het leveren van aantoonbaar hoogstaande kwaliteit kan extra worden beloond.

#### *Belang van contractering*

- g. Contractering is het vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Partijen vinden de groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk.
- h. Partijen hebben in 2017 en 2018 onderzoeken laten uitvoeren naar niet-gecontracteerde zorg en de keuzevrijheid van cliënten. Daaruit blijkt enerzijds dat het contracteerproces verder kan worden verbeterd zodat er goed contact is over mogelijkheden, uitwerking en uitvoering van een contract. Anderzijds blijkt uit het onderzoek dat de kosten van zorg geleverd door niet-gecontracteerde partijen gemiddeld genomen significant hoger zijn dan zorg door gecontacteerde partijen.

- i. Partijen hebben afspraken gemaakt om te investeren in het verbeteren van het contracteerklimaat voor de wijkverpleging (*Good Contracting Practices*). Het moet voor beide partijen de voorkeursoptie zijn om een contract proberen te sluiten. In aanvulling daarop nemen de partijen de navolgende maatregelen.
- j. In het bestuurlijk overleg wijkverpleging wordt met regelmaat gesproken over deze afspraken. De NZa volgt de ontwikkelingen in het contracteerproces en brengt daarover jaarlijks een rapportage uit.

#### *Contact over contractering*

- k. Zorgverzekeraars (zorginkopers) zijn voldoende (digitaal) bereikbaar voor zorgaanbieders en zijn in samenspraak beschikbaar voor overleg dat de koepels van zorgaanbieders in de regio's voor hun leden organiseren en/of organiseren zelf informatiebijeenkomsten voor aanbieders in de regio.
- l. Aanbieders, inclusief kleine zorgaanbieders, die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren kunnen deelnemen aan het contracteerproces. Zorgverzekeraars zijn transparant over de redenen waarom zorgaanbieders niet worden gecontracteerd. Administratieve lasten worden teruggedrongen door meer standaardisatie van het contracteerproces en contracteerdokumentatie.

#### *Kwaliteit en contractering*

- m. Partijen hebben op 1 mei 2018 het kwaliteitskader wijkverpleging aan het Zorginstituut aangeboden. Het kwaliteitskader geeft duidelijkheid over hoe goede wijkverpleging eruit moet zien en bevat duidelijke afspraken over verdieping, doelmatigheid, kwaliteit en regeldruk. De komende maanden werken partijen aan de doorontwikkeling van de wijze van uitvraag van het cliëntmeetinstrument en kwaliteitsinformatie uit het kwaliteitskader. Op 1 juli 2018 wordt hiervoor een uitgewerkt plan van aanpak aangeleverd bij het Zorginstituut. Dit zal leiden tot een eenduidige set van kwaliteitsindicatoren voor de sector waardoor de huidige verschillende kwaliteitsindicatoren van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen verdwijnen c.q. daarin op zullen gaan. Ook hierdoor gaan de administratieve lasten omlaag.
- n. Zorgaanbieders maken hun activiteiten en de kwaliteit en doelmatigheid van hun handelen zichtbaar, zodat voor zowel cliënten als verzekeraars/gemeenten transparant is wat de kwaliteit van zorg is.
- o. Het kwaliteitskader biedt eveneens een goede basis voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om waar mogelijk te komen tot meerjarencontracten die vertrouwen weerspiegelen tussen partijen en een goede organisatie van de zorg ten goede komen.

#### *Tijdens contractjaar*

- p. Zorgverzekeraars stellen heldere momenten en afhandelingstermijnen over verzoeken tot contractering.
- q. Als zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds<sup>5</sup> dan maken zij cliënten attent op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling of zij verwijzen cliënten zelf naar een andere zorgaanbieder.
- r. Bij budgetplafonds worden heldere afspraken gemaakt over de voortzetting van de zorg voor bestaande en nieuwe cliënten.
- s. Zonodig maken partijen gebruik van de onafhankelijke Geschilleninstantie voor Geschillenoplossing en -beslechting zorgcontractering.

#### *Verbeteren informatie aan cliënt*

- t. Om de keuze-informatie van de cliënt te faciliteren zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders transparant over (de kosten van) niet-gecontracteerde zorg. De bijdrage die de verzekerde zelf dient te betalen als hij/zij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, mag geen verrassing voor de verzekerde zijn.

---

<sup>5</sup> Niet bedoeld wordt om bestaande afspraken in contracten hiermee in te perken (onder andere t.a.v. doorleverplicht), of toekomstige contractuele afspraakmogelijkheden in te perken.

- u. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren (bijvoorbeeld op hun website of bij het afsluiten van de polis) over welke aanbieders gecontracteerd zijn en over de (mogelijke) (financiële) gevolgen van niet-gecontracteerde zorg.

#### *Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg*

- v. Partijen zeggen elkaar medewerking toe om het aandeel niet-gecontracteerde zorg te laten dalen en maken hiertoe de volgende afspraken.
- w. Momenteel hebben zorgverzekeraars bij niet-gecontacteerde zorg beperktere mogelijkheden om materiële controle uit te voeren, in het bijzonder wanneer er geen betaalovereenkomst is afgesloten. Door een aanpassing van de wet zullen de mogelijkheden tot materiële controle gelijkgetrokken worden met de situatie bij gecontracteerde aanbieders.
- x. Wijkverpleegkundigen indiceren zelf. Partijen spreken af dat bij niet-gecontracteerde zorg gebruik kan worden gemaakt van een second opinion, waarbij een andere partij kan worden gevraagd de indicatiestelling opnieuw te beoordelen. Dit indien er signalen zijn dat er sprake is van een niet-passende indicatie. Partijen brengen in kaart wat de mogelijkheden zijn om deze second opinion vorm te geven.
- y. Om de kostenbeheersing van de zorg te bevorderen benutten zorgverzekeraars in de huidige praktijk het cessieverbod en het machtigingsvereiste. Als jurisprudentie hiertoe aanleiding geeft, wordt dit gezamenlijk beoordeeld en bezien of en hoe met wetgeving het gebruik van deze instrumenten kan worden versterkt.
- z. Vanaf het eerste kwartaal in 2019 wordt op basis van Vektis-data de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg per kwartaal in beeld gebracht en besproken. Het streven is om in 2019 een daling te realiseren ten opzichte van ijkjaar 2017 met in achtneming van de ontwikkeling in 2018. Als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, zijn verdergaande aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken.

#### **2.4. Kwaliteit en transparantie**

Partijen hebben op 1 mei 2018 het kwaliteitskader wijkverpleging aan Zorginstituut Nederland aangeboden. Het kader geeft richting aan de ontwikkeling van wijkverpleging en ademt de ambitie om de kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking. Wijkverpleging beperkt zich niet alleen tot zorgverlening aan de cliënt maar richt zich ook op preventie.

Wijkverpleegkundigen voelen de verantwoordelijkheid om de zorgverlening met het hoogste kwaliteitsniveau uit te voeren en de transformatie van het denken in 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid' te bewerkstelligen. Hierin is het van belang dat het contact tussen cliënt en verpleegkundige centraal staat en zij gezamenlijk inhoud geven aan positieve gezondheid, kwaliteit van leven zowel thuis als in de wijk. Deze transformatie vraagt een continue ontwikkeling van de wijkverpleging waarbij zij zelf beschrijft en onderbouwt wat ze doet, hoe ze dat doet in samenspraak met de cliënt en met welk resultaat. Dit past de verpleegkundige toe in het cyclische proces van indicatiestelling. Om dit proces juist en zorgvuldig te doorlopen, heeft zij ondersteuning door kwaliteitsstandaarden, samen beslissen met cliënt en diens naasten en het leren en verbeteren in de praktijk op basis van verpleegsensitieve uitkomstindicatoren. Dit tezamen draagt bij aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie.

Zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en organisaties die cliënten vertegenwoordigen zetten in dat kader in op de bevordering van gepast gebruik. Het doel van deze aanpak is om de kwaliteits- en evaluatiecyclus van het verpleegkundig en verzorgend handelen te verbeteren, gericht op effectieve, zinnige en doelmatige zorg. Waarbij ook wordt bezien welke bewezen niet-effectieve zorg niet langer standaard aangeboden zou moeten worden en welke nog niet bewezen zorg nog verder onderzocht moet worden. Deze uitkomsten slaan voor zover mogelijk tevens neer in het beheer van het verzekerd pakket.

### *Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van kwaliteitsstandaarden*

Kwaliteitsstandaarden ondersteunen wijkverpleegkundigen om de juiste zorgopties te kiezen voor de cliënt en diens naasten. De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden vindt plaats in een cyclisch proces van ontwikkeling, implementatie, evaluatie en herziening. Door samenwerking met het gehele werkveld en een sluitende kwaliteitscyclus wordt de kwaliteit van de verpleegkundige professie naar het hoogste niveau getild. Partijen zijn gestart met de ontwikkeling van deze sluitende kwaliteitscyclus. In 2018 komen de eerste kwaliteitsstandaarden van de wijkverpleging beschikbaar. In deze periode staan -naast ontwikkeling- implementatie en evaluatie nadrukkelijk op de gezamenlijke agenda. Het definitief in gang zetten van een sluitende kwaliteitscyclus vergt nauwe samenwerking van zorgprofessionals, cliënten en zorgaanbieders.

Uitbreiding en versnelling van bovenstaande elementen is noodzakelijk om de samenhang tussen wijkverpleegkundige zorg en aanpalende domeinen te verzekeren en opschaling van zorg te voorkomen. De wijkverpleging vervult hierin een unieke positie. In het individuele contact tussen cliënt en zorgprofessional, waarbij niemand anders aanwezig is, is het van essentieel belang om verder te investeren in de ontwikkeling van de professionele standaard voor de wijkverpleging. Daartoe zal het richtlijnenprogramma van ZonMw worden voortgezet en uitgebreid.

In de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsstandaarden is het van groot belang dat de wijkverpleegkundige samen met de cliënt en diens naasten keuzes maakt in het gehele zorgproces. Daarnaast is het van belang om de uitkomsten van de geleverde zorg te meten en toe te passen om de geleverde zorg in de praktijk te verbeteren en het lerende vermogen van de professional te stimuleren.

### *Doorontwikkeling indicatiestelling / terugdringen ongewenste praktijkvariatie*

Partijen vinden een goede en eenduidige indicatiestelling door wijkverpleegkundigen van belang. De indicatiestelling is immers het startpunt van de zorg. Om ongewenste praktijkvariatie (verschillen in de indicatie die niet verklaard kunnen worden door o.a. individuele cliëntkenmerken) te reduceren, is samenwerking tussen partijen in het veld nodig. Gedurende de looptijd van dit akkoord zal de praktijkvariatie in de indicatiestelling door partijen in kaart worden gebracht. Partijen gebruiken deze inzichten om de verbetercyclus op gang te brengen en leveren een bijdrage aan doelmatige zorg en aan verbetering van zorguitkomsten. In aansluiting op de kwaliteitsagenda V&VN en NWG zullen partijen werken aan kennisvergroting ten aanzien van de indicatiestelling. De toolbox indicatiëproces en de systematiek van intercollegiale toetsing worden geïmplementeerd. Partijen hebben uiterlijk 1 december 2018 een implementatieplan gereed.

### *Samen Beslissen*

Bij Samen Beslissen<sup>6</sup> kiezen cliënt en zorgverlener samen of, en zo ja welke zorg en ondersteuning het beste past voor de cliënt. Cliënten maken hun persoonlijke situatie en hun voorkeuren kenbaar. De zorgverlener legt de voor- en nadelen uit van de beschikbare keuzemogelijkheden. Vervolgens kunnen cliënt en zorgverlener samen een besluit nemen over de best passende zorg.

In het verlengde van de ontwikkeling van uitkomstindicatoren gaan partijen aan de slag om Samen Beslissen in de wijkverpleging te bevorderen. Gestart wordt met experimenten/pilots waarbinnen onder andere aandacht is voor de volgende vier elementen:

- Het stimuleren van Samen Beslissen door zorgverleners en cliënten door vergroting van de bewustwording, door de ontwikkeling en uitvoering van een communicatiestrategie van 'Betere zorg begint met een Goed Gesprek' in de wijkverpleging en door het bevorderen van kennis en vaardigheden van zorgverleners en cliënten op dit gebied;

---

<sup>6</sup> Conform het programma 'Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen' van Zorginstituut Nederland.



- Het verzamelen van betrouwbare, vergelijkbare en gezamenlijk relevant gevonden uitkomstinformatie en deze tijdig ter beschikking stellen aan cliënten en zorgverleners ter ondersteuning van het proces van Samen Beslissen;
- Het (verder) ontwikkelen en beschikbaar maken van instrumenten zoals keuzehulpen<sup>7</sup>;
- Ruimte en tijd bieden in het zorgproces om een goed gesprek mogelijk te maken. Dit vraagt bijvoorbeeld om logistieke, ICT- als financiële maatregelen.

#### *Uitkomstinformatie*

Eén van de belangrijkste doelen de komende jaren is om de waarde die wijkverpleging toevoegt voor de cliënt alsmede in de keten inzichtelijk wordt gemaakt. Het ontwikkelen van een relevante set uitkomstindicatoren –in het verlengde van het kwaliteitskader wijkverpleging- heeft daarom prioriteit. Partijen onderschrijven de ambitie dat in 2022 uitkomstindicatoren beschikbaar zijn en deze te gebruiken zijn voor:

- Het bevorderen en ondersteunen van het lerend vermogen van zorgprofessionals (verpleegkundigen en verzorgenden) en zorgaanbieders door benchmarking;
- Het verstrekken van keuze-informatie en etalage-informatie voor cliënten ten behoeve van de keuze *voor* de zorgaanbieder (welke) en de keuze *in* het contact tussen cliënt en zorgverlener;
- Zorginkoop zodat de zorg aansluit bij de behoeften van de cliënt;
- Informatie geschikt voor toezicht.

De lijn is dat bij het vergroten van het inzicht in zorguitkomsten de aandacht in eerste instantie is gericht op ondersteuning van het lerend vermogen van de zorgverleners, en daarna snel beschikbaar komt voor de ondersteuning van de keuzemogelijkheden van cliënten en voor de zorginkoop. Daarmee wordt recht gedaan aan de ontwikkeling van de kwaliteit van de uitkomstinformatie zelf. Voorgaande betekent ook dat er geen nieuwe proces- en structuurindicatoren ontwikkeld worden, tenzij deze voor de cliënt, zorgprofessional en/of zorgverzekeraar essentiële informatie bevatten. In overleg tussen patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en aanbieders zal een forse reductie van het aantal structuur- en procesindicatoren worden doorgevoerd die geen toegevoegde waarde hebben voor de cliënt en/of zorgprofessional. Partijen spreken eveneens af om het principe van registratie aan de bron leidend te laten zijn. De ambitie is om op termijn de deelname aan keurmerken en kwaliteitsregistraties volledig te baseren op reguliere zorggegevens in bronsystemen.

De ontwikkeling en implementatie van indicatoren en meetinstrumenten maakt deel uit van het kwaliteitskader. Partijen dienen uiterlijk 1 juli 2018 een plan van aanpak bij het Zorginstituut Nederland in. Partijen spreken af op 1 juli 2019 een eerste set uitkomstindicatoren beschikbaar te hebben.

Partijen zullen voor de uitvoering van alle onderwerpen in de kwaliteits- en transparantieparagraaf een gezamenlijk plan opstellen met bijbehorende governance afspraken waarin de onderlinge verantwoordelijkheden voor de verschillende onderdelen nader uitgewerkt worden. Tevens wordt er op transparante wijze in voorzien dat er verantwoording plaats vindt van de besteding van de middelen en hieraan gekoppelde resultaatafspraken.

## **2.5. Arbeidsmarkt**

Vanwege de stijgende zorgvraag (meer ouderen, meer complexiteit in de thuissituatie) zal er niet alleen aandacht moeten zijn voor het aantrekken van meer personeel maar ook voor het (duurzaam) behouden van het huidige personeel in de wijkverpleging. Voor medewerkers is het van belang dat zij zich blijvend kunnen ontwikkelen door opleiding en intervisie en intercollegiale toetsing en dat er lokaal een optimale mix van het wijkverpleegkundig team wordt samengesteld. In de wijkverpleging dreigt een olopemd personeelstekort met invloed op de kwaliteit en continuïteit van zorg. Partijen onderschrijven dat een integrale aanpak van het

---

<sup>7</sup> Keuzehulpen moeten voldoen aan de criteria van de leidraad 'Hoe maak ik een Keuzehulp bij een Richtlijn?'.

arbeidsmarktvaagstuk noodzakelijk is om werkgelegenheid te behouden en voldoende gekwalificeerd personeel in de wijkverpleging te kunnen blijven inzetten. Partijen onderschrijven het zorgbrede Actieprogramma 'Werken in de Zorg' met de drie actielijnen 1) Meer kiezen voor de zorg; 2) Beter leren in de zorg; en 3) Anders werken in de zorg.

Partijen geven hieraan invulling door - voor zover nog niet het geval - aansluiting te zoeken met de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT) en specifiek aandacht te besteden aan de wijkverpleging in samenhang met de bredere aanpak van de tekorten in de regio. Gemeenten zijn al of worden bij de regionale aanpak betrokken. De wijkverpleging heeft een eigen dynamiek en knelpunten voor stages en praktijkopleidingen. Dergelijke ontwikkelingen kunnen niet alleen in de regio's plaatsvinden. Landelijke partijen werken derhalve samen - ondermeer via de Arbeidsmarktagenda 2023 *Aan het werk voor ouderen* - aan meer en betere stages in de wijk door nieuwe onderwijs- en stageconcepten op te zetten, te stimuleren en te faciliteren.

#### *Zij-instroom wijkverpleging*

De instroom van jongeren in het beroepsonderwijs is niet voldoende om te voldoen aan de vraag naar personeel. Daarom is het van belang te investeren in instroom en opleiding van volwassenen (nieuw en herintreders) in de wijkverpleging. De specifieke stand-alone functie in de wijkverpleging vraagt ook om specifieke aandacht. De hiervoor verantwoordelijke partijen ontwikkelen gezamenlijk geschikte trajecten conform vigerende kwaliteitseisen. Ze maken hiervoor gebruik van de verschillende initiatieven uit de praktijk, zoals wijkleercentra en andere initiatieven die het leren in de wijk bevorderen. Partijen zoeken hiervoor nauwe aansluiting op en dragen bij aan de verdere ontwikkeling van de Regionale Actieplannen.

#### *Verpleegkundig specialisten in de wijk*

Verpleegkundig specialisten (VS) kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan de zorg thuis, vanuit het adagium 'specialistisch waar het moet, generalistisch waar het kan'. Zeker in situaties waarin sprake is van transmurale zorg en het voorkomen dat mensen doorschuiven naar meer zorggebruik of opname in ziekenhuis of verpleeghuis. Bovendien is er met het oog op Juiste Zorg op de Juiste Plek meer behoefte aan specialistische kennis in de thuissituatie. Daarin kan de verpleegkundig specialist de wijkverpleegkundige ondersteunen. Daarnaast kan de verpleegkundig specialist in de wijk taken van de huisarts overnemen met de verwachting dat de patiënten dan meer tijd en aandacht ervaren. Het is daarom van belang om optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de inzet van verpleegkundig specialisten. Partijen brengen de specifieke knelpunten en oplossingsrichtingen die nodig zijn voor de inzet van verpleegkundig specialisten in de thuissituatie in kaart. Op basis daarvan worden gezamenlijk vervolgacties afgesproken. Ook spreken partijen af meer leerplekken in de wijk te realiseren.

#### *Manifest Kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst*

In het verlengde van het manifest 'Kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst' (januari 2018) wordt een onderzoeksprogramma gestart gericht op ondersteuning en professionalisering van verpleegkundigen en verzorgenden. Focus ligt op versterking van het imago van de beroepsgroep, vergroting van de aantrekkelijkheid en kwaliteit van het beroep en het behouden van voldoende zorgverleners in de praktijk. Hiertoe wordt door VWS € 12 miljoen beschikbaar gesteld voor de periode 2019 tot en met 2024 (€ 2 miljoen per jaar).

#### *Werkgeverschap*

Zorgaanbieders willen een aantrekkelijke werkgever zijn voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Zij willen daarom een marktconform arbeidsvoorwaardenbeleid voeren en zorgverzekeraars stellen hen daartoe in staat. Zorgaanbieders bieden medewerkers doorgroeimogelijkheden en de mogelijkheid zich te kwalificeren voor het functieniveau dat recht doet aan hun ervaring en competenties passend bij de registratievereisten van huidige wet BIG en de plannen om deze uit te breiden met deskundigheidsbevorderende activiteiten, zoals genoemd in het ontwerp van de nieuwe wetgeving BIG-II die de minister voornemens is eind 2018 aan de Tweede Kamer te sturen. Zorgaanbieders bieden hun medewerkers volwaardige contracten en

zorgen dat er ruimte is voor deskundigheidsbevordering. Zorgaanbieders en zorgprofessionals kunnen daarbij kiezen voor het invoeren van het programma Excellente Zorg.

## **2.6. Terugdringen regeldruk**

Zorgverleners willen primair zorg bieden aan cliënten. Daar zijn ze voor opgeleid en ligt hun deskundigheid. Registreren en het bijhouden van administratie zijn nodig om de ingezette zorg effectief en efficiënt te kunnen leveren en volgen. Dubbele en niet efficiënte regels en administratie moeten daarbij worden vermeden indien deze niet bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige zorg. De wijkverpleging is één van de sectoren die vol enthousiasme deelneemt aan *(Ont)regel de zorg*. Door partijen is het sectorplan aanpak regeldruk wijkverpleging opgesteld. Dit sectorplan is in april 2018 in het bestuurlijk overleg wijkverpleging geaccordeerd en partijen stellen voldoende capaciteit beschikbaar om de uitvoering van dit plan gezamenlijk aan te pakken. Daarnaast wordt eveneens in het kader van *(Ont)regel de zorg* een sectorplan voor de cliënt opgesteld. Acties die hieruit voor wijkverpleging volgen, zullen eveneens gezamenlijk worden opgepakt.

Als het opruimen van bestaande regels en administratieve lasten niet hand in hand gaat met het aanpakken van meer systematische, onderliggende oorzaken van het vraagstuk van regeldruk, zou al snel sprake zijn van dweilen met de kraan open. Het is dus van groot belang om ook oog te hebben voor de mechanismes die ten grondslag liggen aan de introductie van nieuwe regels, voorschriften, procedures, formulieren, indicatoren en wat dies meer zij. Waar het wet- en regelgeving van VWS betreft, is het uitgangspunt die zo lastenluw als mogelijk op te stellen, en de regeldruk effecten ervan goed in te schatten en in kaart te brengen zodat deze onderdeel uit kunnen maken van de totaalafweging over nut en noodzaak van een nieuwe wet of regel. Ook bij het ontwikkelen en implementeren van nieuw beleid dat niet verloopt via nieuwe wet- of regelgeving ziet VWS erop toe dat dit zo regelarm mogelijk wordt ingericht en dat de consequenties voor regeldruk in de totale afweging van belangen worden meegenomen.

Partijen onderschrijven het belang om de onderliggende systematiek onder de loep te nemen en daar gezamenlijk meer grip op te krijgen. Bijvoorbeeld waar het gaat om de totstandkoming van kwaliteitsregistraties. In het programma over uitkomstinformatie voor samen beslissen wordt hier een actie op ingezet.

## **2.7. E-health en technologie**

### *Innovatieve zorgvormen/e-health*

Randvoorwaardelijk om stappen te kunnen zetten richting *de juiste zorg op de juiste plek* moet de opschaling van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties, e-health-toepassingen en digitaal ondersteunde zorg worden versneld. Dit draagt bij aan verbetering van de ervaren kwaliteit van leven en ervaren kwaliteit van zorg en een lagere administratielast voor zorgverlener en cliënt. Veilige, aantoonbaar effectieve en doelmatige e-health-toepassingen dienen binnen de looptijd van dit akkoord een regulier onderdeel van goede zorg te worden en de regie op gezondheid door mensen zelf te ondersteunen. Veilige, aantoonbaar effectieve en doelmatige e-health, inclusief een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) komt beschikbaar voor iedere cliënt die er gebruik van wil en kan maken.

Doel van de inzet van technologie is een transitie naar digitale zorg door een omkering van de zorgprocessen: de cliënt is eigenaar en regisseur van zijn leven en gezondheid, de zorgverlener (ook de behandelaar) is hierbij zijn of haar coach. De zorg is een netwerk rondom de cliënt, waar de cliënt gebruik van maakt al naar gelang zijn behoeften en (on)mogelijkheden. Een regisserende cliënt is een kritische klant. Hierdoor wordt de vraag aan de gezondheidszorg een andere, namelijk echt op maat van de cliënt. We gaan uit van mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden.

Partijen ondernemen hiertoe de volgende acties:

- i. Waar digitale ondersteuning consistent en aantoonbaar veilig, effectief en doelmatig is en bijdraagt aan de waarde voor cliënten zal dit onderdeel worden van kwaliteitsstandaarden;

- ii. Goede praktijkvoorbeelden worden actief uitgewisseld en opgeschaald. Goede voorbeelden zijn er onder andere op het terrein van COPD. Meer en betere evaluatie van effectiviteit en doelmatigheid van veelbelovende e-health toepassingen is nodig om de innovatiepraktijk verantwoord te verbeteren;
- iii. Zorgverleners en patiëntenorganisaties informeren hun cliënten en hun mantelzorgers actief over de mogelijkheden van effectief getoonde toepassingen en van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) en ondersteunen hen waar nodig in het gebruik;
- iv. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders nemen in de contractering standaard e-health toepassingen en innovatieve mogelijkheden mee als deze doelmatig zijn, meerwaarde voor cliënten en/of hun mantelzorgers bieden en de kwaliteit van de professionele zorg verhogen;
- v. Zorg aanbiedende en zorgvragende partijen stimuleren innovaties die voldoen aan de wensen van gebruikers en aantoonbaar effectief en doelmatig zijn en creëren hiertoe ruimte;
- vi. VWS en andere partijen spannen zich in, ook door financiële stimulering, om het gebruik van digitaal ondersteunde zorg te bevorderen en belemmeringen weg te nemen;
- vii. Partijen inventariseren met de NZa eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging van innovatieve toepassingen binnen de wijkverpleging en zullen deze wegnemen;
- viii. Meerjarencontracten kunnen behulpzaam zijn om kosten en baten van de inzet van e-health te delen.

#### *ICT-zorginfrastructuur*

Een eerste randvoorwaarde om de mogelijkheden van ICT in de wijkverpleging te kunnen benutten, is het op peil brengen van de huidige infrastructuur en apparatuur in de zorgorganisaties.

Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen verlenen, is het ook randvoorwaardelijk dat zorgverleners en cliënten en/of hun mantelzorgers op het juiste moment beschikken over de juiste informatie. Het wegnemen van belemmeringen in het vastleggen, koppelen, ontsluiten en uitwisselen van (cliënt)gegevens moet daarom zo snel mogelijk gebeuren. Standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling moeten worden ontwikkeld en gebruikt.

Partijen waaronder VWS, ActiZ, V&VN, Patiëntenfederatie en ZN hebben in het Informatieberaad afspraken gemaakt over uitwisseling en standaardisatie van gegevens. Deze partijen:

- i. Implementeren de afgesproken standaarden, waaronder de Basisgegevensset Zorg (BgZ) en andere Zorginformatie bouwstenen (ZIB's), de MedMij standaarden en e-overdracht en committeren zich daarbij aan de realisatie van de outcome-doelen van het Informatieberaad Zorg en de door het Informatieberaad geïnitieerde programma's Informatiestandaard Medicatieproces, MedMij en Registratie aan de Bron;
- ii. Onderzoeken de mogelijkheid van een kwaliteitsstandaard voor elektronische gegevensuitwisseling.
- iii. Standaardiseren de kwaliteitsregistraties met behulp van ZIB's en streven automatische vulling van kwaliteitsregistraties na vanuit het elektronisch cliëntendossier volgens het principe 'eenmalige registratie voor meervoudig gebruik'.

Bij het implementeren van de vormgeving voor het actief toestemming geven door cliënten voor gegevensuitwisseling sluiten partijen aan bij de structuur die het programma Gespecificeerde Toestemming in opdracht van VWS daartoe ontwikkelt. Partijen vragen aandacht voor de complexiteit en specifiek voor de doelgroep wilsonbekwame cliënten.

#### **2.8. Persoonsgebonden budget (PGB)**

Partijen bouwen voort op de bestuurlijke afspraken over het Zvw-PGB van Per Saldo, ZN en VWS. Van belang daarbij is een gelijkwaardige keuze voor de leveringsvorm (financieringsvorm), onafhankelijke indicatiestelling en flexibele inzet van uren.

### 3. Financiële randvoorwaarden

#### 3.1. Beschikbaar macrokader

- a. In de discussie over de financiële kaders voor de wijkverpleging spelen verschillende elementen een rol die met elkaar samenhangen:
  - i) De volumegroei in relatie tot de wens om zorg op andere plekken te bieden dan in het medisch-specialistisch domein. Dat leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg en hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf (ELV).
  - ii) Goed werkgeverschap en arbeidsmarktvragestukken vragen om een adequate/marktconforme cao-loonontwikkeling voor personeel in de wijkverpleging. Alle partijen zijn van mening dat de cao-loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald.
  - iii) Zorgverzekeraars hebben vanuit hun rol in het zorgstelsel ruimte nodig om te kunnen sturen op zowel het volume als op de prijs van de wijkverpleging. Landelijke afspraken over de maximaal beschikbare financiële ruimte laten onverlet keuzes die in contractafspraken kunnen worden gemaakt tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van de reële zorgvraag en de reële prijzen in de lokale/regionale situatie. Dit betekent dat – via de contractering – de volumegroei in sommige gevallen hoger kan zijn dan het genoemde landelijke groeipercentage en in andere gevallen op een lager groeipercentage (of zelfs krimp) kan worden uitgekomen.
- b. Om de balans tussen deze drie aspecten te garanderen spreken partijen het volgende af:
  - i) In 2017 is een onderschrijding van circa € 100 miljoen in het kader wijkverpleging zichtbaar. Om de ambities in dit akkoord te realiseren blijft € 50 miljoen hiervan beschikbaar voor de sector.
  - ii) Voor de wijkverpleging is macro een maximale volumegroei beschikbaar van 2,4% in 2019, 2,4% in 2020, 2,4% in 2021 en 2,4% in 2022, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling. Dit betreffen landelijke maximum groeipercentages en laat onverlet keuzes die worden gemaakt in de onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij sprake kan zijn van differentiatie.
  - iii) Onderwerpen van lokale onderhandelingen zijn: loon- en prijs ontwikkelingen, productiviteits- en doelmatigheidswinst (mede gebaseerd op landelijke geobjectiveerde gegevens), effecten van zinnige zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen en specifieke lokale omstandigheden. In de lokale onderhandelingen wordt de overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling (OVA) volledig doorvertaald in de af te spreken prijzen in contracten.
  - iv) Het totaal beschikbare macrokader wijkverpleging voor de jaren 2019 t/m 2022 wordt hiermee: € 3.956 miljoen, € 4.060 miljoen, € 4.155 miljoen en € 4.251 miljoen, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstellingen en eventuele technische mutaties.
- c. Het eerstelijnsverblijf (ELV) is een belangrijke schakel in het langer kunnen thuis wonen van ouderen. Door middel van eerstelijnsverblijf kunnen onnodige opnames op de spoedeisende hulp of in het verpleeghuis worden voorkomen. Het is dan ook van groot belang dat deze zorg toegankelijk en van goede kwaliteit is.
  - i) Op dit moment signaleren partijen mogelijk verkeerd gebruik van eerstelijnsverblijf, onder meer door cliënten die eigenlijk in de Wlz horen. Partijen vinden het belangrijk dat breed onderzoek plaatsvindt naar mogelijk verkeerde bedden problematiek (Wmo, Zvw, Wlz) zodat er afspraken worden gemaakt over hoe het ELV kan worden teruggebracht tot de kern en onrechtmatig gebruik wordt voorkomen.
  - ii) Voor het ELV wordt (structureel) een jaarlijks bedrag van 20 miljoen (oplopend tot 80 miljoen in 2022) toegevoegd aan het macrokader ELV/GRZ exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstellingen. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek en de bijbehorende te verwachten substitutie-effecten zullen partijen in ieder geval de behoefte aan ELV blijven bezien.

### **3.2. Overige financiële afspraken**

De gelden die momenteel (via het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018) beschikbaar zijn gesteld voor kwaliteit bedragen € 2,2 miljoen. VWS stelt voor de looptijd van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 – 2022 jaarlijks € 5 miljoen beschikbaar voor de uitvoering van de activiteiten in paragraaf 2.4 kwaliteit en transparantie. Van dit bedrag zal jaarlijks € 2 miljoen worden ingezet voor realisatie en uitbreiding van het richtlijnenprogramma wijkverpleging inclusief patiëntenparticipatie. VWS treft in overleg met partijen voorbereidingen om deze gelden vanaf 2019 via ZonMw te financieren. Partijen spreken af dat over het gehele beschikbaar gestelde budget van € 5 miljoen voor de uitvoering van de kwaliteitsparagraaf onderlinge informatie wordt gedeeld. Activiteiten worden gemonitord en geëvalueerd.

VWS is voornemens een VIPP (Versnelling Informatie uitwisseling Patiënt-Professional) te starten voor de care sector breed. De hoogte van het daarvoor beschikbare bedrag staat nog niet definitief vast. Vooralnog wordt gedacht aan een bedrag van jaarlijks € 30 miljoen voor de periode 2019 – 2022.

### **3.3 Omgang met overschrijdingen**

Indien onverhoopt het afgesproken macrokader wordt overschreden, treden partijen hierover in overleg, waarbij gekeken zal worden naar de aard en oorzaak van de overschrijding. Partijen kunnen dan in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren via het macrobeheersingsinstrument.

### **4. Slotbepaling**

Wanneer de afspraken in dit akkoord niet of onvoldoende of sneller dan verwacht van de grond komen en implicaties hebben voor de uitvoering van dit akkoord, danwel in de ogen van een van partijen onvoldoende voortgang wordt bewerkstelligd op de gewenste transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, dan treden partijen gezamenlijk in overleg in het bestuurlijk overleg wijkverpleging. Partijen spreken tot slot af om de afspraken voor 1 januari 2019 te hebben voorzien van een SMART uitvoeringsraamwerk inclusief het benoemen van trekkers, tijdpaden, mee te nemen reeds lopende projecten en nog te starten projecten, zodat de uitvoering van het akkoord goed kan worden gevolgd.

## Ondertekening

ActiZ organisatie van zorgondernemers

Branchevereniging BTN

R.F.A. (Ronald) Buijs MHA

Hans Buijing

Patiëntenfederatie Nederland

Vereniging Nederlandse Gemeenten

D. Veldman

Ali Rabarison – Van der Laan

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

J.H. Bakker MHA

drs. R. Wenselaar

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Hugo de Jonge